



NACIONAL



Resolución 105/1997

SECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD (S.P.S.)

Salud pública -- Norma de SIDA en perinatología --
Aprobación e incorporación al Programa Nacional de
Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Fecha de Emisión: 24/09/1997; Publicado en: Boletín
Oficial 30/09/1997

Artículo 1° - Apruébese la "Norma de SIDA en perinatología" que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 2° - Incorpórase la "Norma de SIDA en perinatología", al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Art. 3° - Publíquese a través de la Secretaría de Programas de Salud, la Norma aprobada por el art. 1°, a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa nacional.

Art. 4° - Agradécese a los profesionales invitados, participantes del Grupo de Trabajo Redactor, la importante colaboración brindada a este Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5° - Comuníquese, etc.

- Martínez.

Anexo

NORMA DE SIDA EN PERINATOLOGIA

Introducción

La transmisión vertical es el modo dominante de adquisición de la infección por VIH en los niños. La transmisión madre a hijo puede ocurrir in útero, intra parto o por la lactancia materna y la tasa de la misma depende de las características de la población, en Europa Occidental la tasa es de 16,4 %, en Africa oscila entre 35-40 %, en EE.UU. entre 25-30 %.

El protocolo de estudio 076 realizado en EE.UU. y Francia demostró la utilidad del uso de zidovudina (AZT) para prevenir la transmisión vertical del VIH.

La tasa de transmisión pasó del 25 % sin tratamiento, al 8 % con la administración de AZT durante el embarazo, parto y al RN durante las primeras 6 semanas. El AZT fue bien tolerado y los efectos colaterales a corto plazo fueron raros y reversibles. A partir de esta demostración cobra relevancia el diagnóstico prenatal de la infección por VIH.

Por lo tanto, se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las púerperas que no controlaron su embarazo, previo al alta.

La ley 23.798 y su decreto reglamentario 1244/91 exigen el consentimiento informado y escrito de la paciente, o de sus padres, tutor o encargado si es menor de edad, para efectuar serología para VIH.

La solicitud de serología para VIH permitirá, además de evaluar el estado serológico de las pacientes, informar a la embarazada sobre riesgos de la enfermedad, planificar estrategias de prevención de transmisión vertical e iniciar la profilaxis en las madres positivas y sus recién nacidos.

La serología se realizará por un método de tamizaje.

La prueba negativa no requiere otras pruebas. En pacientes con riesgo, ésta se repetirá cada

tres meses, si es positiva deberá corroborarse con una prueba confirmatoria. En caso de un resultado positivo, confirmado, se ofrecerá extender el estudio a sus parejas sexuales e hijos. Las pruebas indeterminadas requieren una consulta con infectología.

Debe garantizarse el asesoramiento, en un ámbito de privacidad, sobre el significado del estudio del VIH. Analizando con la paciente las conductas de riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su modo de prevención.

Se analizará la implicancia del resultado de la prueba serológica, sea éste positivo o negativo.

Este asesoramiento estará incluido en la primera consulta prenatal, en la cual se planificará la entrevista para informar el resultado a la persona estudiada, asegurando confidencialidad, apoyo psicológico e información.

Prevención de la transmisión vertical en la embarazada VIH positiva

El objetivo de estas recomendaciones es reducir la transmisión del VIH de la madre al hijo (transmisión vertical).

Recomendaciones

Antes de iniciar el tratamiento informar a la paciente en forma clara y sencilla, sobre:

Los riesgos de transmisión a la descendencia,

Los resultados obtenidos a partir de la administración de AZT y las cuestiones aún en estudio con respecto al tratamiento, consignando en la historia clínica tanto su aceptación como su negativa.

El tratamiento a instituir deberá comenzar en cualquier momento del embarazo posterior a las 14 semanas, y aun en trabajo de parto. El mismo requiere un seguimiento hematológico mensual. Este se interrumpe en caso de:

Descenso de la hemoglobina por debajo de 7,5 mg/dl

Descenso plaquetario por debajo de 50.000 /mm³

O alteraciones gastrointestinales severas.

