

Guía de Práctica Clínica
para la atención de mujeres embarazadas con VIH/SIDA
Mayo 2012

Autores: Dra. Di Pietrantonio Evangelina*, Dra. Dericco Marcela*, Dra. Ortiz de Zárate Marcela**, Lic Prinotti Sandra***, Lic Dolinsky Gabriela **** Dra Maestri Miriam*****, Dr. Oliveto Fabián*****.

*Médicas de Planta División Obstetricia. **Médica Pediatra Infectóloga de Planta Consultorios Externos ***Psicóloga de Unidad Salud Mental ****Trabajadora Social de Planta. División Servicio Social *****Bioquímica de Planta. Servicio Hemoterapia. ***** Bioquímico Jefe de Sección Inmunohematología e Inmunquímica

Grupo de estudio, atención y seguimiento de mujeres con VIH/SIDA en el embarazo
del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Agradecimientos: A la Dra. Ingrid Di Marco, Jefa de División Obstetricia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, por la revisión, corrección y actualización final de este documento, así como por la supervisión y coordinación de las tareas desarrolladas para la confección del mismo y a la Dra. Mónica Waisman, Subdirectora del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá por su colaboración y corrección de este documento, así como por sus aportes académicos en este tema.

Índice de Contenidos:

	Página
1. Objetivo de la Guía .Introducción.	3
2. Atención de pacientes VIH/SIDA.	3
3. Aspectos epidemiológicos.	5
4. Diagnóstico.	6
4.1 Pruebas diagnósticas	6
4.2 Circuito para la correcta entrega de resultados	8
5. Consejería pretest, consejería postest. Diagnóstico durante la consulta prenatal	9
6. Atención preconcepcional	12
7. Parejas discordantes	14
8. Control prenatal de la mujer VIH positiva	15
8.1 Entrevista	15
8.2 Solicitud de laboratorio	16
8.3 Vigilancia fetal	18
8.4 Papanicolaou y colposcopia	18
8.5 Inmunizaciones	19
8.6 Estudios especiales	19
9. Aspectos infectológicos durante el control prenatal.	20
9.1 Evaluación de status infectológico	21
9.2 Tratamiento antirretroviral (TARV)	21

9.3 Escenarios clínicos para el inicio de la terapia antirretroviral (TARV)	21
10. Manejo Intraparto:	23
10.1 Aspectos infectológicos	23
10.2 Elección de vía de parto:	23
o Parto Vaginal	
o Cesárea electiva a las 38 semanas	
o Cesárea electiva a las 39 semanas	
10.3 Recomendaciones infectológicas para la preparación de cesárea electiva	24
10.4 Aspectos obstétricos	25
10.5 Casos especiales	26
11. Manejo en el Puerperio	27
11.1. Tratamiento ARV	27
11.2. Inhibición de lactancia	27
12. Anticoncepción	28
13. Anexos	30
13.1. Profilaxis en mujeres que no requieren tratamiento ARV	30
13.2. Recomendaciones para utilización de Test Rápido	31
13.3. Algoritmo diagnóstico de VIH para Test Rápido	33
14. Bibliografía.	34

Objetivo de la guía:

Establecer lineamientos para el cuidado estandarizado de las mujeres con VIH/SIDA con principal enfoque en la prevención del embarazo no deseado, el cuidado en la atención del embarazo parto y puerperio y en la reducción de la transmisión vertical.

La producción de esta guía estuvo a cargo del equipo de atención de pacientes VIH/SIDA, la estrategia para su confección fue la revisión de la literatura existente a nivel local e internacional, el análisis de la misma y la construcción de recomendaciones de aplicación en nuestra institución.

Grado de recomendación para la práctica clínica:

Fortaleza de la recomendación	Nivel de evidencia	Diseño
A	IA	Metanálisis de IECA
	IB	IECAS
B	2A	Metanálisis de Cohortes
	2B	Cohortes
	3B	Metanálisis de CyC
	3B	Casos y Controles
C	4	Series de Casos
D	5	Opinión de expertos

1. Introducción:

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad crónica, que de no ser tratada conlleva un aumento significativo en la morbi mortalidad de los individuos que la padecen. Esta enfermedad se transmite por prácticas sexuales no seguras, uso de drogas endovenosas compartiendo el material para el consumo de la misma, a través de transfusiones de sangre no segura y a partir del embarazo, parto y lactancia, esta última forma perinatal se denomina transmisión vertical de la infección.

El patrón epidemiológico mundial de la enfermedad cambió sustancialmente en los últimos 20 años, propagándose en forma mundial con focos concentrados en todos los continentes, la epidemia evoluciona hacia una enfermedad de transmisión heterosexual, que afecta igualmente a mujeres y hombres, predominando en sectores de la población más vulnerables desde el punto de vista social y económico.

El VIH es un virus ARN que contiene una enzima llamada transcriptasa reversa que transcribe el ARN en ADN, este ADN se integra al ADN de la célula huésped. Este virus ataca específicamente a los linfocitos CD4 destruyéndolos y provocando alteraciones severas en la inmunidad de las personas, así cuando los niveles son críticos los individuos infectados padecen enfermedades oportunistas o malignas que reducen su expectativa de vida. Con la aparición de los esquemas con 3 o más drogas antirretrovirales (ARV) se ha logrado disminuir globalmente la morbi mortalidad por esta enfermedad. Claro que la implementación de esta estrategia está vinculada a la posibilidad económica-sanitaria de cada una de las regiones atravesadas por la epidemia.

El objetivo del screening universal del test de VIH/SIDA a todas las embarazadas es conocer su estado serológico, a fin de implementar medidas para la reducción de la transmisión vertical, asimismo también establecer acciones para mejorar el estado de salud de la mujer recientemente diagnosticada.

2. Atención de pacientes embarazadas con VIH/SIDA

Respecto al tipo de atención que deben recibir las mujeres embarazadas VIH/SIDA los estudios existentes coinciden en que la atención en forma multidisciplinaria y en centros con alta concentración de pacientes VIH/SIDA mejora los resultados en términos de mortalidad y de

calidad de atención. En este sentido, en la Maternidad Sardá brindamos atención multi e interdisciplinaria y especializada, abarcando así aspectos clínicos, infectológicos, pediátricos, obstétricos, sociales y psicológicos en el proceso de atención.¹

El trabajo en equipo representa el inicio de un vínculo que intenta lograr la adherencia al tratamiento y sobre todo, abarcar la situación médico-psico-social que presenta la paciente.

El objetivo general es contribuir a la reducción del riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño, desde una perspectiva de orientación, asesoramiento y contención de la embarazada y su grupo familiar.

Los objetivos específicos de este tipo de atención son el diagnóstico precoz de la embarazada y toda persona que se realice el test en esta institución, brindar apoyo y contención a la embarazada, su familia o contexto social, proveer asesoramiento legal respecto de pensiones y/o subsidios, favorecer la adherencia a la atención y al tratamiento durante el embarazo, parto puerperio y durante la atención del recién nacido, realizar actividades de educación en prevención y prácticas seguras para prevenir la transmisión, y así contribuir a que las personas que viven con el virus puedan volver a asumir su autonomía ya que el impacto que produce la noticia, en general ubica al paciente en una situación de extrema vulnerabilidad e imprimir una fuerza terapéutica a las pacientes, familias y grupos de convivencia.

Los alcances en los años de implementación de esta estrategia han sido la reducción notable de la transmisión vertical y el diagnóstico de la infección materna en el posparto. El Programa ha fortalecido la intervención del equipo en prevención, se han desarrollado espacios de educación en prevención para las pacientes y sus familias en consultorio externo. Sin embargo tenemos el desafío de mejorar el proceso de entrega de resultados y optimizar el testeo en el último periodo del embarazo en aquellas mujeres que ya han sido testeadas en el primer trimestre y a su pareja sexual.

Los integrantes del equipo de atención a la embarazada VIH+ y su hijo forman parte del Comité de VIH/Sida del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Es así que sus acciones se encuentran enmarcadas dentro de las normativas vigentes emitidas por dicho Comité, reforzando la articulación de los distintos sectores y actores involucrados para la asistencia integral de la mujer embarazada VIH+, su pareja e hijo recién nacido.

Consideramos el trabajo en equipo como una forma de brindar atención de calidad al paciente enmarcada dentro del modelo de Maternidad Centrada en la Familia.

3. Aspectos epidemiológicos del VIH/SIDA:

La prevalencia global de la enfermedad es de 0.5%. Los casos incidentes diarios a nivel mundial son aproximadamente 7000, de los cuales la gran mayoría (más del 90%) ocurre en países de bajos ingresos., afectando fundamentalmente a personas jóvenes siendo igualada la probabilidad de enfermar si se comparan hombres con mujeres.²

Actualmente 33.3 millones de personas viven en todo el mundo infectadas por el VIH, de los cuales 30.8 millones son adultos, de estos casos la mitad (15.9 millones) son mujeres, 2.5 millones son niños menores de 15 años.

En el año 2009 se registraron 2.6 millones de casos nuevos de los cuales 1.6 millones son adultos y 370.000 son niños. El número total de muertes por VIH/SIDA a nivel mundial producidas fueron 1.8 millones de casos.

