

Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH

EDICIÓN
2013

Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH

Autoridades

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos

Dra. Marina Kosacoff

Director de Sida y ETS

Dr. Carlos Falistocco

Equipo de trabajo

UNFPA

Dr. Sergio Maulen

Ministerio de Salud

Dra. Adriana Durán

Dr. Carlos Falistocco

Dr. Fabio Núñez

Dr. Fabián Portnoy

Dra. Silvina Vulcano

Sr. Gastón De Simone

Diseño gráfico: Carolina Berdiñas

Edición revisada 2011.

Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH

UNFPA

Ministerio de Salud de la Nación

La presente edición es una actualización de la publicada por la Dirección de Sida y ETS en el año 2009.

Agradecemos especialmente a las sociedades y a los profesionales que a continuación se mencionan, así como al Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino por la revisión del capítulo relacionado con el manejo ginecológico de la mujer con VIH y, al Programa Nacional de Inmunizaciones, por la revisión del capítulo relacionado con la vacunación para adultos con VIH.

Agradecimientos

Sociedades científicas participantes

AMADA

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

ASAIGO

Asociación Argentina para el Estudio de las Infecciones en Ginecología y Obstetricia.

FAMG

Federación Argentina de Medicina General.

SAGIJ

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.

SAEGRE

Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva.

SOGIBA

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.

SAISIDA

Sociedad Argentina Interdisciplinaria de Sida.

Participantes

Estas guías surgen del consenso realizado en el marco del Proyecto Nacional llevado a cabo por la Dirección de Sida y ETS y UNFPA durante el año 2008, en el cual participaron los siguientes referentes de todo el país de los equipos de salud, de las sociedades científicas y de la sociedad civil involucrados en el tema.

Abate Daga, René Luis

Abdulajad, Lucía

Agostinelli, Daniel

Agüero, Rosina

Aguilar, Enrique

Aguilera, Cristela

Ahumada, Marcelo

Alba, Sandra

Alcorta, Pablo

Alonso, Pablo

Alonso, Viviana

Alsina, Marcela

Altamonte, Virginia

Álvarez, Adriana

Álvarez, María Marta

Álvarez, Olga Beatriz

Amato, Mariana

Ambash, Verónica

Amin, Mario

Aranza, Rita

Asís, Elizabeth

Avallone, Adela

Barrionuevo, Laura

Basso, Sandra

Battistini, Teresa

Beccerica, Graciela

Bedoya, Natalia

Benítez, Teresita

Bentancourt, Gabriela

Bertazzo, Yolanda

Bianco, Jorge

Biasutti, Fernando

Bidondo, Alfredo

Bittar, Víctor

Bobadilla, Angelina

Boiza, Edgardo

Borrom, Roxana

Bravo, Daniel

Brem, Mariela

Brusco, Noemí

Bueno, Adriana

Bustamante, Sandra

Cabana, Rolando

Campoy, Magdalena

Cancelarich, Karina

Capresi, María

Carranza, Cecilia

Carranza, Claudia

Carratú, Alicia

Carrizo, Alexia

Carrizo, Estela

Carrizo, Norma

Casares, María

Cecchini, Diego

Centurión, Norma

Chávez, Ramiro

Ciaravino, Héctor
Cobos, Elba
Coccozzella, Damián
Codorniu, Rosario
Cohen, Andrea
Collar, Marcela
Conde, Marcela
Copello, Amanda
Correa, Sonia
Costa, Silvina
Cuellos, Griselda
Dagostino, Mónica
Dana, Ana Lis
Daniel, Regina
De Dios, Alicia
Del Sueldo Padilla, Amelia
Díaz, Silvina
Dolinsky, Gabriela
Domínguez, Marisa
Durán, Oscar
Edelcopp, Bernardo
Elías, Eduardo
Farina, Jorge
Farinati, Alicia
Favazza, Graciela
Fercher, Verónica
Fernández, Miriam
Ferrara, Antonio
Ferreira, Nora
Filippi, Gabriela
Fittipaldi, Teresita
Fuentes, Carlos
Fuentes, Vanesa
García, Ana
García, Patricia