La dosis de AZT a utilizar durante el embarazo será de 500 mg./día, administrada por vía oral y subdividida cada 6 u 8 horas, hasta el momento del parto. Al iniciarse el trabajo de parto, o en la inducción a la anestesia en el caso de intervención quirúrgica tanto en el caso de haber seguido el esquema con AZT como cualquier otro esquema antirretroviral, o sin tratamiento previo, se efectuará AZT endovenoso. La dosis será de 2 mg/Kg. peso en la primera hora como dosis de ataque y de 1 mg/Kg. en las horas subsiguientes como dosis de mantenimiento hasta finalizado el parto.

La vía del parto debe ser elegida de acuerdo a las condiciones obstétricas de la paciente. Actualmente los estudios no han demostrado diferencias estadísticas significativas entre la cesárea y el parto por vía vaginal respecto a la transmisión vertical.

Se aconseja evitar la amniocentesis, la amniotomía precoz y el monitoreo fetal invasivo.

En el período postparto, debe evitarse la lactancia materna y proceder a la inhibición de la misma, asegurando al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas.

Las madres que reciben sólo AZT para la prevención de la transmisión vertical no deben continuar con esta medicación en el postparto y serán derivadas a un centro de referencia de su zona para su reevaluación y seguimiento.

Si la embarazada recibía tratamiento antirretroviral previo al embarazo, deberá continuarlo de acuerdo a las indicaciones de su médico tratante (ver manejo clínico).

Manejo perinatal del hijo de madre VIH+

Aproximadamente una de cada cuatro madres VIH+, van a transmitir la infección en el período perinatal salvo que se efectúen intervenciones destinadas a interrumpir la transmisión. Estas incluyen el adecuado manejo perinatal, además del tratamiento antirretroviral.

En el manejo clínico de estos niños debe tenerse en cuenta que presentan un mayor riesgo de exposición a otras infecciones maternas como toxoplasmosis, hepatitis B, sífilis, citomegalovirus y chagas. Además un número importante de madres infectadas consumen drogas y los niños pueden haberse expuesto intraútero. Por lo tanto es aconsejable la atención del parto en un centro que cuente con servicios de obstetricia y neonatología.

Recomendaciones

La atención del parto y la recepción del RN, deben efectuarse con las técnicas de barrera recomendadas en el capítulo V de bioseguridad de la Propuesta Normativa Perinatal tomo 1. Es importante bañar meticulosamente al bebé para quitarle todos los restos de sangre y secreciones maternas. Las maniobras de aspiración y resucitación no deben ser intempestivas, para evitar laceraciones que puedan ser puertas de entrada del virus.

El tratamiento antirretroviral se inicia entre las 8 y las 12 hs. de vida con AZT jarabe, con una dosis de 2 mg/Kg./dosis cada 6 hs. por 6 semanas. Si no puede ser administrado por vía oral, se dará endovenoso a 1,3 mg/Kg./dosis cada 6 hs. hasta que la vía oral pueda ser usada. Se solicitará hemograma al nacer y cada 2 semanas mientras dure el tratamiento con AZT.

Este se suspenderá:

Con hemoglobina menor a 8 mg./dl,

Neutrófilos totales menores a 750 por ml. y

Plaquetas menores a 50.000 por ml.

Los niños expuestos intraútero a sífilis, chagas, toxoplasmosis, rubéola, hepatitis B o aquéllos con síntomas de infección intrauterina serán evaluados según normas para descartar la transmisión vertical de estas infecciones.

A partir de la 7ª semana, se suspenderá el AZT, se reevaluará al recién nacido, se comenzará con profilaxis para pneumocystis carinii (trimetoprima - sulfametoxazol, TMS, 5 mg/kg./día una dosis diaria 3 veces por semana) y se enviará al centro de referencia de su zona para diagnóstico de infección por VIH, quien indicará los procedimientos adecuados a realizar.

Se monitoreará el crecimiento y se administrará el esquema rutinario de vacunas excepto la vacuna oral para la polio que será sustituida por la salk. Si el niño tiene peso adecuado al nacer y está asintomático, se administrará BCG.

