COOMEVA EPS

NORMA PARA EL MANEJO DEL VIH-SIDA DURANTE LA GESTACIÓN

La historia de la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana ha cambiado significativamente en la última década, con los avances hechos en el tratamiento médico, más específicamente con la introducción de la terapia antiretroviral altamente efectiva, con la cual los individuos infectados están mejorando su calidad de vida y prolongando la expectativa vida. En los países con grandes recursos la mortalidad por VIH ha disminuido, estimándose expectativas de vida de 30 a 40 años desde el diagnóstico de la infección.

Otro cambio significativo en las últimas décadas ha sido el incremento de mujeres con VIH, alcanzando en algunos países la cuarta parte de la población infectada. Las mujeres y los niños sufren una carga importante de enfermedad y en muchos lugares continúan representando el grupo con mayores índices de nuevas infecciones, de enfermedades relacionadas y de mortalidad causada por el VIH. Las estimaciones del año 2007 indicaban que en la región vivían 55.000 niños menores de 15 años con VIH (8), de los cuales 6.000 fallecieron ese año por el VIH

1. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo e implementación de esta guía se justifica para:

- Prevenir la transmisión de VIH
- Reducción de la transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos
- Mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA
- Frenar la progresión del VIH hacia el SIDA
- Reducir la progresión de complicaciones y hospitalizaciones de los pacientes con SIDA, especialmente con el buen manejo de los antirretrovirales
- Lograr de esta forma contener los costos de tratamiento y la mortalidad por la enfermedad.

Objetivos programáticos:

- La cobertura de atención prenatal y parto será atendido por personal cualificado al 100 por ciento de la población de Coomeva

- La cobertura de detección del VIH en embarazadas al 100% de las gestantes de Coomeva.
- Profilaxis y tratamiento del VIH-SIDA al 100 por ciento de las gestantes de Coomeva.

- Mantener y mejorar el sistema de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión vertical

2. METODOLOGÍA

Los contenidos de esta guía se soportaron en evidencias de acuerdo con las revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane.

La clasificación de los niveles de evidencia y los grados de recomendación se actualizaron de acuerdo con la clasificación de la medicina basada en la evidencia de Oxford.

Tabla 1. Clasificación de los niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1	Revisión sistemática de estudios clínicos controlados y ensayos clínicos controlados con intervalos de confianza estrecho.
2	Revisión sistemática de estudios de cohortes o estudio individual de cohortes.
3	Revisión sistemática de casos y controles, estudio individual de casos y controles.
4	Series de casos, estudios de cohorte/casos y controles de baja calidad.
5	Opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos.

Adaptado de Oxford Centre for Evidencebased Medicine Levels of Evidence (May 2001)

Para la interpretación del grado de recomendación se seguirá el siguiente esquema:

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grados de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable
B	Recomendación favorable
C	Recomendación favorable pero no concluyente
D	Ni se recomienda ni se desaprueba

En términos generales, el lineamiento seguido fue:

1. Búsqueda de ensayos clínicos controlados para cada recomendación, en Pubmed o revisiones sistemáticas de Cochrane.
2. Búsqueda de la cohorte más representativa de la muestra en tamaño y homogeneidad.
3. Si no se encontró ninguna evidencia anterior se utilizó el artículo más importante de casos y controles.

A lo largo del documento se citará la evidencia, enunciado primero el grado de recomendación y luego el nivel de evidencia, por ejemplo, Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1: (A1).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar condiciones de calidad (oportunidad, acceso, pertinencia, seguridad y continuidad) en la atención institucional de la Infección por VIH-SIDA durante la gestacion para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal en Coomeva Salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir el marco técnico-científico para la atención Institucional de la infección por VIH-SIDA con base en la medicina evidencial.

Reducir y controlar las complicaciones maternas y perinatales derivadas de la Infección por VIH-SIDA

4. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Los contenidos de esta norma aplican para todas las gestantes con VIH-SIDA usuarias de Coomeva Salud.

5. DEFINICIONES

Gestante VIH positiva con prueba de Western Blot positiva.