En América Central y América del Sur: 1.4 millones de personas, adultos y niños, viven con el virus, de los cuales 92.000 están recientemente infectados. El virus del VIH le provocó la muerte a 58.000 casos entre adultos y niños en el último año.

En nuestro país la epidemia de VIH, como en casi todos los países latinoamericanos, continúa siendo de tipo “concentrada”, concepto que se aplica a aquellas epidemias en las que la proporción de personas infectadas en la población joven y adulta es menor al 1%, pero mayor al 5% en algunos subgrupos, debido a determinadas condiciones de vulnerabilidad que las exponen más a contraer la infección.³

En Argentina la Prevalencia global de VIH es de 0,4%. Pero esta proporción aumenta al 12% entre los varones que tienen sexo con otros varones (más allá de su identidad de género o sexual); la prevalencia de VIH es de 5% entre trabajadoras/es sexuales y alcanzaría el 34% entre las personas transexuales.

Cada año se registran alrededor de 1.400 muertes por sida, lo que se traduce en una tasa de mortalidad estable que se ubicó en 2008 en 35,3 por millón de habitantes, unas décimas por debajo de la tasa de 2007, la tasa de mortalidad es mayor en hombres que en mujeres.

La epidemia continúa afectando principalmente los grandes conglomerados urbanos en todas las ciudades capitales del país. En el período 2007-2009, el 40% de los nuevos diagnósticos seguía correspondiendo a residentes de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.⁴

Tomando como unidad de análisis las jurisdicciones provinciales, el 70% de la epidemia se concentra en la provincia de Buenos Aires, en la ciudad de Buenos Aires, en Santa Fe y en Córdoba.

La razón hombre/mujer en infecciones por VIH es estable desde mediados de la década y se ubicó en 1,7 varones por cada mujer diagnosticada en el período 2007-2009.

A lo largo de los últimos diez años, se observa un aumento en la mediana de edad de las personas diagnosticadas que se ubicó en 35 y 31 años para varones y mujeres, respectivamente, en las últimas mediciones realizadas.

Las relaciones sexuales desprotegidas siguen siendo la principal vía de transmisión del virus. En el período 2007-2009, el 88% de los varones y el 84% de las mujeres diagnosticadas se habían infectado de ese modo.

En el caso de los varones, el 49% lo hizo en una relación heterosexual, en tanto el 36% lo hizo en una relación desprotegida con otro varón.

Además continúan descendiendo las transmisiones por uso compartido de material para consumo de drogas inyectables y los diagnósticos de infección por transmisión vertical.

Analizando el contexto global de la epidemia, su distribución, su transmisión y la presencia de grupos de mayor vulnerabilidad, se han descrito intervenciones probadas que reducirían el número de casos de VIH/SIDA:^{5 6} (Tabla 1)

Tabla 1: Intervenciones probadas que reducen el N° de casos VIH/SIDA

- Uso de preservativos en forma regular y adecuada.
- Expansión del testeo en adultos.
- Testeo universal a las embarazadas y uso de antirretrovirales para prevención de transmisión vertical.
- Inhibición de lactancia materna.
- Programas de reducción de daños en el caso de utilización de drogas endovenosas
- Disponibilidad, acceso y adherencia al tratamiento ARV.

4. Diagnóstico de VIH:

4.1 Pruebas diagnósticas:

Se recomienda la realización del test de VIH a todas las mujeres embarazadas, desde la 1ra consulta prenatal, con el objetivo de detectar aquellos casos positivos y establecer medidas para la prevención de la transmisión vertical. En el caso de un resultado negativo se establecerán

recomendaciones de prevención universal para evitar la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Prueba de primera línea para el screening de VIH SIDA: son tests de cuarta generación, que detectan en forma simultánea anticuerpos IgG e IgM anti HIV 1 y HIV 2 y el antígeno P24. Estos tests tienen una sensibilidad cercana al 99.9% y una especificidad mayor al 95.9%.

Siempre que se detecta un caso con resultado positivo debe realizarse una segunda extracción donde se repite el test de cuarta generación y se aplica una prueba confirmatoria del resultado como el WESTERN BLOT que permite detección e identificación de anticuerpos anti HIV fraccionados. ^(Tabla 2)

Es importante que el resultado se disponga en las primeras 24 horas de realizada la extracción, sobre todo en aquellas mujeres embarazadas de más de 26 semanas para iniciar los antirretrovirales para prevención de transmisión vertical.

Test rápido de VIH: debe realizarse a aquellas mujeres que desconocen su status serológico y se encuentran en trabajo de parto. El test rápido de VIH detecta sólo anticuerpos IgG e IgM anti VIH 1 y VIH 2. Esto es una limitación durante el “periodo de ventana” de la enfermedad, donde sólo se detecta con la presencia de el antígeno P24, fuera de este periodo la sensibilidad del test es similar a la de los test de cuarta generación utilizados para screening, pero con menor especificidad.

Las mujeres con test negativos deben recibir consejería sobre prácticas sexuales seguras y reducción de riesgo en la utilización de drogas para prevenir la infección durante el embarazo.

Debe ofrecerse el retesteo de VIH en el tercer trimestre del embarazo,
debiendo contarse con el resultado alrededor de las 36 semanas

Tabla 2: Tests utilizados para el tamizaje

GENERACIÓN	FASE SÓLIDA	CONJUGADO *	DETECTA
1°	Lisado viral	Anti IgG humana	IgG anti HIV-1
2°	Antígenos recombinantes	Anti IgG humana	IgG anti HIV-1
3°	Antígenos recombinantes, péptidos sintéticos	Proteínas virales	IgG e IgM anti HIV-1, HIV-2 y HIV-1 grupo O
4°	Antígenos recombinantes, péptidos sintéticos AC anti-p24	Proteínas virales AC. anti-p24	IgG e IgM anti HIV-1, HIV-2 y HIV-1 grupo O. Ag p24

4.2 Circuito para la correcta entrega de los resultados:

La solicitud del test de screening universal por parte del equipo de salud se realiza con consentimiento informado de la paciente y se solicita en la primera entrevista.

En el consultorio de “Hemoterapia”, en Planta Baja, se realiza la extracción de sangre, se confirman datos filiatorios y el consentimiento requerido para la realización de este estudio.

La modalidad de atención en este sector es de acuerdo a demanda espontánea de los pacientes que concurren, durante los horarios de atención, no se requiere turno.

En el Área Hemoterapia, en el 2° Piso, se procesan en el día las muestras obtenidas para pruebas de screening (EIA), se ingresan los datos en el Sistema Informático, además se registran los resultados en un libro de control interno, en los protocolos de resultados para ser devueltos a las áreas que lo han solicitado (consultorio externo o salas de internación).

El resultado es retirado por personal de enfermería a cargo de esta tarea en cada sector.

Aquellas mujeres que hubieran realizado el test en otras instituciones públicas tanto nacionales, provinciales o municipales se aceptan como válidos los resultados rubricados con firma y sello profesional, tanto resultados positivos, como no reactivos, realizados en otras instituciones.

Circuito diagnóstico de las pacientes embarazadas:

1. **HIV NO REACTIVO**: Retirado por personal de Enfermería a cargo, incorporado en historia clínica materna será informado por el profesional (médico u obstétrica) a la mujer en la próxima consulta.

2. HIV REACTIVO

1ra MUESTRA: Ante una primera prueba positiva, desde Servicio de Hemoterapia y Enfermera/o a cargo, se contacta al Jefe de Consultorios Externos matutinos o vespertinos, informándole dicha situación, quien establece contactar telefónicamente a la persona para informarle la necesidad de repetir la extracción de sangre para la realización de la segunda prueba y de la prueba confirmatoria.

2da MUESTRA: En caso de ser reactiva la 2da muestra, se realiza la confirmación con Prueba de Western Blot y se informa a la paciente.

3. **HIV INDETERMINADO**: Se cita a la paciente en 15 días y se repite la prueba.

Circuito diagnóstico para las Parejas:

Durante el control prenatal se debe sugerir el testeo de las parejas de las mujeres que asisten embarazadas. El mismo podrá realizarse en el mismo Hospital o en los Centros de asesoramiento y diagnóstico de VIH, existentes en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

Re-testeo de VIH en el tercer trimestre del embarazo: Debe realizarse a aquellas pacientes con resultado negativo durante el embarazo, se recomienda solicitarlo alrededor de las 32 semanas para poder contar con el resultado antes del parto.

5. Consejería pretest y postest: Diagnóstico

El test para investigar la presencia de anticuerpos de VIH está ampliamente disponible en nuestro país, siempre debe ofrecerse acompañado de consejería pre y post test.

La consejería pretest supone que el test es opcional y voluntario.

Cuando se realiza consejería pretest se debe asegurar:

1. Dar al individuo tiempo, oportunidad e información para que comprenda las implicancias del test, el por qué de la solicitud y sus posibles resultados.

2. Explorar la presencia de recursos individuales de afrontamiento de un posible resultado positivo.
3. Brindar acciones para el cuidado y educación de la salud (sexo seguro-uso de condón)
4. Adecuación del vínculo de confianza y empatía entre el usuario y el consejero antes del resultado del test.
5. Responder a las necesidades y requerimientos del usuario en términos de información e interrogantes.