En el lactante, el test de Elisa sólo tiene valor diagnóstico a partir de los 18 meses de vida.

Manejo clínico de la embarazada VIH positiva

El manejo clínico de la embarazada VIH+ tiene como objetivo:

Prevenir la transmisión vertical.

Demorar la progresión al estado sintomático.

Prevenir las infecciones oportunistas.

Tratar las complicaciones de la inmunodeficiencia.

El tratamiento depende del estadio de enfermedad en que se encuentra la paciente, definido en base a la clínica y a los estudios de laboratorio según las siguientes categorías:

1. Enfermedad inicial: Corresponde a la infección aguda de la clasificación del CDC de 1987. Abarca el período entre el momento de la infección y la seroconversión que puede acompañarse o no de manifestaciones clínicas. Se deberá sospechar la infección por VIH ante el antecedente de exposición y la existencia de un cuadro símil mononucleosis infecciosa con reacción de Paul Bunnell negativa o una hepatitis anictérica con marcadores negativos para otros virus o una esofagitis candidiásica o una estomatitis inexplicada, si bien la mayoría son asintomáticos. Tener en cuenta el tiempo requerido para la positivización de la serología (período ventana); en caso de resultar negativa se deberá repetir a los 3 meses del presunto contacto.

2. Enfermedad temprana: Incluye el período de portación asintomática y a la linfadenopatía persistente generalizada.

3. Enfermedad moderada: Comprende a los complejos relacionados con el SIDA y las enfermedades menores no marcadoras tales como:

Herpes zoster monometamérico en los últimos cinco años.

Candidiasis oral o vaginal de más de un mes de duración o recurrente.

Leucoplasia oral vellosa.

Alteraciones dermatológicas: Molusco contagioso, dermatitis seborreica.

Púrpura trombocitopénica idiopática.

Úlceras mucosas inespecíficas.

Infecciones bacterianas recurrentes (sinusitis, bronquitis), excepto neumonía.

Angiomatosis bacilar.

Neuropatía periférica.

4. Enfermedad avanzada: Comprende a las infecciones oportunistas mayores, la demencia o la encefalopatía subaguda, los tumores y el síndrome de adelgazamiento. Las enfermedades marcadoras de SIDA son: Candidiásis esofágica o pulmonar
 Enf. de chagas del SNC y/o miocarditis aguda
 Retinitis por citomegalovirus (CMV)
 Coccidioidomicosis diseminada
 Criptococosis extrapulmonar
 Cryptosporidiasis
 Encefalopatía por VIH
 Síndrome de desgaste
 Herpes simplex generalizado
 Histoplasmosis generalizada
 Infecciones Bacterianas Múltiples (P)
 Isosporidiasis
 Sarcoma de Kaposi
 Linfoma primario de cerebro
 Micobacteriosis atípica
 Linfoma de alta malignidad
 Neumonía por pneumocistis Carinii
 Septicemia recidivante por salmonelosis
 Toxoplasmosis cerebral
 Tuberculosis diseminada o extrapulmonar
 Neumonía intersticial linfoidea
 Enfermedad diseminada por CMV
 Neumonía bacteriana a repetición (1) (P)
 Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 Tuberculosis pulmonar
 Cáncer cuello invasivo
 Retardo madurativo (P)

(1) (P) Solamente para pacientes pediátricos.

Si la paciente se encuentra en los estadios 1, 3 ó 4, es conveniente la interconsulta con el servicio de infectología de referencia, porque puede ser necesario un esquema terapéutico combinado.

En la tabla N° 1 se detallan las recomendaciones para el seguimiento y su frecuencia de acuerdo al estadio de infección.