6. FACTORES DE RIESGO

La transmisión es más fácil de hombre a mujer.

Factores que aumentan la probabilidad de transmisión: Lo que cause inflamación, sangrado o solución de continuidad del epitelio.

- Viremia alta
- Ulceras genitales u otras ITS
- Coito en la menstruación
- Relaciones anales repetidas o traumáticas.

Edad materna avanzada.

7. PREVENCION

CUIDADOS PRECONCEPCIONALES Y CONTRACEPTIVOS DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH

.Valorar el deseo actual y futuro de un embarazo de la mujer con VIH , con su compañero y su familia.
.Asesorar en las opciones anticonceptivas en las mujeres que no desean un hijo o que planean demorarlo.
.Educar sobre los efectos de VIH y las drogas antiretrovirales sobre el curso del embarazo.
.Optimización del estado de salud materno.
.Valorar las condiciones maternas diferentes al VIH como la edad, uso de drogas y otras condiciones médicas.
.Consejería sobre prácticas sexuales y hábitos saludables de vida.
.Elaborar planes de cuidado a largo plazo incluyendo el manejo del niño pensando en la enfermedad o muerte de uno de sus padres.
.Valorar las opciones de concepción que disminuya el riesgo de transmisión cuando uno de los padres no está infectado,

Hindawi Publishing Corporation
Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology
Volume 2012, Article ID 604183, 14 pages
doi:10.1155/2012/604183

7.1. TRANSMISIÓN SEXUAL

- El retraso en el inicio de la actividad sexual y la minimización del número de parejas sexuales son recomendables para evitar la transmisión sexual del VIH (A3).
- La detección precoz y manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual deben promoverse para prevenir la transmisión de VIH (A1).
- Algunas intervenciones psico-educativas de tipo conductal pueden ser eficaces para prevenir la infección por VIH, pero su utilización sistemática es dispendiosa y el efecto mínimo (C1).
- El uso correcto del condón es una herramienta útil y recomendable para prevenir la infección por VIH (A2).
- La terapia antirretroviral es útil para prevenir la transmisión de VIH (A2).
- Aunque el riesgo es menor, las pacientes que reciben terapia antirretroviral pueden transmitir el virus y por lo tanto debe estimularse en ellos la minimización de la exposición sexual y no sexual al VIH de otras personas (A3).

7.2. TRANSMISIÓN MATERNO - PERINATAL

- Terapia antirretroviral intraparto/Cesárea.
- Suspención total de la lactancia materna es eficaz en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
- Si se inicia la lactancia materna, dos intervenciones 1). la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros meses de vida, y 2) ampliar la profilaxis antirretroviral para el niño (nevirapina sola o nevirapina con zidovudina) son eficaces en la prevención de la transmisión.

8. DIAGNOSTICO

El tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se realiza utilizando la prueba ELISA o por radioinmunoprecipitacion. Las pruebas confirmatorias incluyen Western Blot, proteínas sintéticas, PCR y cultivo. El protocolo de diagnostico determina:

- Para el tamizaje solicitar ELISA.
- Si el resultado de ELISA es positivo, se debe solicitar un segundo ELISA. Si este último es negativo se descarta la infección. Si es positivo se solicita prueba confirmatoria (Western Blot)

9. MANEJO

Las recomendaciones de manejo incluyen:

- Manejo multidisciplinario (gineco/obstetra – medicina interna/infectologia – enfermería – psicología – trabajo social)
- Clasificación del estadio de la enfermedad para establecer pronostico y plan de manejo.

.11,12 Further studies are required to confirm these associations.
European studies have consistently demonstrated an association between HAART and preterm delivery but
the mechanism by which this occurs is unclear.13,14

- *1.6*
- ELISA al compañero
- Cuantificar carga viral
- Recuento de CD4 por trimestre
- Paraclinicos a solicitar (Anticuerpos toxoplasma, anticuerpos citomegalovirus, PPD, antígeno de superficie, anticuerpos hepatitis C, pruebas de función renal y hepática)
- Se contraindican los procedimientos invasivos (biopsia de vellosidad corial, amniocentesis, cordocentesis)
- Indicaciones de sexo seguro
- Lactancia materna contraindicada
- Dependiendo de la carga viral y del conteo CD4 se ofrecerá tratamiento como se describe a continuación:
    - Para gestantes con EG > 14 semanas, se inicia terapia antirretroviral teniendo en cuenta la cuantificación de la carga viral y el conteo de CD4 . (Ver Tabla).