Ghigliani, María
Gimeno, César
Giorgetti, Graciela
Gómez, Alicia
Gómez Gilda
González, Alcira
González, Gladys
Grimaldi, Cinthia
Guarnaccia, Gloria
Hakim, Alejandro
Hall, Fabiana Marta
Herbst, Mónica
Hermosid, Susana
Herrera, Jorgelina
Ibertis, Juan
Ívalo, Silvina
Ivenk, Ana
Katabian, Lucía
Kornausen, Mario
Kosoy, Gabriela
Larocca, Silvana
Larona, Mercedes
Lavarello, Damián
Ledesma, Marta
Ledesma, Silvia
Leguizamón, Lorena
Leguizamón, Marcela
Leyes, Analía
Lonni, Pilar
López Kaufman, Carlota
López, María
López, Pedro
Loyola, Susana
Lucena, Claudia
Luppino, Héctor

Male, Mónica
Márquez, María
Martín, José
Martínez, Ana
Martino, Susana
Maurizi, Diego
Mazzolenis Rovaro, Milena
Mazur Viviana
Medal, Silvia
Melgarejo, Mónica
Mena, Blanca
Meneses, María
Meza, Cristina
Molina, Sonia
Montenegro, Enzo
Monzón, María
Morón, Eduardo
Nava, Gladys
Navarro, María del Carmen
Neder, Mariana
Nieva, María
Nocenti, Zulma
Noriega, Claudia
Obeid, Tatiana
Oizerovich, Silvia
Oriana, Rosana
Paciocco, Miguel
Pagani, Laura
Panisse, Zulema
Papa, Sara
Parisi, Antonio
Pavichevich, Olga
Paz Pinto, Mary
Pepe, Carlos
Pereira, Rocío

Pérez, María
Pesce, Alicia
Petraca, Claudia
Pimentel, Estela
Pintrava, Luis
Pioli, José
Prino, Silvia
Prinotti, Sandra
Prychadzko, Cristina
Pueyo, Jorge
Quintana, Juan
Quiruelas, Sonia
Ramírez, María
Reategui, Mery Alva
Rinaldi, Ángel
Ringel, Claudia
Ríos, Amanda
Rodríguez, Claudia
Rolón, María
Román, Raúl
Rossi, Verónica
Ruiz, María del Carmen
Saavedra, Fabiana
Sáenz, Juana
Salguero, Fabián
Sánchez Blanco, Carmen
Sánchez, Fernanda
Sánchez, Ramón
Santajuliana, Cecilia
Saporiti, Daniela
Sciulli, María
Seidenstein, María
Silva, César
Spizzamuiglio, Sabrina
Stasi, Analía

Storniolo, Susana
Straguadagno, Jorge
Tanoni, Gabriela
Tavella, María
Terrones, Carmen
Texeira, Carmen
Tilli, Miguel
Toranzo, Gabriela
Trentini, Gabriela
Trifiro, Ana Lía
Ureña, María
Vartabedian, Rosa
Vázquez, Eugenio
Ventura, Inés
Wagner, Gladys
Zacoutegui, Liliana
Zárate, Miriam
Zelaya, Fabián

Índice

Introducción	11
Seguimiento y cuidado clínico-ginecológico de la mujer con VIH	13
Control ginecológico anual	13
Screening cito-colpo-histológico.	
Toma de PAP – estudio colposcópico	13
Vacuna VPH en mujeres con VIH	18
Tamizaje en las mujeres con VIH	24
Tamizaje para VPH	25
Recomendaciones	28
Screening para ITS	31
Manejo integral de casos de ITS	33
Diagnóstico etiológico y sindrómico de las ITS	33
Otros componentes del seguimiento ginecológico	40
Bibliografía	43
Vacunación en adultos infectados con VIH	45
Introducción	45
Fundamentos de la vacunación	45
Problemas asociados a la vacunación	46
Recomendaciones para la vacunación de adultos con VIH	47
Opciones anticonceptivas para personas con VIH	49
Buenas prácticas ante la demanda de anticoncepción	51
Métodos anticonceptivos y VIH	53
Bibliografía	60
Escenarios a considerar de acuerdo a la situación serológica de cada pareja	65
Consideraciones en relación con el tratamiento antirretroviral en la población femenina	67

