

MANEJO DE LA PACIENTE INFECTADA POR VIH-Y SIDA EN SERVICIOS DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS

EPIDEMIOLOGÍA

Factores de carácter biológico, socioeconómico y cultural, hacen que la mujer sea particularmente susceptible a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH. De los cuarenta millones de personas infectadas por el virus a diciembre del 2007, diecisiete millones son mujeres en edad reproductiva con edades comprendidas entre los 20 y los 29 años. Este comportamiento de la epidemia hace que cada vez sea mayor los casos de sida pediátrico, de no mediar estrategias conocidas para disminuir la transmisión vertical madre-hijo.

Hoy la relación heterosexual es responsable de aproximadamente el 70% de las infecciones informadas. Esta situación, además de explicar el incremento de casos de sida en mujeres, da cuenta del incremento de casos de sida pediátrico. De estos últimos, el 90% son resultado de transmisión vertical.

Entre las medidas conocidas como eficaces para impactar la transmisión perinatal, están: la prevención primaria, la planificación familiar, sexo seguro y protegido, la atención prenatal con calidad, la asesoría y las pruebas confidenciales voluntarias, la profilaxis y el tratamiento antirretroviral durante el proceso reproductivo, la cesárea electiva y la intervención nutricional con sustitutos de la leche materna. Lamentablemente la implementación de estas estrategias es bastante precaria en países en vía de desarrollo y Colombia es un buen ejemplo de ello. A pesar de que las guías y normas de manejo para el proceso reproductivo expedidas por el Ministerio de la Protección Social, establecen la obligatoriedad de la tamización a toda gestante durante el control prenatal, así como el tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión vertical del virus, los intermediarios del sistema de salud han sido negligentes e irresponsables en la implementación de estas medidas y en muy buena medida, son responsables de la grave situación del sida perinatal en nuestro país.

Ante la escasa práctica de tamización para HIV durante la etapa preconcepcional o en su defecto, durante el control prenatal, los servicios de urgencias obstétricas se convierten en la última oportunidad para hacer diagnósticos oportunos a las mujeres gestantes y para evitar la transmisión a sus recién nacidos.

Es por lo tanto responsabilidad de los obstetras que trabajan en estos servicios, conocer los diferentes escenarios en que se pueden presentar las gestantes, así como su tratamiento adecuado.

ESCENARIO 1: GESTANTE QUE VIENE RECIBIENDO ANTIRRETROVIRALES ANTEPARTO

La meta en el manejo de la gestante infectada durante el trabajo de parto y part, es minimizar la transmisión perinatal y las potenciales complicaciones materno perinatales. El régimen de tratamiento propuesto por el protocolo PACTG076 ha mostrado su eficacia solo o en combinación con otros antirretrovirales. Este régimen incluye una infusión IV de AZT, iniciando con una carga de 2 mg/kg IV durante una hora, seguido de la infusión continua de 1 mg/kg IV hasta pinzar el cordón umbilical. Para la cesárea electiva este régimen debe iniciarse 3 horas antes de la cirugía.

Las mujeres que vienen recibiendo combinación de antirretrovirales previo al parto como: AZT/3TC ó HAART, deben igualmente recibir AZT IV durante el trabajo de parto y continuar los otros componentes del régimen por vía oral. Si la mujer no recibía AZT antenatal, debe recibirlo intraparto como lo establece el protocolo PACTG076 a no ser que exista historia de hipersensibilidad al medicamento.

Existe antagonismo farmacológico entre AZT y 4DT, por lo tanto este medicamento debe suspenderse mientras se administra AZT.

Si la gestante viene recibiendo tratamiento antirretroviral combinado, debe continuarlo el máximo tiempo posible en el período intraparto, independientemente de la vía del parto, con el fin de evitar la posibilidad de resistencia medicamentosa.

Si la cesárea electiva está programada, los medicamentos orales deben continuarse administrados con pequeñas cantidades de agua. Si por alguna razón es necesario interrumpir la terapia antirretroviral, deben interrumpirse todos los medicamentos y administrar solo el AZT IV y luego reiniciarlos todos simultáneamente con el objetivo de minimizar el riesgo de desarrollar resistencia.

ESCENARIO 2: GESTANTE QUE VIENE RECIBIENDO TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ANTEPARTO CON SUPRESIÓN VIRAL SUBÓPTIMA CERCA AL PARTO:

La cesárea electiva se recomienda para mujeres con carga viral superior a 1000 copias/ml de HIVRNA. No se ha demostrado que la administración de nevirapina a mujeres con terapia antirretroviral anteparto y supresión viral subóptima, reporte algún beneficio adicional y algunos estudios como el PACTG 316

informan que además se asocia a desarrollo de resistencia en el 15% de mujeres con carga viral detectable postparto.