CARGA VIRAL	CONTEO CD4	TRATAMIENTO
> 100.000	Cualquiera	AZT/3TC + NFV
10.000-100.000	< 200	AZT/3TC + NFV
10.000-100.000	> 200	AZT/ATC + ABC
< 10.000	< 200	AZT/3TC + NFV O AZT/ATC + ABC
< 10.000	> 200	Esperar o AZT/ATC

INTERELACION ENTRE HIV, EMBARAZO Y TERAPIA HAART

Datos de estudios de cohorte sugieren que el embarazo no afecta adversamente la progresión o sobrevida de los pacientes HIV.

.La declinación del conteo de CD4 durante el embarazo usualmente se resuelven en el posparto.

.Algunos estudios sugieren que la terapia HAART incrementa el riesgo de parto pretérmino y diabetes.

. European studies have consistently demonstrated an association between HAART and preterm delivery but the mechanism by which this occurs is unclear

.

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

.Todas las mujeres en embarazo deben asesorarse para tomar terapia antiretroviral.

.Mujeres que por sus condiciones de salud requieren TAR, la medicación debe continuarse durante el embarazo y el posparto

Mujeres que no requieren TARGA deben iniciar la medicación entre la semana 20 y 28.

Antiretroviral therapy
All pregnant HIV positive women should be advised to take antiretroviral therapy:
a) For women who require HIV treatment for their own health, their prescribed HAART regimen
should be continued throughout pregnancy and postpartum.
b) For women who do not require HIV treatment for their own health, HAART should be initiated
between 20 and 28 weeks and discontinued at delivery.
c) For women who do not require HIV treatment for their own health, have a viral load less than
10 000 copies/ml and are prepared to be delivered by elective caesarean section, an acceptable
alternative to HAART is zidovudine monotherapy initiated between 20 and 28 weeks, given orally
twice daily, intravenously at delivery and discontinued immediately thereafter.

9.1. ESCENARIOS CLÍNICOS DE MANEJO

- **Escenario # 1**

- Embarazada VIH (+), infectada por encima de las 36 semanas de gestación quien no ha recibido tratamiento antirretroviral, sin disponibilidad de conteo de CD4 ni cuantificación de carga viral:
  - Realizar quimioprofilaxis con zidovudina (ZVD)
  - Cesárea electiva a las 38 semanas de gestación
  - ZVD i.v. mínimo 3 horas antes de la cirugía
  - Tratamiento antirretroviral postquirúrgico según laboratorio

- **Escenario # 2:**
  - Embarazada VIH (+), quien inicio control prenatal temprano en tercer trimestre, con tratamiento antirretroviral combinado y carga viral a las 36 semanas de edad gestacional >1000 copias/ml:
    - Continuar tratamiento antirretroviral combinado
    - Cesárea electiva a las 38 semanas de gestación
    - ZVD i.v. mínimo 3 horas antes de la cirugía

- **Escenario # 3:**
  - Embarazada VIH (+) con tratamiento antirretroviral combinado y carga viral indetectable a las 36 semanas de edad gestacional:
    - En este escenario tener en cuenta que el riesgo de transmisión con carga viral no detectable es </= 2%, aun con parto vaginal. Es poco probable que la cesárea proporcione beneficios adicionales en la reducción de la transmisión, por lo tanto se recomienda considerar parto vaginal.