Recomendaciones para la profilaxis antirretroviral	
en embarazadas	71
Escenarios posibles	71
Lactancia	74
Vía de parto	74
Escenarios clínicos de modos de parto	75
 Anexo 1: Consulta preconcepcional	
en mujeres con VIH	77
 Anexo 2: Tratamientos recomendados para ITS	83
 Anexo 3: Reproducción en el marco de la infección	
por VIH	91
 Anexo 4: Aspectos legales	103

Introducción

En los últimos años hemos asistido a cambios importantes en la evolución de la epidemia de VIH-sida, en particular en lo referente al pronóstico de la infección por VIH. Los avances logrados en materia de tratamiento han dado como resultado que, por primera vez en la historia de la epidemia, hoy podemos considerar que el sida pasó de ser una enfermedad mortal (como lo era en la década de 1980) a tratarse de una infección crónica –desde la segunda mitad de la década de 1990– para aquellas poblaciones que tienen acceso a la medicación (1).

La evidencia disponible deja en claro de forma contundente que el empleo del tratamiento antirretroviral de alta eficacia ha producido importantes beneficios clínicos y mejoría de la calidad de vida de las personas con infección por VIH que han tenido acceso al tratamiento (2).

Así, la existencia de esquemas terapéuticos eficaces y de una política de distribución gratuita de medicamentos antirretrovirales en nuestro país ha marcado un antes y un después en la esperanza y calidad de vida de las personas con VIH-sida.

A su vez, es conocido que el VIH-sida ha afectado desde el comienzo de la epidemia a personas que se encontraban en edad reproductiva y, si bien en un principio de modo desigual, afectó tanto a varones como a mujeres. A su vez, desde el inicio de la epidemia se han reportado casos de transmisión madre-hijo del VIH.

A partir de estas nuevas realidades, hoy cobran mayor relevancia y visibilidad algunas áreas poco tenidas en cuenta en el pasado, que sitúan a los profesionales y equipos de salud ante nuevos desafíos. Entre ellos, los referentes al seguimiento ginecológico, la anticoncepción y la reproducción de las personas con VIH o cuyas parejas tienen el virus, áreas en la que es preciso dar respuestas efectivas, en el marco de los derechos reproductivos.

Así, para poder abordar efectivamente estos temas en la atención de las personas que tienen VIH-sida, es preciso considerar que, en la mayoría de los casos, mantienen su actividad sexual luego del diagnóstico y que tienen

deseos y derechos (como las demás personas) a regular su fecundidad con los métodos más adecuados, así como a tomar decisiones informadas sobre su reproducción (3).

Entonces, vale la pena enfatizar que:

- La relación entre el VIH-sida y la reproducción “existió” desde el comienzo de la epidemia, pero por diferentes motivos demoró en ser incorporada a las agendas científicas.
- El panorama de la epidemia de VIH-sida exige revisar, por lo menos, algunas prácticas habituales sobre anticoncepción, reproducción y control ginecológico.

La intención de abordar en este material cuestiones relacionadas con la anti-concepción, la reproducción y el control clínico-ginecológico de las mujeres con VIH/sida es contribuir a que profesionales y equipos de salud actualicen y mejoren sus habilidades técnicas, para ofrecer a nuestros/as pacientes todos los recursos necesarios, en el marco del respeto y cumplimiento de los derechos ciudadanos y reproductivos.