Por lo tanto la consejería pretest requiere:

1. Espacio físico que garantice privacidad, sin interrupciones y que asegure confidencialidad.
2. Confidencialidad: asegurar que el resultado será conocido sólo por el equipo de salud que participe de la toma de decisiones.
3. Durante el control prenatal se sugiere que el test se solicite separado del resto de la rutina, caso contrario la usuaria recibe un exceso de información que dificulta su comprensión.
4. Preparación para los posibles resultados.
5. Brindar información sobre procesos técnicos y el significado del periodo de ventana.
6. Reconstruir historia de testeo y riesgos de infección.
7. Analizar la red social con la que cuenta el individuo que consulta.

Antes de dar un resultado...

Se debe asegurar:

- que sea el resultado confirmatorio y definitivo
- que el mismo pertenece a la paciente
- que disponemos de un lugar privado y confidencial
- que disponemos del tiempo necesario para brindar la información
- brindar contención necesaria

○ Ante un resultado Negativo para VIH es importante :

1. Informar el resultado aclarando el periodo de ventana
2. Brindar información de prácticas de prevención (uso de condón)
3. Dar información de reducción de daño en el consumo de sustancias.
4. Recordar que no significa inmunidad.
5. Insistir en la importancia del testeo de la pareja sexual.

- Ante un resultado Positivo para VIH es importante:
 1. Dar a la persona el tiempo necesario para analizar la información y expresar sus sentimientos.
 2. Contener, dar espacio para aclarar las dudas.
 3. Desmitificar sentimientos de culpa y victimización
 4. Diferenciar VIH/SIDA
 5. Reforzar importancia de prácticas de sexo seguro para evitar la reinfección.
 6. Reforzar la importancia del cuidado y la posibilidad del tratamiento para evitar el progreso de la enfermedad
 7. Evaluar con la persona la posibilidad de comunicarlo a su pareja ofreciendo ayuda
 8. Ofrecer el test a la pareja.
 9. Ofrecer el apoyo necesario por parte del equipo de salud.

Frente a un diagnóstico positivo en el embarazo el temor y la incertidumbre se presentan con gran frecuencia.

Ante el diagnóstico de caso de VIH en el embarazo ¿qué información clínica es recomendable brindar?

- Tratar de informar lo que la mujer desee escuchar, pero sin dejar de mencionar que el VIH es una infección producida por un virus que se transmite a través de sexo no seguro, consumo de drogas compartiendo elementos para su administración, transfusiones de hemoderivados no seguros.
- Que el test no brinda información sobre el tiempo de evolución de la infección
- Que en el embarazo el VIH puede atravesar la placenta y transmitirse al bebé, sin embargo, con un adecuado control de la enfermedad, adecuada adherencia al tratamiento ARV y elección acertada de vía de Parto según carga viral, condiciones obstétricas y presencia de coinfecciones (Hepatitis C), la posibilidad de transmisión se reduce a menos del 2%
- Que el recién nacido se alimentará con leche de fórmula o leche humana pasteurizada del Banco de Leche Humana del Hospital, ya que existe riesgo de transmisión a través de la lactancia.

La consejería entonces presupone la capacidad de establecer una relación de confianza entre los interlocutores, tendiendo a rescatar los recursos internos del/la consultante, para que tenga la posibilidad de reconocerse como sujeto de su propia salud y transformación.

6. Atención preconcepcional:

El control preconcepcional es una oportunidad para reducir el riesgo reproductivo en las mujeres. En América Latina, con bajo nivel de consulta de planificación del embarazo, el post parto inmediato sería un momento óptimo para desarrollar intervenciones que contribuyan a mejorar las condiciones del próximo embarazo.

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. En nuestra región más de la mitad de las gestaciones no son programadas y se identifican con el primer retraso menstrual. Entre las mujeres que planifican el embarazo, muchas no pueden acceder a cuidados preconcepcionales de calidad.⁷

Se propone un cuidado sistemático, pautado y con enfoque de niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

Este enfoque debe ser aplicado al mismo tiempo a la mujer, su pareja y al niño

Control Preconcepcional: Definición:

Es el conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo, que tiene como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Objetivo global del cuidado preconcepcional: lograr la reducción de la morbilidad materno feto neonatal, procurando lograr el bienestar materno y el nacimiento de un niño sano.

Una de las importantes actividades en el control preconcepcional es la pesquisa de enfermedades transmisibles y en este contexto debe ofrecerse la realización del test., por lo tanto las mujeres en edad fértil tienen el derecho de realizar la pruebas de tamizaje para VIH, previa consejería y garantizando la confidencialidad.⁸

Es recomendable sugerir el tamizaje para VIH a toda mujer con deseo de embarazo.

En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profiláctico existentes.

En aquellas mujeres que decidan no embarazarse se les deberá ofrecer métodos anticonceptivos seguros. Siempre acompañando a los métodos de barrera

Control preconcepcional en pacientes VIH positivas.⁹

- La consejería contraceptiva es el componente esencial en el cuidado que las mujeres VIH en edad reproductiva, debiendo incluir la provisión de métodos anticonceptivos seguros y efectivos para evitar embarazos no esperados. Recomendación A I
- Debe incluir consejería en prácticas sexuales seguras, reducción del uso de drogas, alcohol y tabaco. Recomendación A II

- Evaluación del status de enfermedad de la mujer VIH para evaluar la necesidad de terapia antirretroviral (ARV). Recomendación A II
- En relación a los regimenes ARV deberán ser evaluados en función a un potencial embarazo. Recomendación A II
- La elección del ARV debe ponderar: régimen efectivo para el tratamiento, teniendo en cuenta la teratogenicidad de los mismos y posibles efectos adversos en la madre y en el feto. Recomendación A II
- Las mujeres infectadas por HIV con deseos de embarazo deben lograr una estabilidad máxima de carga viral suprimida antes de la concepción. Recomendación A II

Otras intervenciones para aplicar:

- Brindar información acerca de factores de riesgo para la transmisión vertical del VIH y cuáles son las estrategias para la reducción del mismo.
- Información sobre los efectos del VIH y de la terapia ARV en el curso del embarazo y en su resultado.
- Contraindicación de lactancia materna y suministro de leche de Fórmula o leche humana pasteurizada de Banco para evitar la transmisión.
- En aquellas mujeres que deseen embarazarse, evitar regimenes que contengan Efavirenz por su posible *teratogenicidad*
- Evaluar y manejar apropiadamente los efectos secundarios asociados a la terapia, que puede afectar negativamente los resultados de salud materno-fetal (hiperglucemia, anemia, toxicidad hepática).
- Evaluar la necesidad de profilaxis apropiada o tratamiento de enfermedades oportunistas, siempre evaluando seguridad tolerabilidad y toxicidad de las drogas utilizadas.
- Administración de inmunizaciones: Influenza, Hepatitis B y Neumococo.
- Reforzar la importancia del testeo de la pareja y realizar consejería adecuada tanto frente a un resultado positivo como negativo.
- Asesorar acerca de técnicas de inseminación intrauterina o intravaginal para reducir el riesgo de transmisión en el caso que el hombre fuera negativo para VIH.
- Aconsejar técnicas de fertilización de alta complejidad para evitar la transmisión en el caso que la mujer sea negativa y el hombre esté infectado con VIH.

Por lo tanto es importante la realización de consejería y atención preconcepcional como parte de la Atención Primaria de la Salud (APS). El propósito es mejorar la salud antes de concretarse el embarazo, con reducción de los factores de riesgo, y tratando de estabilizar las condiciones médicas preexistentes para optimizar los resultados maternos-fetales y neonatales. El equipo de

salud que habitualmente se ocupa de la salud de las mujeres en edad reproductiva ocupa un rol fundamental en este sentido.

7. **Parejas discordantes:**^{10, 11}

Las parejas discordantes son aquellas en las que uno de los dos integrantes presenta un resultado positivo VIH/SIDA mientras que el otro es negativo para dicha enfermedad.

El objetivo de las intervenciones recomendadas es minimizar el riesgo de transmisión del virus entre la pareja discordante garantizando la concepción.

En aquellas parejas donde el hombre se encuentra infectado por el VIH la fertilización asistida a través de lavado espermático o técnicas de transferencia de embriones son mucho más seguras que el coito sin protección.

Si bien el riesgo de transmisión del VIH por acto sexual sin protección es de 0,03 y el mismo puede reducirse significativamente si la pareja masculina tiene carga viral indetectable a través del uso de la terapia HAART, el coito sin protección para la concepción está contraindicado, ya que existe en casos algunos escasa correlación entre carga viral indetectable en plasma y la presencia viral en secreción vaginal o seminal.

El lavado espermático es una técnica de separación de espermias vitales no transportadores de VIH que son separados del líquido seminal y de células no germinales, mediante centrifugación, para ser utilizados para inseminación, por técnica FIV, o ICSI.

La eficacia del lavado se verifica con la detección de ARN antes de la utilización de los mismos.

Es un procedimiento seguro pero su utilización es limitada.

En el caso que la mujer esté infectada la transmisión también es baja en caso de carga viral indetectable y HAART, sin embargo no es seguro el coito sin protección.