La adición de dosis única de nevirapina a mujeres que vienen recibiendo medicación antirretroviral anteparto, no se recomienda.

ESCENARIO 3: GESTANTES QUE NO RECIBIERON MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES ANTEPARTO.

MUJER QUE SE PRESENTA EN TRABAJO DE PARTO SIN DOCUMENTACIÓN DE SU ESTATUS INFECCIOSO.

A toda mujer sin documentación para su estatus infeccioso para HIV al momento del parto, se le debe practicar una prueba rápida a menos que ella se oponga a la tamización. Las pruebas rápidas para HIV se recomiendan además, para mujeres que se presentan en trabajo de parto con una prueba para HIV negativa, practicada al inicio de la gestación y que tienen riesgo incrementado de infección como son: mujeres con diagnóstico de ITS, consumidoras de drogas psicoactivas, trabajadoras sexuales, promiscuas o con compañeros de riesgo o con signos y síntomas de infección aguda a quienes no se les repitió el elisa para HIV en el tercer trimestre de gestación.

La repetición del examen de elisa en el tercer trimestre, está indicada en mujeres con riesgo de adquirir la infección o cuyos partos se presentan en lugares de alta incidencia o prevalencia de infección por HIV. En estos sitios, la repetición de la prueba se debe hacer de manera rutinaria.

Si una prueba rápida es positiva, debe presumirse infección por HIV y actuar en consecuencia hasta que una prueba confirmatoria estándar confirme el estatus infeccioso de la paciente. Una vez confirmado este, la mujer debe recibir valoración adecuada con recuentos de CD4 y carga viral en el posparto inmediato para determinar su condición y establecer la terapia adecuada, incluido el soporte psicológico. Toda mujer HIV positiva intraparto debe recibir AZT IV.

ESCOGENCIA DEL RÉGIMEN ANTIRRETROVIRAL PARA MUJERES SIN TERAPIA ANTEPARTO.

Toda gestante que no haya recibido terapia antirretroviral anteparto, debe recibir AZT IV iniciando inmediatamente para prevenir transmisión perinatal. La mayoría de las transmisiones suceden cerca o durante el parto. Por lo tanto, la profilaxis pre-exposición busca obtener niveles sistémicos fetales de medicamentos que rápidamente crucen la barrera placentaria.

El AZT y otros inhibidores nucleotícos de la transcriptasa inversa así como los no nucleotícos cruzan la placenta, no así los inhibidores de la proteasa.

Estudios epidemiológicos indican que la administración intraparto de AZT seguida de la administración oral al neonato durante seis semanas, reduce la transmisión cuando se compara con la ausencia de tratamiento.

En la Cohorte de New York la tasa de transmisión fue de 10% con AZT administrado intraparto y al neonato, versus 27% sin AZT. El estudio Petra demostró que la sola administración intraparto de AZT sin el componente neonatal, no es efectivo para reducir la transmisión vertical.

Varis regímenes de antirretrovirales intraparto y durante el proceso neonatal, han demostrado efectividad. Estos incluyen la administración de AZT / 3TC intraparto y durante una semana al recién nacido, así como una dosis única de NVP intraparto y al recién nacido, pero ninguno de ellos ha sido comparado con la administración intravenosa de AZT intraparto y durante seis semanas al recién nacido.

La dosis única de NVP a la madre intraparto y al recién nacido se ha asociado con el desarrollo de resistencia viral. Para evitar esto, algunos expertos recomiendan administrarlo a combinación de medicamentos como AZT / 3TC

TRANSMISIÓN PERINATAL Y VÍA DEL PARTO:

El Colegio Americano De Obstetras Y Ginecólogos –ACOG– recomienda cesárea electiva antes del inicio del trabajo de parto y la ruptura prematura de membranas para gestantes HIV positivas con carga superior a 1000 copias/ml de HIVRNA cerca al parto

Para mujeres con menos de 1000 copias de HIVRNA, la información con respecto al beneficio de la cesárea electiva es insuficiente. En estos casos, la decisión respecto a la vía del parto debe individualizarse. A las mujeres en estas circunstancias, se les debe aconsejar cuidadosamente acerca de los beneficios inciertos y los riesgos conocidos de la cesárea electiva.