Bibliografía

- (1) Maulen, S.: “Tratamientos: nuevas drogas, nuevas familias, nuevas dosis”, en *Infosida*, 2003,3:38-41.
- (2) Cahn, P.: “Ética social en sida: el acceso diferencial a los nuevos tratamientos”, en *El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social*, 1999, Buenos Aires, Arkhetypo, 205-234.
- (3) Weller, S.; Portnoy, F. y Gogna, M.: “Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH-sida”, en *Infosida*, 2004,4 61-63.

Seguimiento y cuidado clínico-ginecológico de la mujer con VIH

¿Qué debemos plantearnos cuando pensamos en el seguimiento ginecológico de la mujer con VIH?

Los cambios en el patrón epidemiológico de la infección por VIH muestran que es necesario consensuar nuevos criterios para el seguimiento ginecológico de las mujeres VIH positivas. En este caso, y sin perder de vista que se trata de un control ginecológico habitual, es necesario hacer algunas consideraciones.

El rol del ginecólogo o generalista y la articulación con infectología son fundamentales para dar respuestas a situaciones frecuentes que se presentan desde la clínica, tales como las neoplasias del tracto genital inferior, las alteraciones del ciclo menstrual, la concomitancia con otras ITS, el deseo de concepción o anticoncepción de la mujer y su pareja, entre otros.

Recomendaciones:

Control ginecológico periódico

En ausencia de síntomas ginecológicos específicos (sinusorragia, leucorrea, prurito vulvovaginal, ginecorragia intermenstrual, dolor abdominal, etc.), se recomienda un control anual dirigido, en particular, a la detección de patología oncológica e ITS.

Screening cito-colpo-histológico.

Toma de PAP – estudio colposcópico

La prevención del cáncer de cuello uterino es un gran desafío en todo el mundo. Tendremos que maximizar los esfuerzos para la prevención y la pesquisa en aquellas mujeres con VIH, quienes presentan una mayor prevalencia de las enfermedades oncogénicas del tracto genital inferior, y mayor progresión y recidivas de esas lesiones.

El cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231.000 mujeres por año en todo el mundo. Más del 80 por ciento de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo (1).

Si tenemos en cuenta que ocurren cada año cerca de 72.000 casos nuevos y 33.000 muertes por cáncer cervicouterino en el continente americano (principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en edad fértil en la mayoría de los países), que este cáncer afecta principalmente a poblaciones vulnerables (como mujeres pobres y de poblaciones indígenas), y la concomitancia de diversos factores biológicos asociados a la infección por VIH, es fundamental tomar una decisión adecuada para la pesquisa y el seguimiento de las lesiones del tracto genital de la mujer con VIH.

La Argentina no es una excepción a esta realidad. El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres, con una incidencia estimada de 23,2 casos por 100.000 mujeres. Se estima que cada año hay alrededor de 3.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.600 mujeres a causa de la enfermedad. En relación con la mortalidad general, los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en las mujeres y, dentro de éstos, el cáncer cervical ocupa el quinto lugar como causa de defunciones por cáncer.

Si restringimos el análisis a las mujeres de entre 35 y 64 años, vemos que los tumores malignos ocupan el primer lugar como causa de muerte en las mujeres, y, dentro de esta categoría, el cáncer cervical ocupa el segundo lugar como causa de defunción. La comparación internacional de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero muestra que nuestro país presenta valores superiores a los de los países desarrollados, pero por debajo de las tasas de la mayoría de los países latinoamericanos. Esta aparente ventaja de nuestro país oculta un hecho característico de la carga de enfermedad en la Argentina: la enorme desigualdad que existe entre las provincias. Si ponemos estos datos en una perspectiva internacional, observamos que las provincias con mayor tasa tienen niveles comparables con la India y México, dos de los países del mundo con mayor mortalidad por cáncer de cuello de útero (Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina, año 2008).