La técnica recomendada para la concepción es la inseminación vaginal o uterina con jeringas o cánulas estériles durante el periodo del ciclo donde ocurre la ovulación.

Monitoreo y seguimiento de mujeres embarazadas VIH/SIDA negativas con parejas positivas:

La importancia del seguimiento de estas pacientes es la implementación de medidas tendientes a la reducción de la infección (reconversión) durante el embarazo y en el caso de que esto ocurra diagnosticarlo e intervenir para reducir la chance de transmisión vertical.

Debe recomendarse la realización del testeo universal con pruebas de screening para VIH, también la realización de un segundo testeo para VIH en el tercer trimestre (antes de las 36 semanas).

Si el testeo no se hubiera realizado o no se hallara disponible el resultado y la mujer se encuentra en trabajo de parto, deben realizarse pruebas rápidas de VIH.

Si durante el embarazo existiera la sospecha de periodo de ventana o seroconversión deben realizarse pruebas de detección de RNA-HIV en plasma, sumado a detección de anticuerpos VIH; en caso de resultado negativo se debe retestear a la 4 o 6 semanas.

Se debe aconsejar acerca de la importancia de la aparición de síntomas sugestivos de Síndrome Retroviral Agudo (fiebre-linfadenopatía generalizada-mialgias-artralgias-rash) para motivar la consulta.

En el caso de resultado positivo debe iniciarse las medidas tendientes a reducir la transmisión vertical (iniciación de ARV y planificación de parto por cesárea, si fuera necesario).

En el caso de no contarse con resultado de pruebas confirmatorias y sólo resultado positivo de test rápido (mujeres en trabajo de parto), deben iniciarse las intervenciones para la reducción de la transmisión vertical. Se recomienda en estos casos consulta con especialista para adecuar TARV materno-fetal dado alto riesgo de Transmisión Vertical.

Siempre debe aconsejarse el uso correcto y seguro de condón.

8. Control prenatal en pacientes con VIH:

El control prenatal (CPN) de las mujeres con VIH debe comprenderse dentro del contexto del control prenatal habitual, enfocado al cuidado de la salud de la mujer con esta comorbilidad.¹²

Se entiende como control prenatal a una serie de visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, para disminuir morbilidad materna y perinatal.

Objetivo general del control prenatal: disminuir la morbilidad materna y perinatal.
En este contexto se incluye la reducción del riesgo de transmisión vertical.

Objetivos específicos:

1. Brindar información para la salud de la madre y el niño.
2. Vigilar crecimiento y vitalidad fetal.
3. Detectar enfermedades subclínicas.
4. Aliviar molestias.
5. Preparar a la embarazada y su familia para el nacimiento y la crianza de su hijo.

En el caso de las mujeres que conviven con VIH, la disminución de la morbilidad perinatal incluye la prevención de la transmisión vertical.

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y de amplia cobertura

Cronograma de citaciones a consultorio externo Obstetricia:

- Mensual hasta la semana 28.
- Cada 3 semanas entre 28 y 32 semanas.
- Quincenal entre 32 y 36 semanas.
- Semanal a partir de las 36 semanas.

El control prenatal (CPN) es una instancia en la vigilancia de la salud de la mujer, al que le deben suceder, una vez producido el nacimiento, estrategias para asegurar el cuidado de las mujeres y sus hijos.

Actividades recomendadas durante el control prenatal:

8.1. Entrevista:

La anamnesis completa brinda información acerca de la historia previa de infección por VIH, tratamientos realizados, evolución (si la infección fuera previa al embarazo) y status serológico de la pareja sexual, pues las relaciones sexuales entre parejas VIH positivas aumentan el riesgo de superinfección, con la consecuente adquisición de secuencias nuevas de ADN viral, y, por ende, de resistencia al tratamiento, con elevación de la carga viral y aumento del riesgo de Transmisión Vertical (TV).

Hábitos como el consumo de tabaco, drogas y promiscuidad, aumentan el riesgo de adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual, que favorecen la TV por el aumento de carga viral en secreciones genitales.

Como ya ha sido expresado, el CPN de las pacientes convivientes con VIH debe enfocarse desde una perspectiva multidisciplinaria que incluya especialistas en obstetricia e infectología, así como psicólogos y trabajadores sociales que aseguren el cumplimiento de los objetivos del CPN, trabajando sobre la importancia de la adecuada adherencia al tratamiento, y el asesoramiento y apoyo para lograr el abandono de hábitos como el tabaco y el consumo problemático de sustancias.

8.2. Determinaciones de laboratorio:

8.2.1 Hemograma:

Se solicitará desde la primera consulta y se reiterará mensualmente. Se considera valor normal de hemoglobina por encima de 11 gramos-litro en cualquier momento del embarazo.

En el caso particular de las pacientes con VIH, que reciben tratamiento ARV a partir de semana 14 con esquemas antirretrovirales de alta eficacia, que incluyen Zidovudina, deben ser especialmente controladas, ya que esta droga puede provocar toxicidad medular.

Se recomienda valorar la suspensión Zidovudina, si los valores de hemoglobina están por debajo de 7 gr% .

Suplementos en el embarazo:

- Hierro: Se recomienda, al igual que en la población general de embarazadas, una dosis diaria profiláctica de 60 mg. de hierro elemental
- Acido Fólico: Se recomiendan 400 microgramos de ácido fólico, en comprimidos diarios.

8.2.2 Hepatograma:

Se solicitará al inicio del CPN, luego a las dos semanas de iniciado el tratamiento ARV (que incluya (Inhibidores no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTI) o Inhibidores de proteasas (IP), y se continuará con control mensualmente hasta el nacimiento.

Los INNTR y los IP pueden alterar los niveles de transaminasas y provocar esteatosis.

También se reportaron casos de toxicidad mitocondrial, que afecta a la oxidación de ácidos grasos, ocasionando cuadros como hígado graso agudo, Síndrome HELLP (especialmente en tercer trimestre). Esto último se asoció a la utilización de DD más D4T, la cual se desaconseja en pacientes embarazadas.

8.2.3 Solicitud de serologías completas: (VDRL, TOXO IgG-IgM, CHAGAS).

- VDRL: Se solicitará en el primer, segundo, tercer trimestre y periparto.
- Toxoplasmosis: Detección de IgG., en caso de ser negativa se informará acerca de medidas para prevenir la primoinfección, y se repetirá trimestralmente hasta el parto.
- Chagas: Se solicitará la realización del estudio con 2 técnicas de detección, una de las cuales debe ser Elisa para aumentar la sensibilidad del método.
- Solicitud serología para Hepatitis B (HBsAG y HBcore): Si es negativo, iniciar esquema habitual de vacunación para Hepatitis B: 1-2-6 meses (Recomendación A II). En caso de HVBsAg positivo, administrar al Recién Nacido gammaglobulina, además de la vacuna anti Hepatitis B, en las primeras 12 horas de vida.(Recomendación A I).
- Solicitud de serología para Hepatitis C (HVC): Si es positivo, realizar carga viral para adecuar ambos tratamientos. Además en aquellos lugares con disponibilidad de técnicas de hibridación se recomienda testear con PCR a los RN a los 2 y 4 meses y con acps.a los 15 meses. (Recomendación C III). En cuanto a la vía de parto en pacientes con Hepatitis C, proceder según status VIH (Recomendación B III).
- Tuberculosis: investigar coinfección en la embarazada a través de PPD, radiografía de tórax realizada con protección abdominal y muestras de esputo según anamnesis y

valoración clínica, recordar que en el embarazo prevalecen las formas de tuberculosis oligosintomáticas.

8.2.4. Glucemia: Igual que en población general de embarazadas: se solicitará al inicio, y si el valor es normal, se completa con Prueba de Sobrecarga con 75 gr (P75) entre semanas 24 y 28, para pesquisa de Diabetes Gestacional. Excepto en pacientes con factores de riesgo agregados (historia familiar de DBT tipo 2, Obesidad, etc.), se recomienda testear antes de la semana 24. ¹³

14

8.2.5 Determinación de grupo y factor Rh.

8.2.6 Solicitud de Urocultivo: al inicio y luego de la semana 28, para pesquisa de Bacteriuria Asintomática ¹⁵

8.2.7 Detección para Estreptococo Grupo B en semana 35 a 37.

8.3. Vigilancia fetal anteparto:

Ø Ecografía

1er Trimestre: para confirmar vitalidad del embarazo y determinar con precisión la edad gestacional, para poder programar el momento del inicio del tratamiento ARV, y programar la cesárea, cuando esté indicada, en la semana 38 para la prevención de la Transmisión Vertical (TV).¹⁶

2do Trimestre: Ecografía de segundo nivel, morfológica, en pacientes tratadas con esquema combinado (ya que son limitados los datos acerca de los efectos a largo plazo, de la exposición in útero a los ARV en el feto: drogas clase C), y especialmente a aquellas que recibieron Efavirenz, droga clase D: teratogenicidad en animales y casos reportados en humanos), durante el primer trimestre. Se asocia a defectos del tubo neural, anencefalia y labio leporino.

3er Trimestre: Para valorar crecimiento y salud fetal.