Las mujeres que reciben terapia HAART tienen tasas de transmisión de 1.2% a 1.5%. De acuerdo con estas bajas tasas, el beneficio real de la cesárea electiva es difícil de determinar. Según el protocolo PACTG que incluyó 2.756 mujeres, encontró una tasa de transmisión de 1.3% en 2.539 mujeres con terapia combinada; mujeres con carga viral menor de 1000/ml en terapia combinada, tuvieron tasas de transmisión perinatal de 0.8% con cesárea electiva y .5% con todas las otras formas de parto (OR 1.4, 95% CI.2-6.4).

En el estudio colaborativo europeo que incluyó 4.525 mujeres, la tasa de transmisión en aquellas que recibieron terapia HAART fue 1.2%. En mujeres con carga viral entre 200 y 500 copias/ml, se encontró una reducción significativa en las tasas de transmisión: 0.02 – 0.31 P=0.0004, sin embargo al ajustar de acuerdo con la terapia antirretroviral (ninguna vs alguna) la efectividad de la cesárea electiva no fue significativa. Los datos actuales no confirman pero tampoco descartan los beneficios de la cesárea electiva en mujeres con carga viral menor de 1000 copias/ml que vienen recibiendo terapia antirretroviral.

En las gestantes HIV positivas quienes se presentan tarde en la gestación y no están recibiendo terapia antirretroviral, los niveles de carga viral están probablemente por encima de 1000 copias/ml y en ellas la reducción de la carga viral a niveles indetectables toma semanas dependiendo del nivel inicial. En ellas la cesárea proporciona beneficio adicional para reducir la transmisión vertical si además se adiciona el régimen del protocolo 076 o terapia HAART, así se inicie tarde en la gestación.

El ACOG recomienda para estas pacientes cesárea electiva a la semana 38, estimada por clínica y monografía y evitando la amniosentesis. Si bien, a esta edad gestacional el riesgo de dificultad respiratoria es bajo, está sustancialmente incrementado. Este riesgo se compensa con el riesgo de que la paciente inicie trabajo de parto o presente ruptura prematura de membranas.

Con el fin de disminuir el riesgo de morbilidad infecciosa, se recomienda el uso de antimicrobianos a todas las pacientes que se someterán a cesárea electiva.

La mayoría de los estudios han encontrado que la cesárea realizada luego del inicio del trabajo de parto y la RPM, tiene riesgo similar de transmisión vertical al parto vaginal. Sin embargo la duración de la RPM en estas mujeres, fue mayor de 4 horas y la carga viral no fue estimada. Cuando el efecto de la RPM fue estimado, se encontró que el riesgo de transmisión fue el doble en mujeres con RPM mayor de 4 horas antes del parto y este riesgo se incrementa continuamente con la duración de la RPM. No se conoce si el incremento del riesgo aplica para mujeres con carga viral indetectable o en aquellas con terapia antirretroviral.

En mujeres con carga viral mayor de 1000 copias, con RPM y dilatación inicial, el obstetra debe proceder de manera expedita para minimizar los efectos de la RPM. Si el trabajo de parto progresa rápidamente, el parto vaginal es la elección.

Los electrodos en cuero cabelludo, el monitoreo fetal invasivo y el parto operatorio, deben evitarse en lo posible.

Cuando ocurre RPM pretérmino (menos de 37 semanas) la decisión sobre la vía del parto se basará en la edad gestacional, la carga viral, el régimen antirretroviral y la evidencia de infección aguda. En estos casos el régimen antirretroviral debe continuar siempre con AZT IV.

MORBILIDAD MATERNA Y VÍA DEL PARTO:

La cesárea está asociada a mayores riesgos entre las mujeres HIV positivas que los observados en no infectadas. La cesárea electiva posee riesgos mayores que el parto vaginal, pero menos que la cesárea urgente emergente, pero las complicaciones de esta no tienen ni la frecuencia ni la intensidad suficiente para sobrepasar los beneficios de la reducción de la transmisión vertical. Es necesario aconsejar a la mujer sobre el riesgo incrementado y los potentes beneficios asociados con el parto por cesárea basados en los niveles de HIVRNA.

Existen una serie de factores que incrementan el riesgo de complicaciones como son: el estatus socioeconómico, las infecciones genitales, la obesidad, la desnutrición, el tabaquismo, el parto prolongado y la RPM. Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta por el clínico para hacer la consejería a la paciente infectada a la hora de definir la vía del parto

LECTURAS RECMENDADAS:

JUAN GUILLERMO LONDOÑO CARDONA

Jefe – Departamento de Ginecología y Obstetricia

Universidad de Antioquia

Medellín, Enero de 2008