Se diagnostican alrededor de 3.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año (Ferlay *et al.*, 2004 (11)) y alrededor de 1.600 mujeres mueren a causa de

la enfermedad. Al mismo tiempo en los últimos treinta años no ha habido descenso significativo de la mortalidad por esta causa (información disponible en <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/info-informe-final.html>).

Un motivo importante que explica por qué la incidencia del cáncer cervicouterino es mayor en los países en desarrollo que en aquellos desarrollados es la falta de programas de tamizaje eficaces, dirigidos a detectar lesiones precancerosas y a tratarlas antes de que progresen hacia un cáncer invasor.

La incidencia del cáncer invasor es muy baja en mujeres menores de 25 años, en la mayoría de los países, aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres de 50 a 70 años de edad (1). Los datos de los registros de cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente del 80 al 90 por ciento de los casos allí confirmados se producen en las mujeres de 35 años de edad o más.

Algunos datos permiten suponer que las mujeres infectadas por el VIH corren mayor riesgo de presentar lesiones precancerosas que las mujeres no infectadas (1). Las enfermedades cervicouterinas también pueden avanzar más rápidamente en las mujeres con VIH, dando lugar a una progresión más temprana hacia el cáncer. Un estudio retrospectivo realizado en Sudáfrica mostró que las mujeres infectadas por el VIH presentaban cáncer invasor casi diez años antes que las mujeres VIH negativas.

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común. Ciertos subtipos genéticos del VPH están asociados más estrechamente con este cáncer. La infección persistente por el VPH tiende a progresar con mayor frecuencia hacia la displasia de grado alto y el cáncer. El consumo de tabaco puede influir, si una mujer con displasia tiene tendencia a desarrollar un cáncer cervicouterino.

La inmunosupresión, en especial la relacionada con la infección por VIH, también es un factor de predisposición del VPH. Algunos factores hormonales, como el parto a edad temprana, el uso de anticonceptivos hormonales y los partos numerosos también influyen. La mayoría de los demás factores que se consideran asociados con el cáncer cervicouterino, como la edad en que se tiene la primera

relación sexual y el número de parejas sexuales, muy probablemente sean indicadores de exposición al VPH, más que factores de riesgo propiamente dichos (1).

La prevalencia global de la infección por el VPH en América es del 15,6 por ciento (en Estados Unidos y Canadá del 11 por ciento y en América Latina y el Caribe del 20 por ciento). Los tipos 16 y 18 del VPH representan el 70 por ciento de los tipos existentes y se observa muy poca variación entre los países. Se prevé que en el año 2020 habrá un aumento significativo de la incidencia de cáncer cervicouterino: un aumento del 74 por ciento en Centroamérica, del 55 por ciento en América del Sur y del 36 por ciento en el Caribe (2).

En 1993, el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) incorporó el carcinoma invasor del cuello uterino como enfermedad marcadora de sida, mientras que la displasia moderada y grave están incluidas en la lista de patologías cuyo curso puede verse comprometido por la infección de VIH. La asociación entre el cáncer cervical con precursores de la inmunosupresión en los pacientes con trasplante de órganos ha sido conocida durante algún tiempo, pero la asociación con mujeres infectadas por el VIH es probablemente aún mayor.

El aumento de la prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) en mujeres con VIH se ha demostrado en repetidas ocasiones en estudios que analizaron tanto la citología como la histología. Algunos datos indican que en las mujeres seropositivas habría un incremento del diagnóstico citológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). En la mayoría de los estudios, la prevalencia de la citología e histología cervical anormal está asociada de alguna manera con el grado de inmunosupresión.

Así, con recuentos de linfocitos CD4 de 500 o más células/ μ L la prevalencia de SIL es equivalente a la de las mujeres seronegativas. Con recuentos menores a 200 células/ μ L, en cambio, aumenta la prevalencia de SIL tanto de bajo como de alto grado.