Ø Monitoreo fetal anteparto: (NST)

Bajo riesgo: semanal a partir de la semana 38.

Se ajustará a menor edad gestacional y mayor frecuencia semanal del estudio, de acuerdo a existencia de comorbilidades (HTA, Diabetes, etc)

8.4. Papanicolaou y Colposcopía:

Solicitud de estudio del tracto genital inferior (Papanicolaou, colposcopía y vulvoscopía) - con el objetivo de investigar co- infecciones ginecológicas de transmisión sexual- HPV)

La prevalencia de HPV y de CIN es mayor en las mujeres que viven con VIH. ¹⁷. En estas pacientes, a su vez, se registran tasas más altas de persistencia que en la población general. ¹⁸
Los estudios indicarían mayores tasas de regresión en las tratadas con HAART. ¹⁹

La progresión del VIH es el factor de riesgo independiente más importante para el desarrollo de cáncer cervical/vulvar en estas pacientes. En un huésped inmunocompetente, la progresión de una lesión preinvasora a un cáncer invasor puede tomar hasta 10 años. En una mujer con VIH la progresión es más rápida. El desarrollo de un cáncer invasor se considera como marcador de enfermedad. ²⁰

Se recomienda screening citológico, colposcópico y vulvoscópico anualmente.

En caso de detectarse lesiones por infección por HPV se recomienda la captura híbrida para identificar ADN viral (en búsqueda de los subtipos oncogénicos). ²¹

8.5. Inmunizaciones:

Vacunas (Difteria Tétanos) DT: Según CPN habitual: dos dosis, la primera entre las semanas 20 y 24 y la segunda entre las semanas 26 y 32. En pacientes que ya han sido vacunadas pero que no estén en rango de cobertura por la fecha de la última dosis, deben recibir un refuerzo). El refuerzo de la vacuna doble adultos debe realizarse cada 10 años.

Vacuna antineumocócica. Se recomienda su administración cada 5 años en pacientes inmunocomprometidos

Vacuna antigripal polivalente (Influenza estacional y H1N1) Anual

Para aplicación de vacunas deberá tenerse en cuenta el momento de extracción para Carga Viral (CV). Se recomienda no aplicarlas en la proximidad de este estudio, ya que puede alterar los resultados de CV. *Considerar un intervalo de un mes.*

8.6. Estudios especiales:

Estudios invasivos: En la era previa a la terapia HAART, la realización de amniocentesis ó punción de vellosidades coriales aumentaba 2-4 veces el riesgo de transmisión vertical. Un estudio multicéntrico concluyó que el 3% de los niños se infectaron de madres a las que se les realizaron procedimientos invasivos, mientras que sólo el 1.7% se infectaron de madres a las que no se les sometieron a dichos procedimientos. No hubo transmisión vertical en pacientes a las que se les realizaron dichos procedimientos, y que estuvieran medicadas con esquemas combinados y con cargas virales indetectables.

No se registró transmisión vertical en niños cuyas madres estaban recibiendo triple esquema ARV y con carga viral indetectables al momento del procedimiento. ²²

La amniocentesis no está contraindicada, puede realizarse con indicación precisa, en pacientes tratadas con esquema combinado, y con CV indetectable al momento del estudio.

Se desaconsejan la punción de vellosidades coriales y la cordocentesis por ser procedimientos más riesgosos de TV.²³.

9. Aspectos infectológicos durante el control prenatal:²⁴

En la mujer embarazada VIH se debe evaluar el estado clínico, la CV y el recuento de CD4 para determinar el momento apropiado para el inicio del tratamiento antirretroviral. La carga viral y los CD4, son elementos importantes para monitorear la respuesta al tratamiento. Si la mujer presenta criterios clínicos e inmunológicos para iniciar el tratamiento, debe comenzar con la terapia antirretroviral (TARV) lo antes posible. Si la mujer no requiere tratamiento por su propia salud, debe comenzar con TARV como profilaxis de transmisión vertical una vez transcurrida la semana 14.

La TARV reduce el riesgo de transmisión vertical. Al iniciar el tratamiento se deberán tener en cuenta la edad gestacional, los posibles efectos de la exposición en el feto y los efectos adversos en la madre.

El objetivo de la terapia ARV combinada es minimizar la carga viral, reducir la transmisión vertical y minimizar el riesgo de resistencia a los ARV.

Los esquemas terapéuticos recomendados durante el embarazo son:

- 2 inhibidores de la transcriptasa reversa. (Zidovudina-Lamivudina) más un inhibidor de proteasas. (Ritonavir-Lopinavir)
- 2 inhibidores de la transcriptasa reversa. (Zidovudina-Lamivudina) más Nevirapina (en mujeres con menos de 250 CD4).

Tabla 2 Dosis de medicamentos para la madre:

Medicamento	Dosis	Presentación
Zidovudina	300 mg. Cada 12 horas	Tabletas por 300 mg.
Lamivudina	150 mg. Cada 12 horas	Tabletas por 300 mg.
Zidovudina /Lamivudina	300mg./150mg.Cada12horas	Tabletas po300/150 mg.
Nevirapina	200 mg cada 12 horas	Tabletas por 200 mg.
Lopinavir/Ritonavir	400mg/100mg cada 12 horas	Tabletas por 133/33mg
Estavudina	30 mg cada 12 horas	Tabletas por 30 mg

Seguridad de los Antiretrovirales (ARV) en el embarazo:

- Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de nucleósido:

El AZT y 3TC son las drogas utilizadas en el embarazo con mayor experiencia, por lo tanto son las drogas recomendadas de primera línea. El AZT produce toxicidad hematológica (anemia y neutropenia). Como ya se ha mencionado, en aquellas pacientes con valores menores a 7 gr% de hemoglobina se recomienda sustituir el AZT por otros INTI (Abacavir o D4T). No se han detectado aumento de defectos congénitos con la utilización de estas drogas.

- Inhibidores no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTI):

La Nevirapina es el INNTI de primera elección para su uso durante el embarazo, sin embargo debe tenerse en cuenta su toxicidad hepática en mujeres con más de 250 linfocitos CD4/mm³, por lo tanto debe monitorearse clínicamente y con parámetros de laboratorio la función hepática durante las 12 semanas posteriores al inicio de la TARV. Además la Nevirapina puede provocar compromiso cutáneo de variada intensidad, llegando a formas severas con alta mortalidad, las manifestaciones tóxicas cutáneas también están relacionadas con valores linfocitos CD4/mm³ (más de 250)

Se debe alertar a la paciente que frente a síntomas como ictericia, erupción cutánea, fiebre y dolor abdominal debe consultar sin demoras a la guardia.

Se evaluará la función hepática, con un hepatograma cada 15 días, si las enzimas hepáticas alcanzan 5 o 6 veces el valor normal se sustituirá la Nevirapina por otro ARV.

Se desaconseja el uso de Nevirapina en mujeres embarazadas con más de 250 CD4 absolutos

9.1 Evaluación de Estatus infectológico:

a. Solicitud de CD4 en primera consulta y cada 3 meses a cargo del especialista en infectología. (Recomendación B III)²⁵

b. Solicitud de carga viral en la primera visita (Recomendación A I). En aquellas con antecedentes de TARV previa, se realizará carga viral precoz (a las 4-8 semanas).

En pacientes con buena respuesta virológica, repetir entre las 34-36 semanas de gestación para evaluar vía de parto.

c. Test de resistencia (Test R): Se realiza en pacientes con exposiciones previas, múltiples e intermitentes a antiretrovirales, con respuesta errática a los mismos o en aquellas pacientes que presentes carga viral detectable a pesar del tratamiento ARV de alta eficacia.

9.2. Tratamiento Antiretroviral (TARV):²⁶

Momento de iniciar la TARV:

- A partir de la *semana 14* de gestación en aquellas pacientes que sólo requieran TARV para prevenir transmisión vertical (TV). Según el caso podría considerarse inicio más tardío, a las 20 semanas aproximadamente.
- En cualquier momento del embarazo cuando el estado clínico o inmuno virológico de la paciente lo requiera.
- Se considera intervención eficaz para reducir el riesgo de TV, el uso de terapias *antirretrovirales combinadas de alta eficacia*: HAART, que incluyen al menos 3 drogas de las cuales una de ellas, salvo toxicidad ó resistencia documentadas, debe ser la *Zidovudina*. (AZT)
 - El **AZT** por múltiples mecanismos: reducción de carga viral sérica y en Secreciones genitales, buen pasaje transplacentario, y otros, demostró ser efectivo en la reducción de la TV, aún en pacientes con carga viral indetectable. (Recomendación I A).

9.3. Escenarios clínicos para el inicio de ARV:²⁷

□ Mujeres con tratamiento previo al embarazo:

- No suspender ARV si el mismo es efectivo.
- Incluir siempre AZT en el tratamiento para la madre.
- Modificar la combinación DDI-D4T o el uso del Efavirens (1º trimestre)
- Si el embarazo es detectado en segundo o tercer trimestre y estaba recibiendo Efavirens, continuar con esta droga, si resultaba efectiva.
- Recomendar test de Resistencia si tiene viremias detectables

□ Mujeres sin TARV actual, pero con exposiciones previas:

- Si la paciente requiere tratamiento, el mismo se iniciará precozmente.
- Obtener la historia de exposiciones anteriores, con la mayor precisión posible
- Evaluación de los requerimientos actuales, incluyendo test de Resistencia.
- Control de la supresión viral precoz (4-8 semanas).