- **Escenario # 4:**
  - Embarazada VIH (+) quien tiene cesárea electiva pero se presenta en trabajo de parto inicial o ruptura prematura de membranas:
    - Iniciar inmediatamente ZVD i.v.
    - Si el trabajo de parto progresa rápidamente, considerar parto vaginal
    - Si la dilatación cervical es mínima, considerar cesárea
    - Evitar monitoreo invasivo
    -

Management of preterm delivery and preterm prelabour rupture of membranes

.Todas las mujeres con amenaza o trabajo de parto pretermino establecido deben tener un scrining para infección genital o sistémica.
. Las indicaciones de terapia con esteroides aplican según las recomendaciones usuales.
.Las mujeres deben ser instruidas sobre el incremento del riesgo de parto pretermino asociado con la terapia HAART.
.Manejo multidisciplinario de mujeres que se presenten con amenaza de parto pretermino.
.Parto expedito en mujeres con más de 34 semanas de gestación y membranas rotas, pero se puede contemporizar si la carga viral es menor de 50 copias y no hay contraindicación obstétrica.
.Cuando la RPMM ocurre antes de las 34 semanas, iniciar eritromicina oral. Si hay evidencia de corioamnionitis y sufrimiento fetal está indicado el parto.

● All women with threatened or established preterm labour and those with preterm prelabour rupture of
membranes (PPROM) should have a genital infection screen preformed and any infections, even if
asymptomatic should be treated. The usual indications for steroids apply.

● Women should be counselled about the increased risk of preterm delivery associated with HAART.
● For women presenting with threatened preterm labour, multidisciplinary team advice (HIV physicians and
paediatricians) should be sought so that, if preterm labour supervenes, there is a detailed plan of care.
● For women in preterm labour, urgent multidisciplinary team advice should be sought about the choice of
anti-retroviral therapy. Infants born below 32 weeks of gestation may be unable to tolerate oral medication, so
administering anti-retroviral therapy to the mother just before and during delivery will provide prophylaxis
to the neonate.
● Where PPROM occurs after 34 weeks of gestation, delivery should be expedited. Augmentation may be
considered if the viral load is less than 50 copies/ml and there are no obstetric contraindications.
Consideration should be given to starting broad-spectrum intravenous antibiotics.
● Where PPROM occurs before 34 weeks of gestation, oral erythromycin should be started in accordance with
national guidelines for the general population. Consideration should be given to starting broad-spectrum
intravenous antibiotics. Evidence of chorioamnionitis and fetal distress are indications for prompt delivery. In
other cases, the decision as to whether to expedite delivery should be made after multidisciplinary team

- consultation. Expert advice from outside the host institution may be helpful.

Finalización del embarazo y vía de evacuación

La recomendación es realizar cesárea electiva a las 38 semanas de gestación, utilizando el protocolo 076, el cual demostró una reducción importante de la transmisión vertical del virus.

El protocolo 076 comprende la administración de zidovudina (ZDV) intraparto: bolo a 2 mg/kg i.v. en 30 – 60 minutos. La infusión se administra a 1 mg/kg/h garantizando el goteo durante el procedimiento quirúrgico y hasta mínimo el nacimiento del bebe. Además, la administración al RN de ZVD a 2 mg/kg/dosis v.o. cada 6 horas por 6 semanas, iniciando 8 – 12 horas después del nacimiento.

Management of preterm delivery and preterm prelabour rupture of membranes

● All women with threatened or established preterm labour and those with preterm prelabour rupture of
membranes (PPROM) should have a genital infection screen preformed and any infections, even if
asymptomatic should be treated. The usual indications for steroids apply.
● Women should be counselled about the increased risk of preterm delivery associated with HAART.
● For women presenting with threatened preterm labour, multidisciplinary team advice (HIV physicians and
paediatricians) should be sought so that, if preterm labour supervenes, there is a detailed plan of care.
● For women in preterm labour, urgent multidisciplinary team advice should be sought about the choice of
anti-retroviral therapy. Infants born below 32 weeks of gestation may be unable to tolerate oral medication, so
administering anti-retroviral therapy to the mother just before and during delivery will provide prophylaxis
to the neonate.
● Where PPROM occurs after 34 weeks of gestation, delivery should be expedited. Augmentation may be
considered if the viral load is less than 50 copies/ml and there are no obstetric contraindications.
Consideration should be given to starting broad-spectrum intravenous antibiotics.
● Where PPROM occurs before 34 weeks of gestation, oral erythromycin should be started in accordance with
national guidelines for the general population. Consideration should be given to starting broad-spectrum
intravenous antibiotics. Evidence of chorioamnionitis and fetal distress are indications for prompt delivery. In
other cases, the decision as to whether to expedite delivery should be made after multidisciplinary team
consultation. Expert advice from outside the host institution may be helpful.