Los siguientes contenidos se agregarán al control habitual:

TABLA 1: SEGUIMIENTO DE PACIENTES VIH POSITIVAS EMBARAZADAS

	Inicial	2º Trimestre	3º Trimestre
Examen Clínico	*	*	*
Examen Ginecológico	*		
Laboratorio General	* (1)	*	*
Serología	* (2)		VDRL y hepatitis B
Inmunología	* (3)		
Rx. Tórax	* (4)		
PPD	*		

1. Los estudios mínimos necesarios son: Hemograma con recuento de plaquetas, hepatograma con albuminemia, urocultivo. En caso de recibir AZT debe realizarse un hemograma mensual.

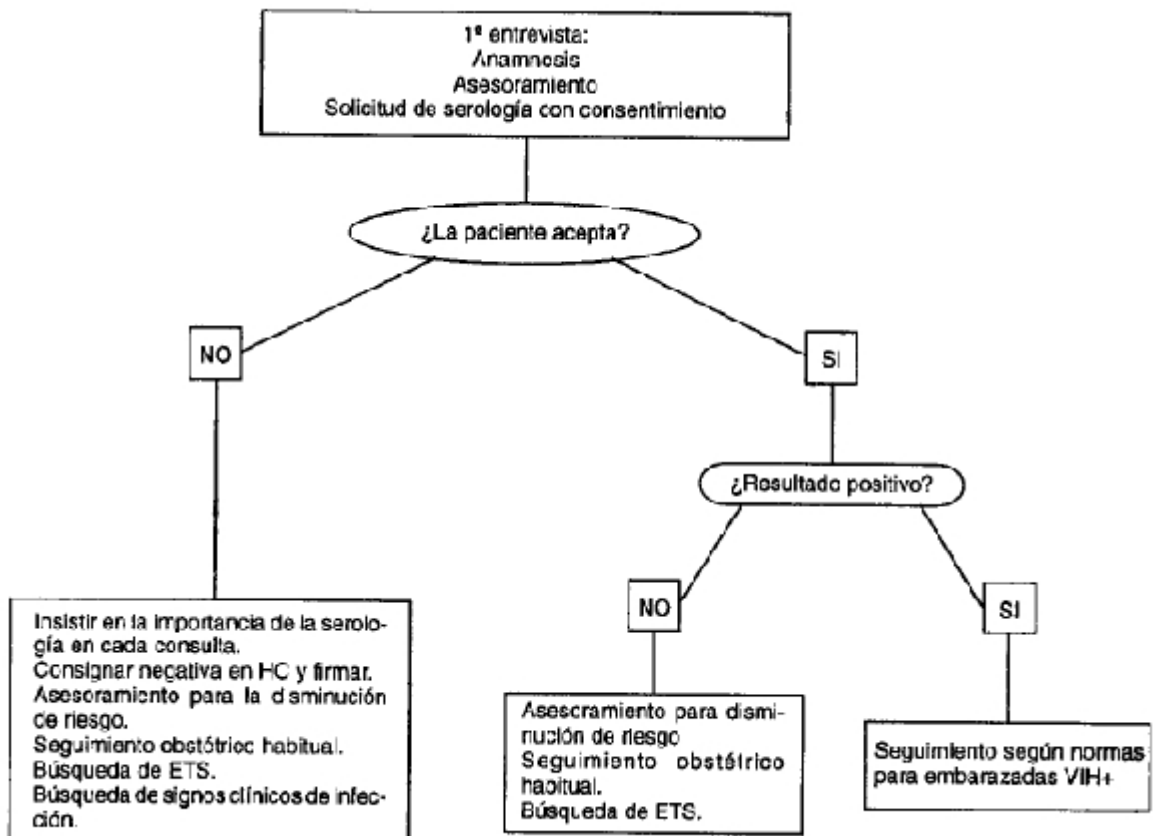
2. Estudios recomendados: Sífilis (VDRL), Hepatitis B (Hbs Ag), toxoplasmosis (par serológico preferentemente en el primer trimestre) y chagas (según normas).