- ▢ **Mujeres sin indicación de tratamiento per se, pero indicada para prevención de TV:**
 - Iniciar TARV luego de la evaluación inmuno virológica (entre las 20-24 semanas)
 - Evitar la utilización de NVP si presenta más de 250 CD4.

10. Manejo Intraparto:

10.1 Aspectos Infectológicos:²⁸

- ▢ El Tratamiento médico durante el embarazo está destinado a suprimir la carga viral a niveles indetectables.²⁹
- ▢ La cesárea electiva reduce el 50% el riesgo de TV, independientemente de otros factores asociados.
- ▢ La realización de una cesárea de urgencia tiene resultados inciertos.

10.2. Elección de la vía de parto:

- **Parto Vaginal:**

En pacientes bajo tratamiento ARV con supresión viral: carga viral indetectable ó hasta 1000 copias por ml, se recomienda parto vaginal, ya que no hay evidencia de que la cesárea aporte beneficios en la reducción de la tasa de TV, pues ésta es muy baja en este grupo de pacientes. La tasa de transmisión vertical en pacientes bajo esquemas ARV combinados, de alta eficacia (HAART), con CV menor a 1000 copias/ml es de alrededor del 2%. Independientemente de la vía de parto. En aquellas con CV indetectable oscila alrededor del 0.1%. Nivel de evidencia IA. Mientras pueda mantenerse la vía oral, se continúa con el tratamiento ARV que estuviera recibiendo. Luego, administrar AZT iv; excepto aquellas pacientes que estuvieran recibiendo D4T durante el embarazo deberá suspenderse 24 horas antes de iniciar el pasaje AZT iv.

<p><u>Dosis de infusión iv de AZT:</u> 2mg/Kg. Seguidas de 1 mg/kg. hasta el clampeo del cordón. (Ideal 2 a 3 horas de infusión antes del parto)</p>
--

El RN debe recibir jarabe de AZT iniciado dentro de las 6 horas de vida por seis semanas.³⁰

- **Cesárea electiva a las 38 semanas.**

- Pacientes con TARV y CV mayor a 1000 copias/ml.
- Pacientes que sólo recibieron AZT monoterapia.
- Pacientes con inicio de tratamiento tardío en el embarazo (la supresión viral se obtiene luego de 4-6 semanas de iniciado el tratamiento ARV).

- Pacientes que concurren con más de 36 semanas sin tratamiento ARV. En este grupo de mujeres se indicará AZT iv más 3TC 300 mg./día más Nevirapina 200 mg/ día, continuando AZT/3TC hasta el séptimo día del puerperio.

El objetivo de esta toma de decisiones es evitar la cirugía intraparto ó con Rotura Prematura de Membranas, ya que ambas circunstancias aumentan tanto la morbilidad materna (por infección postoperatoria) como la tasa de TV, pues durante las contracciones uterinas se producen transfusiones materno- fetales que favorecen la infección del feto.

La mayoría de los trabajos científicos han demostrado que una vez que se ha iniciado el Trabajo de Parto, ó se han roto las membranas, el riesgo de TV aumenta, haciéndose equiparable en términos de reducción de TV la cesárea intraparto con el parto vaginal; por lo que deberá tenerse en cuenta el aumento de la morbilidad para la madre en la cesárea es mayor.

Se recomienda que en la toma de decisión de la vía de nacimiento se tenga en cuenta tanto el estadio en que se encuentra el trabajo de parto como las horas de evolución de la RPM.

Lo mismo debe considerarse ante la sospecha de infección corioamniótica ya que se sabe que la presencia de corioamnionitis favorece la TV. (la transmisión viral materno fetal se produce a través de las microtransfusiones materno fetales ocurridas durante las contracciones).³¹.

- Las pacientes con membranas rotas que se encuentran en trabajo de parto avanzado en cuanto a la dilatación y altura de la presentación se recomienda el parto vaginal.
- Las mujeres que rompen membranas antes del desencadenamiento del trabajo de parto o se encuentran en instancias iniciales del mismo, se recomienda realizar cesárea abdominal.³²

- **Cesárea electiva a las 39 semanas:**

Pacientes con CV indetectable, con indicación obstétrica de cesárea por coexistencia de otras causas (ej: cesáreas iterativas)

10.3. Recomendaciones infectológicas para la preparación de la cesárea electiva:

- ∩ Antibioticoterapia previa acorde a recomendaciones nacionales de prevención de infecciones quirúrgicas: Cefalosporinas de 1ra generación. Dosis: 2gr iv, administrados 1 hora previa al inicio de la cirugía.
- ∩ Cirugía hemostática y con rotura de las membranas lo más cercana al momento de la extracción del niño.
- ∩ AZT iv debe comenzar entre 3-4 horas antes del inicio de la cirugía.
- ∩ AZT iv 2mg Kg. en la primer hora, luego continuar infusión iv con 1mg Kg. hasta la ligadura del cordón.

La administración de Zidovudina (AZT) endovenosa intraparto (segundo componente), independientemente de si la paciente recibió anteparto, reduce el riesgo de TV. (Nivel de Evidencia IA).

No ha demostrado beneficios agregar dosis única de Nevirapina (NVP), en pacientes que están bajo tratamiento ARV durante el embarazo, sin embargo, se registraron aumentos de resistencia a Nevirapina (15%). Estudio multicéntrico PACTG316 llevado a cabo en EEUU, Europa, Brasil y Bahamas que incluyó mujeres embarazadas en tratamiento con ARV durante el embarazo, no mostró diferencias significativas en cuanto a la tasa de TV y si se demostró 15% de aumento de resistencia a la Nevirapina.³³

Podría tener algún beneficio la dosis única de Nevirapina, aquellas pacientes que llegaran al parto con CV elevada, ó sin tratamiento previo.

Se recomienda en el puerperio continuar al menos 7 días con AZT para evitar resistencia a Nevirapina (debido a la vida media prolongada).³⁴

Pacientes que llegan al parto con status desconocido para VIH, deben testearse por guardia con test rápido para VIH. Si el resultado es positivo, se instala la medicación ARV en forma EV (componente intraparto), aunque todavía no se disponga del resultado del test confirmatorio, que deberá realizarse a la brevedad posible.

De confirmarse el resultado, se continuará con ARV en el Recién Nacido durante las 6 primeras semanas de vida, además de evitar la lactancia. De descartarse, se interrumpe el tratamiento.

(Recomendación A II).³⁵

10.4. Aspectos obstétricos del manejo intraparto:

- No realizar rotura artificial de membranas, ya que ésta última aumenta el riesgo de TV.
- No se recomienda el uso de electrodos en cuero cabelludo (lesionan la piel del bebé favoreciendo en contacto con sangre y secreciones de la madre).
- Se desaconsejan el uso de vacuum, fórceps y la episiotomía (para evitar laceraciones y traumas que favorezcan superficie de contacto y el bebé).
- Si ocurre la Rotura Espontánea Membrana (RPM) durante el Trabajo de Parto (en pacientes que reúnen condiciones para parto vaginal), deben emplearse estrategias para acortar la latencia al parto (recordar que el riesgo de TV aumenta en forma proporcional a las horas de bolsa rota). Por ejemplo: uso de oxitócicos.
- Se contraindica el uso de ergotínicos en pacientes medicadas con IP por el riesgo de exagerada vasoconstricción. En estas pacientes utilizar oxitócicos o análogos de oxitocina (carbetocina).

10.5. Casos especiales³⁶

RPM en embarazos mayor a 34 semanas:

- Si se sospecha corioamnionitis (CA) iniciar toma de muestras bacteriológicas, tratamiento antibiótico endovenoso correspondiente e indicar finalización del embarazo
- Iniciar ARV EV (segundo componente del protocolo)
- Si la carga viral es indetectable inducir el parto vaginal, según condiciones obstétricas.

RPM en embarazos menores a 34 semanas:

- Si se sospecha corioamnionitis (CA) iniciar tratamiento antibiótico endovenoso y estudios complementarios-bacteriológicos correspondientes.
- Utilización de corticoides antenatales.
- Finalizar embarazo ante la presencia de CA y/o compromiso de la vitalidad fetal.

Consideraciones:

- En mujeres sin tratamiento la RPM > de 4 hs. Duplica el riesgo de transmisión vertical
- Nacimientos previos a las 32 semanas. se asocian con aumento de la tasa de transmisión vertical.

- Escasos datos sobre resultados perinatales en mujeres con rotura de membrana precoz (RPPM) con TARV.
- La decisión de la vía y el momento del parto, debe ser INDIVIDUALIZADA y se basará: en el tratamiento ARV recibido, la CV, la duración de la RPM y la progresión del trabajo de parto. Estos son casos especiales para consenso entre obstetras, infectólogos, neonatólogos y la paciente.