Consideración especial

- Paciente VIH (+) que ingresa con ruptura prematura de membranas de $\geq$ 4 horas de duración; se incrementa el riesgo de transmisión a mayor duración de la ruptura. Se requieren estudios adicionales sobre la vía de evacuación a elegir.

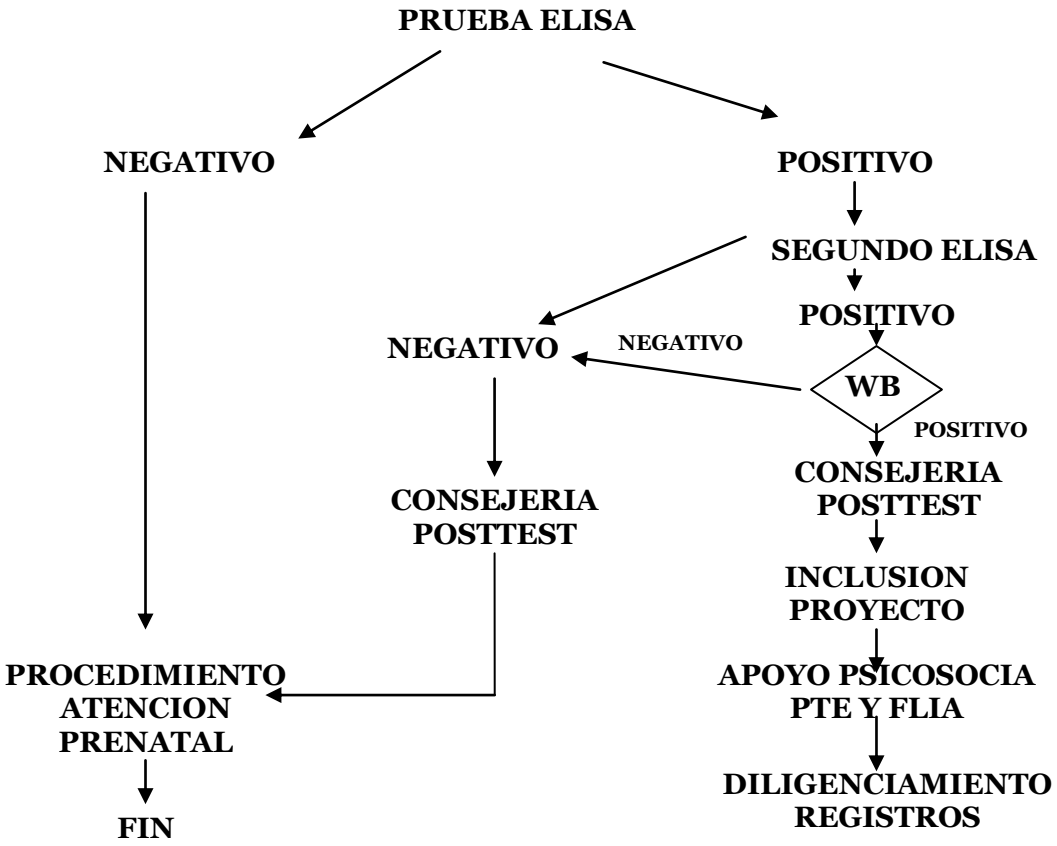
Monitoreo neonatal

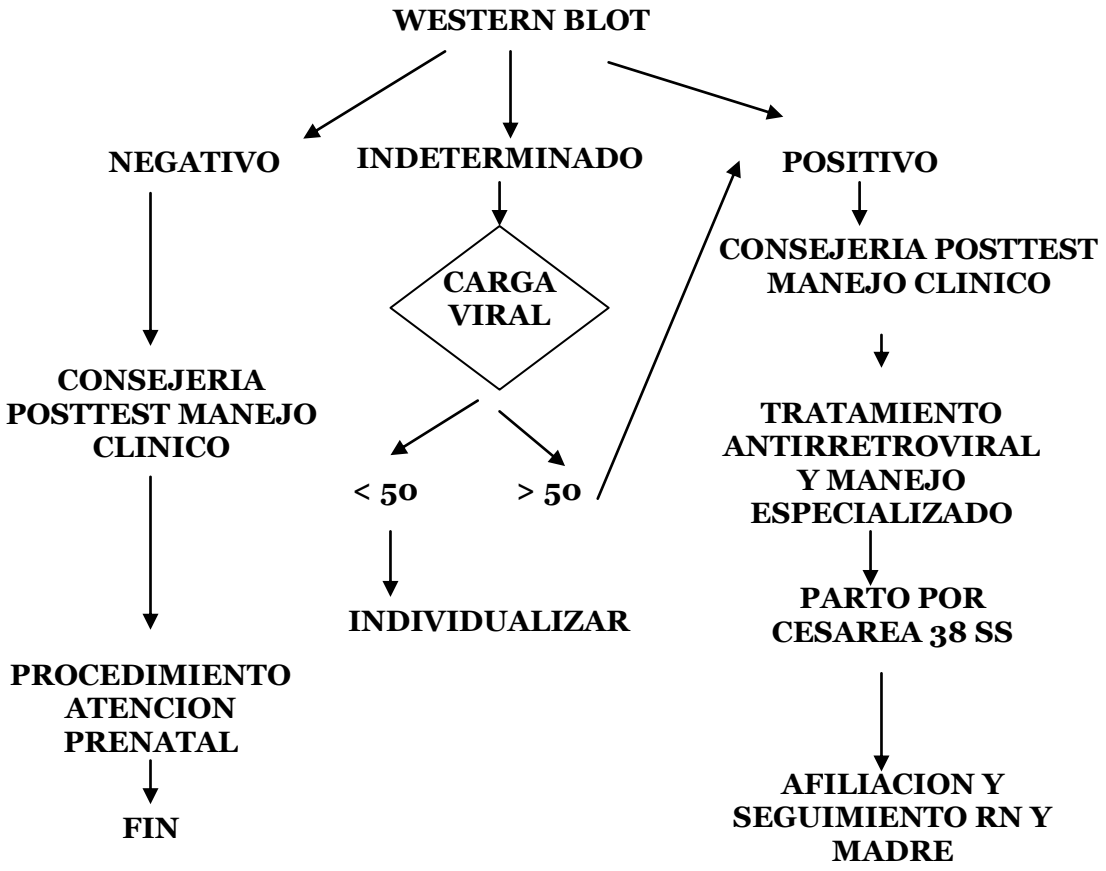
El monitoreo neonatal debe incluir manejo multidisciplinario, hemograma completo, profilaxis para pneumocistis carinni a las 6 semanas y evaluación diagnostica.

Seguimiento postparto

Incluye manejo multidisciplinario, consejería sobre planificación familiar, evaluación por salud mental y/o psicología, tratamiento se abuso de psicotoxicos, evaluación de vacunación, profilaxis de infecciones oportunistas y garantizar la continuidad del tratamiento antirretroviral

10. FLUJOGRAMA DIAGNOSTICO VIH-SIDA





11. BIBLIOGRAFÍA

Abimiku A, Villalba-Diebold P, Dadik J, Okolo F, Mang E, Charurat M. Risk factors associated with low CD4+ lymphocyte count among HIV-positive pregnant women in Nigeria. Int J Gynaecol Obstet. 2009; 106(3):227-31

Coovadia H. Current issues in prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. Curr Opin HIV AIDS. 2009; 4(4):319-24.

Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford GW, Read JS. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1.

Volmink J, Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.

Suksomboon N, Poolsup N, Ket-Aim S. Systematic review of the efficacy of antiretroviral therapies for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. J Clin Pharm Ther. 2007; 32(3):293-311.