Diversos estudios de cohorte de mujeres infectadas por el VIH con un período de seguimiento de 3 años han demostrado un aumento del riesgo de persistencia de esas lesiones intraepiteliales escamosas, con mayor posibilidad de progresión a lesiones de mayor severidad. Mostraron una incidencia del 20 por cien-

to de nuevas lesiones histológicamente confirmadas, proporción que alcanza entre el 3 y 5 por ciento en las mujeres no infectadas. Los factores que determinan estas posibilidades son: el estado serológico del VIH, la presencia de VPH, el recuento de CD4 y el nivel de ARN del VIH. Sin embargo, en un análisis multivariante sólo la presencia del VPH y el VIH ARN fueron factores de riesgo para la progresión. Ni progresión ni regresión se asociaron con el estado serológico del VIH por sí mismo (3)-[a].

En cuanto a los tratamientos con esquemas antirretrovíricos de alto impacto, algunos estudios dan cuenta de una mayor prevalencia de lesiones intraepiteliales en mujeres con VIH sin tratamiento con HAART, vs. pacientes bajo tratamiento (42 por ciento vs. 26 por ciento) (3)-[b]. Otro estudio demostró un aumento significativo de la regresión y la disminución de la progresión con la terapia HAART. El efecto del HAART en las lesiones intraepiteliales es mediado por la mejora inmunológica local y por un efecto directo antiviral del HAART sobre el VPH (3)-[c, d].

Actualmente no está claro cómo la terapia antirretroviral de gran impacto actúa en relación con las enfermedades neoplásicas que afectan al tracto genital de la mujer que tiene VIH, si bien se puede esperar que las lesiones disminuyan mediante el restablecimiento de la inmunocompetencia local.

La infección por VPH es la principal causa de la displasia cervical y está claramente asociada con la infección por VIH, pero esta asociación ha sido difícil de dilucidar. Varios estudios longitudinales de la infección por VPH han demostrado que las mujeres infectadas con VIH tienen mayores probabilidades que las mujeres VIH negativas de persistencia del VPH cervical en el tiempo y mayor probabilidad de tener un serotipo oncogénico. La persistencia del VPH se asocia con un recuento de linfocitos CD4 menor de 200 células/ μ L. Por otro lado, la presencia de VPH se asocia con un aumento en la progresión y descenso de la regresión (3)-[a, e, f, g].

La investigación ha propuesto que el VIH y VPH interactúan de dos maneras: la inmunosupresión causada por el VIH puede resultar de peor evolución en las infecciones por el VPH, y los dos virus pueden interactuar entre sí.

Se han propuesto diversos mecanismos por los que los dos virus interactúan:

1. Se observó in vitro que el TAT-1 proteína reguladora del VIH aumenta la expresión y represión del gen regulador del VPH-16 (3)-[h].

2. Se compararon biopsias de cuello uterino de las mujeres VIH-positivas con SIL, con las de las mujeres seronegativas, quienes fueron agrupadas por edad, tabaquismo y el grado de lesión intraepitelial, para medir el número de células de Langerhans o células presentadoras de antígenos. Las mujeres seropositivas tenían significativamente menor número de células de Langerhans, y el número de células se asoció con recuento de células CD4 (3)-[i].

3. Otro análisis de biopsias de cuello uterino reveló una disminución en los macrófagos en las mujeres con VIH (3)-[j].

4. Otros investigadores observaron una disminución del recuento de CD8 en agregados linfoides en las biopsias de mujeres seropositivas con lesiones de alto grado, lo que sugiere alteraciones de la inmunidad en el cuello del útero (3)-[k].

Vacuna VPH en mujeres con VIH

Las vacunas que se encuentran a disposición son *Gardasil®*, una vacuna tetravalente que contiene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, y *Cervarix®*, una vacuna bivalente que contiene los tipos 16 y 18. Ambas vacunas ofrecen una eficacia cercana al ciento por ciento en la prevención de la infección por el VPH y de las lesiones precancerosas causadas por los genotipos 16 y 18. Se ha demostrado con ambas vacunas una protección de cinco años como mínimo (según los últimos datos publicados) y cierta protección cruzada contra otros tipos oncógenos del VPH.