Por lo tanto para la decisión del momento adecuado del nacimiento deberá tenerse en cuenta: La poca experiencia existente de la eficacia de ARV en la rotura prematura de membranas prolongada para prevenir la transmisión vertical, la sobrevida neonatal en prematuros según peso y edad gestacional, la infraestructura neonatal y la ausencia de presentación endovenosa y dosificación de ARV para prematuros pequeños; por lo tanto la evaluación interdisciplinaria del equipo de salud es imprescindible.

11. Manejo en el Puerperio:

11.1. Suspensión de la TARV en el puerperio:

- Se recomienda suspender TARV bajo las siguientes condiciones:
 - Pacientes que inician tratamiento **sólo** como profilaxis de TV.
 - Pacientes con más de 350 CD4 al inicio del TARV y estadios clínicos 1-2 (OMS).
 - Pacientes que inician TARV cercana al parto sin evaluación inmuno virológica previa.

La terapia con IP y NRTI debe suspenderse simultáneamente.

La terapia combinada con NNRTI, se suspende en forma paulatina (1° el NNRTI y se continua por 7 días con los NRTI).

Se recomienda consultar con el especialista Infectólogo previo a la suspensión del TARV.

11.2. Inhibición de la lactancia:

Se considera dentro de las intervenciones eficaces para reducir el riesgo de TV.

Se administran dos dosis de 0.5 mg de Cabergolina en 24 horas.

La lactancia materna favorece la infección del lactante, aún en madres adecuadamente tratadas y con CV indetectables (2%).

El virus presente en la leche atraviesa fácilmente la mucosa gastrointestinal del RN, por la inmadurez de las células. Los primeros días son los de mayor vulnerabilidad por la falta de ácido gástrico con posibilidad de inactivar el virus, y por la ingestión de macrófagos infectados presentes en el calostro. Este Mecanismo es favorecido, si existen lesiones en la mucosa oral, como candidiasis, y ó procesos inflamatorios de la mama lactante (mastitis, abseso), en los cuales la transmisión se ve favorecida por el aumento del cociente sodio-potasio.

Pasado este período, el riesgo de transmisión es menor (ya que existen elementos en la leche materna que contrarrestan la infección, como IGG, IGA secretoria, linfocitos CD8 citotóxicos, etc), pero acumulativo en función del tiempo por el que la lactancia se prolongue.

Existen otros factores influyentes en la trasmisión a través de la lactancia, como CV en la leche, CD4 maternos (menos de 200), prolongación de la lactancia, alimentación mixta (lactancia materna no exclusiva, con suplemento de leche de fórmula)

Conclusión: Se recomienda inhibición de la lactancia, pues existe un 2% de riesgo de transmisión del virus (en paciente adecuadamente tratada y con CV indetectables).³⁷ y hasta un 14% en pacientes nos tratados.

12. Anticoncepción.³⁸

La orientación y consejería en salud sexual y reproductiva es un proceso de comunicación, interpersonal en el que se brinda información necesaria para que las mujeres cuiden su salud, tomen decisiones voluntarias e informadas respecto de su vida reproductiva.

La consejería siempre debe ser enmarcada en un proceso de educación para la salud y la promoción de la salud sexual y reproductiva, debiendo contemplar las distintas esferas:

1. *Individual: Brindando información y apoyo para fortalecer la autonomía personal*
2. *Colectiva: Desarrollando acciones dirigidas al empoderamiento en derechos de SSyR en grupos humanos*

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento de los

embarazos y la planificación familiar, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual reproductiva.

Si bien el enfoque será a través de criterios médicos de elegibilidad de anticoncepción, se deben tener en cuenta las consideraciones particulares de acuerdo a criterios sociales, de conducta, específicamente la preferencia de la usuaria/o, fundamental para lograr la adherencia al método anticonceptivo (MAC).

Las mujeres con condiciones médicas que pueden hacer del embarazo un riesgo de salud inadmisibles (HIV/SIDA) deben ser informadas que, debido a su alto porcentaje de fallas en el uso típico *los métodos de anticoncepción basados en la conducta*, no son la elección más adecuada para ellas.

En VIH/SIDA debe recomendarse uso de correcto de *condón asociado a otros métodos anticonceptivos. Por lo tanto recomendar enfáticamente la doble protección.*

Las mujeres VIH/SIDA tienen indicado los anticonceptivos orales combinados (AOC) de bajas dosis: menos de 30 mcg de etinilestradiol. **CATEGORIA 1**

Las mujeres con indicación de ARV los AOC de bajas dosis pueden utilizarse, pero con un seguimiento clínico cuidadoso. **CATEGORIA 2**

A tener en cuenta: Diversos estudios demuestran que los ARV alteran la farmacocinética de etinilestradiol aumentando o disminuyendo sus niveles plasmáticos.

Las mujeres con VIH/SIDA con adecuado control de su enfermedad pueden utilizar DIU como método anticonceptivo con un seguimiento y control estricto de las potenciales complicaciones.

CATEGORIA 2.

En las usuarias de DIU se encontró evidencia suficiente para afirmar que no existe aumento de las complicaciones si se comparan pacientes VIH positivas con pacientes negativas.

Se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo.

Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH

13. Anexos:³⁹

13.1. Profilaxis en mujeres que no requieren tratamiento ARV que consultan en etapas tempranas del embarazo.

Nivel de Recomendación	En el Embarazo	En Trabajo de parto	En el Puerperio	Ventajas	Desventajas
A-1	AZT-3TC-NVP a partir semana 14	AZT EV	<u>Madre:</u> Suspender NVP y continuar 7-10 AZT y 3TC* <u>Niño:</u> AZT 6 semanas	Pauta sumamente eficaz	Hepatotoxicidad en mujeres con > de 250 CD4.
A1	AZT-3TC.-IP (lopinavir-ritonavir) a partir semana 14	AZT EV	<u>Madre:</u> Suspender.* <u>Niño:</u> AZT 6 semanas	Pauta sumamente eficaz	Mayor costo
Opcional CIII	AZT-3TC-ABC a partir semana 14	AZT EV	<u>Madre:</u> Suspender.* <u>Niño:</u> AZT 6 semanas	Fácil posología	Menor eficacia Riesgo de resistencia Hipersensibilidad ABC

*Discontinuar si la no tiene indicación de iniciar TARV

13.2. Recomendaciones para la utilización del Test Rápido para VIH.

La indicación actual para la utilización de TEST RAPIDO de VIH son aquellas situaciones en las que se requiere tomar **decisiones terapéuticas de emergenciaespecíficas** en mujeres embarazadas que llegan al parto sin diagnóstico en el último trimestre. (DSyETS. Año 2011).

1. Mujeres que no se han realizado el test del VIH durante el embarazo o se desconoce el resultado del mismo.
2. Mujeres con resultados negativos de VIH durante el embarazo, pero que no se han retestado en el tercer trimestre.

El resultado de Test Rápido de VIH estará disponible luego de los 30 minutos de ingresada la muestra al servicio de hemoterapia, el mismo se informará en la Historia clínica materna llevada por cualquier integrante del equipo de salud del centro obstétrico. (Obstetra, Obstétrica, Pediatra, Neonatólogo, Enfermero)

Interpretación del Test Rápido: Teniendo en cuenta que es un test de tamizaje, es la siguiente:

- NO REACTIVO: se considera negativo.
- INDETERMINADO: extracción de nueva muestra para realización de nuevo técnica de tamizaje y test confirmatorio.
- REACTIVO: se considera provisoriamente positivo, y permite activar las medidas profilácticas necesarias acorde al momento del parto.

La utilización del Test Rápido requiere del asesoramiento que debe acompañar a todo testeo de VIH. En caso de resultados reactivos o indeterminados, debe aclararse la necesidad de realización de nuevos estudios, y la importancia de tomar decisiones inmediatas que serán revaloradas con los resultados definitivos.

Por lo tanto ante un resultado *positivo*:

1. Informar el resultado del Test Rápido explicitando la necesidad de realización de nuevos estudios confirmatorios
2. Iniciar segundo componente del protocolo ACTG 076 (AZT ev.)
3. Suspensión de lactancia materna (no inhibición) hasta resultado confirmatorio de VIH.
4. Iniciar tercer componente del protocolo ACTG 076 (AZT vo. al recién nacido)

Las mujeres con test negativos deben recibir consejería sobre prácticas sexuales seguras y reducción de riesgo en la utilización de drogas para prevenir la infección durante el puerperio y fundamentalmente, durante todo el periodo de extensión de la lactancia.