3. CE4 y carga viral: En aquellos lugares donde está disponible se recomienda su realización.

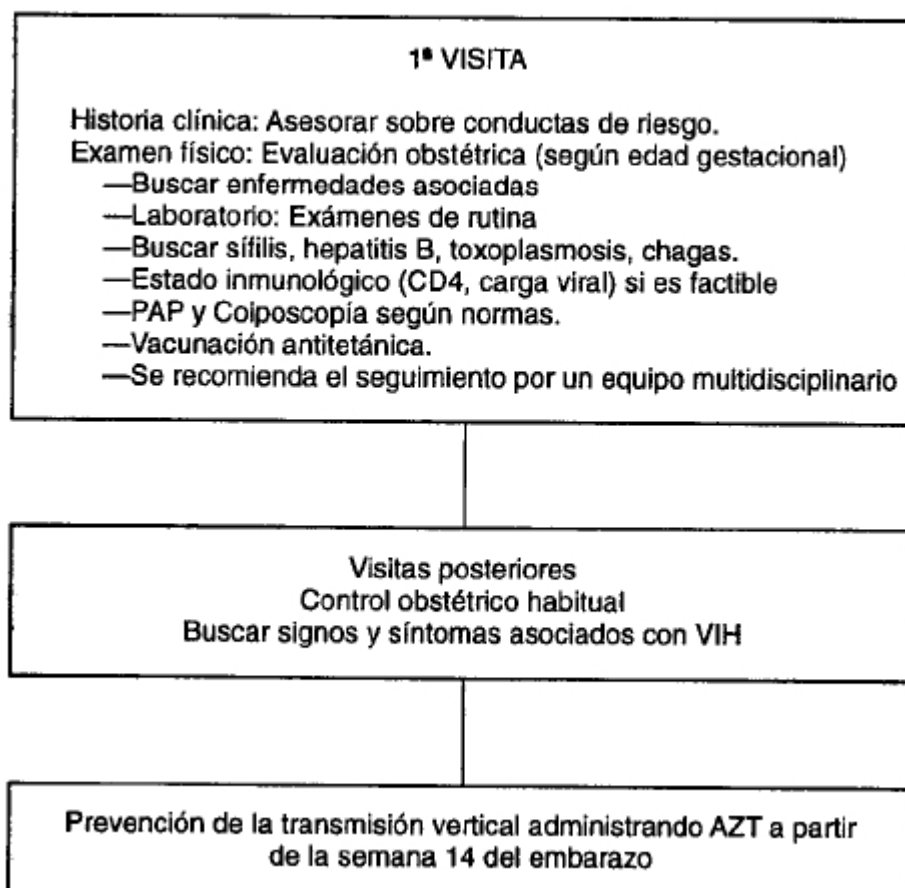
4. Solamente a las sintomáticas respiratorias con protección plomada abdominal.