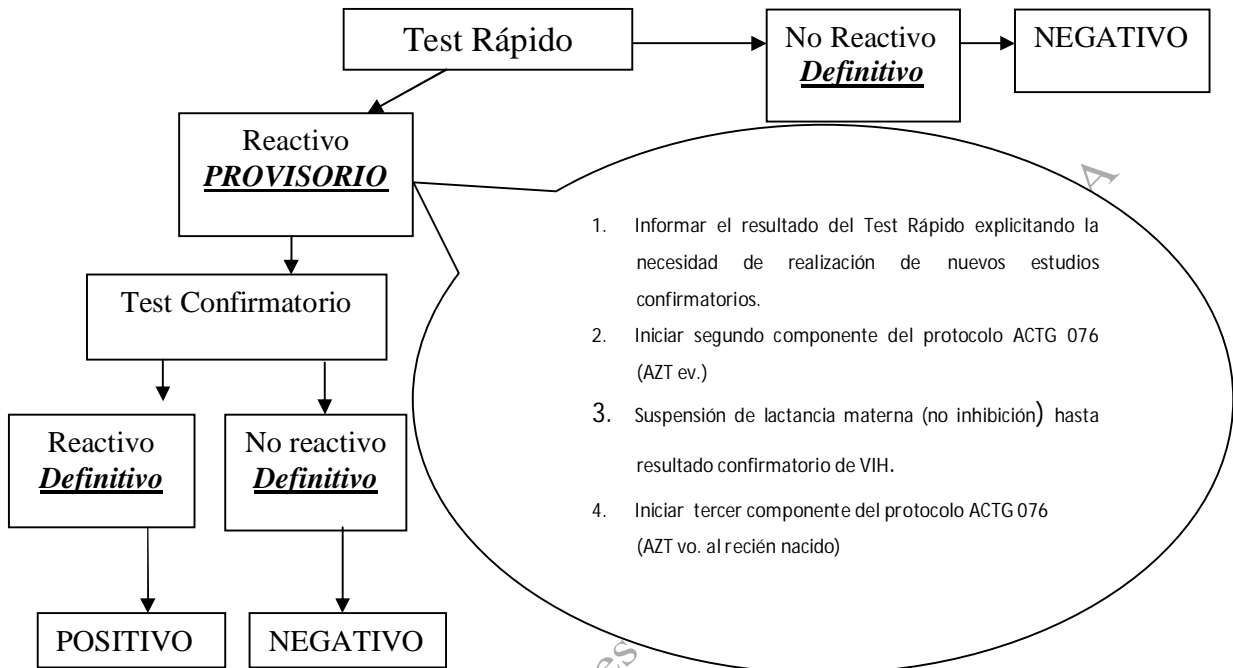
Aquellas mujeres con resultado de test rápido negativo, el mismo se considera definitivo, siendo suficiente para el otorgamiento del alta, *excepto en las siguientes situaciones*: Diagnóstico de TBC, coinfección con otras ETS, pareja discordante (pareja VIH positiva), consumo problemático de sustancias donde deberá aguardarse el resultado de VIH por Elisa.

Si los resultados de VIH aportados por la paciente provienen de otros centros de salud pública (municipales, nacionales o provinciales) o de centro de atención de salud privados reconocidos, (donde consta firma y sello del bioquímico responsable), estos resultados se tomaran como validos, y solo requerirán la repetición de los mismos si cronológicamente corresponde.

GPC para la Atención de mujeres embarazadas con VIH/SIDA

13.3. Algoritmo para diagnóstico serológico de infección por VIH para Test

Rápido:



Si los resultados de VIH aportados por la paciente provienen de otros centros de salud pública (municipales, nacionales o provinciales) o de centro de atención de salud privados reconocidos, (donde consta firma y sello del bioquímico responsable), estos resultados se tomarán como válidos, y solo requerirán la repetición de los mismos, si corresponde cronológicamente

14. BIBLIOGRAFIA.

- ¹ Handford CD, Tynan AM, Rackal JM, Glazier RH. Ámbito y organización de la atención de personas que conviven con VIH/SIDA (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008
- ² UNAIDS report on the global AIDS 2010
- ³ Programa Nacional VIH/ETS. Ministerio Salud de la Nación. 2010
- ⁴ Situación epidemiológica de VIH-SIDA en la CABA. Coordinación SIDA. Ministerio de Salud. Gobierno CABA. Mayo 2010.
- ⁵ Brocklehurst P. Intervenciones para la reducción del riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008
- ⁶ State of the art and priority setting decision-making agenda for HIV/AIDS in Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2010
- ⁷ Schwarcz, Uranga, Lomuto y cols. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud. 2001.
- ⁸ Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.
- ⁹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep*. 2009;58(RR-4):1-207
- ¹⁰ A de Ruiter, D Mercey, J Anderson, R Chakraborty, P Clayden, G Foster, C Gilling. “ British HIV Association and Children’s HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2008”. 9: 452–502
- ¹¹ A Fakoya,1 H Lamba,1 N Mackie,1 R Nandwani,2 A Brown,3 EJ Bernard British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection 2008. 9: 681–720
- ¹² Casini S, Lucero G, Herz M, Andina E. Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Volumen 21. Número 2. 2002
- ¹³ Tang JH, Sheffield JS, Grimes J, et al. Effect of protease inhibitor therapy on glucose intolerance in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107(5):1115-1119.
- ¹⁴ Dinsmoor MJ, Forrest ST. Lack of an effect of protease inhibitor use on glucose tolerance during pregnancy. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2002;10(4):187-191
- ¹⁵ Tratamiento antibiótico para bacteriuria asintomática. The Cochrane Library. Issue 1 2000. Oxford. Update Software
- ¹⁶ ACOG Committee on practices Bulletins. ACOG Practice Bulletin N 58. Ultrasonography in pregnancy. *Obstet. And Gynaecol.*, 2004. 104(6): 1449-58.
- ¹⁷ Maiman M, Fruchter RG, Serur E, Levine PA, Arrastia CD, Sedlis A. Recurrent cervical intraepithelial neoplasia in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 170–174.
- ¹⁸ Heard I, Schmitz V, Costagliola D, Orth G, Kazatchkine MD. Early regression of cervical lesions in HIV-seropositive women receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 1998; 12: 1459–1464
- ²⁰ Petry KU, Scheffel D, Bode U et al. Cellular immunodeficiency enhances the progression of human papillomavirus-associated cervical lesions. *Int J Cancer* 1994; 57: 836–840.
- ²¹ Lillo FB, Ferrari D, Veglia F et al. Human papillomavirus infection and associated cervical disease in human immunodeficiency virus-infected women: effect of highly active antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2001; 184:547–551.

- ²² Mandelbrot L, Jasseron C, Ekoukou D, et al. Amniocentesis and mother-to-child human immunodeficiency virus transmission in the Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hepatites Virales French Perinatal Cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(2):160 e161-169.
- ²³ Ekoukou D, Khuong-Josses MA, Ghibaudo N, et al. Amniocentesis in pregnant HIV-infected patients. Absence of mother-to-child viral transmission in a series of selected patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;140(2):212-217.
- ²⁴ OPS. “Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y Sifilis congénita en América Latina y el Caribe” 2009:40-43
- ²⁵ Watts DH, Lambert JS, Stiehm ER, et al. Complications according to mode of delivery among human immunodeficiency virus-infected women with CD4 lymphocyte counts of $< \text{or} = 500/\text{microL}$. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(1):100-107.
- ²⁶ NIH. Panel of treatment of HIV infected pregnancy women and prevention of perinatal transmission. Recommendations for use of ARV and interventions of reduce the risk of perinatal transmission, 24 May 2010.
- ²⁷ 2º consenso Argentino Terapia Anti RetroViral. SADI. Octubre 2008.
- ²⁸ Brocklehurst P. Intervenciones para la reducción del riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2.
- ²⁹ Volmink J, Siegfried NL, van der Merwe L, Brocklehurst P. Antirretrovirales para la reducción del riesgo de transmisión materno infantil de la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2.
- ³⁰ NIH. Recommendation of use of ARV and intervention to reduce the risk of perinatal transmission VIH, May 24 2010.
- ³¹ Lin HH, Kao JH, Hsu HY, et al. Least microtransfusion from mother to fetus in elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1996;87(2):244-8.
- ³² Read JS, Newell ML. Eficacia y seguridad del parto por cesárea para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH-1 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008
- ³³ Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA.* 2002;288(2):189-198.
- ³⁴ Cunningham CK, Chaix ML, Rekacewicz C, et al. Development of resistance mutations in women receiving standard antiretroviral therapy who received intrapartum nevirapine to prevent perinatal human immunodeficiency virus type 1 transmission: a substudy of pediatric AIDS clinical trials group protocol 316. *J Infect Dis.* 2002;186(2):181-188.
- ³⁵ World Health Organization. Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants – November 2009.
- ³⁶ Royal College Gynecologists Obstetricians. Management of HIV in pregnancy. Green top guideline N° 39. June 2010; 4-6
- ³⁷ Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS.* 2008;22(8):973-981
- ³⁸ Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para la utilización de métodos anticonceptivos. Tercera edición, 2005; 1-18.
- ³⁹ OPS. “Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y Sifilis congénita en América Latina y el Caribe” 2009:78-79

Nombre de archivo: Copy of Guia de VIH final Mayo 2012.doc
Directorio: C:\Documents and Settings\toti\My Documents\GUÍAS SARDÁ
Plantilla: C:\Documents and Settings\toti\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título: Guia de VIH/SIDA:
Asunto:
Autor: damian eva
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 5/4/2012 6:59:00 PM
Cambio número: 26
Guardado el: 5/5/2012 4:48:00 PM
Guardado por: ingrid
Tiempo de edición: 43 minutos
Impreso el: 5/5/2012 4:49:00 PM
Última impresión completa
Número de páginas: 35
Número de palabras: 10,208 (aprox.)
Número de caracteres: 58,189 (aprox.)