Recomendaciones

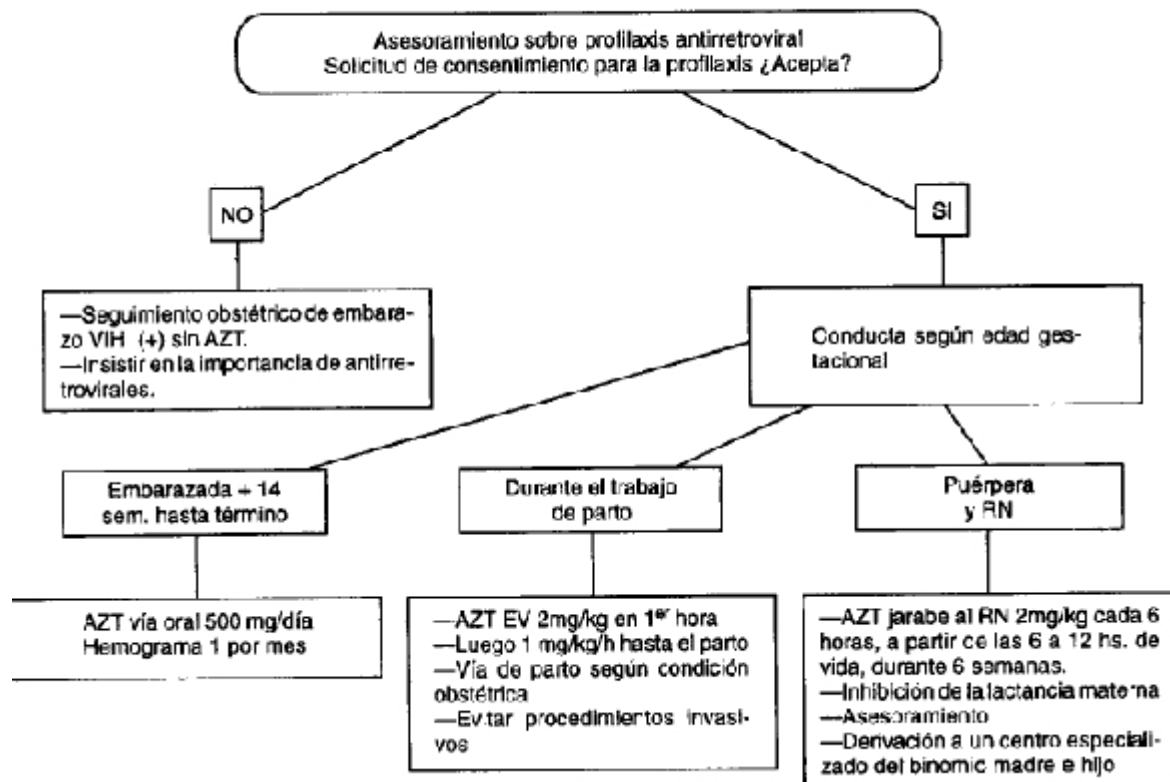
1. Dado que la evolución obstétrica de las pacientes VIH positivas es similar a la de aquellos embarazos de pacientes no infectadas, el control obstétrico se hará de acuerdo a las normas, manteniendo comunicación con el centro de referencia de su área.
 2. Se realizará una completa anamnesis, interrogando sobre conductas de riesgo. La historia clínica perinatal debe completarse, interrogando sobre sus embarazos y partos previos, aparición en ellos de complicaciones infecciosas, de los resultados perinatales y de la evolución de sus hijos, ofreciendo la evaluación serológica de los mismos.
 3. Corresponde efectuar un examen físico completo, prestando especial atención a aquellos síntomas y signos que pueden asociarse con el VIH (por ejemplo: Diarrea persistente, linfadenopatías, descenso o escaso aumento ponderal, lesiones vulvares, lesiones bucales o gingivales -candidiasis o leucoplasia vellosa-, patología pulmonar, trastornos hematológicos), recordando que algunos de ellos pueden inducir a confusión por asociarse con relativa frecuencia a embarazos normales (anorexia, cansancio, cefaleas).
 4. Se debe asesorar a la paciente para que concurra inmediatamente ante la aparición de nuevos síntomas (Patología respiratoria, diarrea, fiebre persistente, etc.).
 5. Está indicada la vacuna antitetánica.
 6. El tratamiento antirretroviral combinado: Su indicación deberá ser analizada con un profesional con experiencia en tratamiento antirretroviral de acuerdo a las Normas vigentes.
- ESTUDIO SEROLOGICO DE INFECCION POR VIH EN EMBARAZADAS



MANEJO CLINICO DE LA EMBARAZADA VIH+



PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL EN PACIENTES VIH (+)



SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE VIH (+)

AL NACER

- Evitar maniobras intempestivas
- Baño meticuloso
- Examen clínico completo
- Evaluar exposición a drogas e infecciones intrauterinas
- Comenzar AZT (2mg/kg/dosis) cada 6 hs. Vía oral o 1,3 mg/kg/dosis EV cada 6 hs.), comenzar dentro de las 6 hs. a 12 hs. de vida.
- Ofrecer alternativas adecuadas a la lactancia materna

0 A 6 SEMANAS

- Hemograma y evaluación clínica quincenal
- Evaluar el crecimiento y signos de infección
- Inmunizar con BCG

A PARTIR DE LA 7ª SEMANA

- Suspender AZT
- Iniciar Profilaxis para Pn Carinii
- Derivación a un centro especializado