Las vacunas no eliminan ni curan el virus en el caso de que ya se haya producido la enfermedad. Por eso está comprobado que alcanza su máxima protección y eficacia inmunológica cuando son aplicadas en niñas de entre 9 y 13 años antes del primer contacto sexual. Gardasil está aprobada para su uso en mujeres hasta los 26 años, y Cervarix en mujeres hasta los 45 años.

En nuestro país se está implementando una estrategia integral de prevención del cáncer cervicouterino:

Prevención primaria: vacuna contra el VPH. En el país será incorporada a partir

de octubre de 2011 al calendario oficial, la vacuna Cervarix que protege contra los virus 16 y 18, que se aplicará en niñas de 11 años.

Prevención secundaria: tamizaje en contexto de un método organizado.

Durante el desarrollo de FASGO 2009, se dio a conocer el resultado del Consenso sobre Vacunas VPH, organizado por esa Federación. Ese consenso se realizó mediante el envío de un cuestionario a todas las sociedades federadas en FASGO. Con las respuestas recibidas de las sociedades que decidieron participar, se elaboró el siguiente documento:

RESPUESTAS

1. **¿Considera usted que la prevención del cáncer de cuello y enfermedades VPH relacionadas debe considerarse una prioridad de Salud Pública?**

Sí (unanimidad). La prevención del cáncer de cuello de útero debe ser una prioridad en Salud Pública.

El cáncer cervical es una enfermedad EVITABLE, dadas las características de su historia natural y la existencia de métodos eficaces de prevención secundaria, a lo que hoy agregamos la prevención primaria a través de vacunas. Sin embargo, a pesar de esto, sigue siendo una enfermedad de alta incidencia y mortalidad en el mundo, con 500.000 nuevos casos por año y 270.000 muertes. Estas cifras adquieren particular relevancia en los países en desarrollo, a los cuales pertenece nuestro país, donde ocurren el 80% de los casos y las tres cuartas partes de las muertes.

2. **¿Cuál es la magnitud del problema (incidencia y mortalidad) en nuestro país?**

Existen pocos registros oficiales respecto a datos nacionales de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello.

Las sociedades participantes coincidieron en que, para la Argentina, se estima una incidencia de aproximadamente 23,2 casos/100.000 mujeres, 4924 casos en números absolutos por año. Las tasas de mortalidad reportadas son de 7,8/100.000 mujeres, 1.679 casos en números absolutos por año.

Se destaca además la variabilidad en el rango de incidencias en la región y en el mismo país. Por ejemplo, en Capital Federal la mortalidad por cáncer de cuello de útero es de 2,7/100.000, comparada con la de Formosa, estimada en 15/100.000.

Un informe oficial del Ministerio de Salud Pública del año 2001 reporta una incidencia de 30/100.000 mujeres y una mortalidad de 5/100.000. También informan respecto a datos regionales, con una gran disparidad entre las diferentes regiones del país (3).

Otro punto importante es el subregistro a partir de los certificados de defunción.

En el año 2003, el Ministerio de Salud y Ambiente (Institutos Carlos Malbrán e INER Emilio Coni, Santa Fe), en su reporte de Mortalidad por Cáncer de útero, informa que en el 2003, 2397 mujeres murieron de cáncer de útero en la Argentina. El 40% de las muertes fueron codificadas como tumores malignos de útero de parte no especificada, el 42,2% correspondió a muertes por cáncer de cuello de útero, y el 15,8% al cáncer de cuerpo uterino.

La estimación de muertes por cáncer cervical, corrigiendo de acuerdo con las proporciones por edad, fue de 1774 casos, con una tasa bruta de 9,02/100.000 mujeres, y ajustada por edad de 7,6/100.000 mujeres. Se registraron 26 muertes más que en 2002 (4).

3. **¿Considera usted que los Programas de Screening mediante la citología cervicovaginal son una herramienta suficiente para la prevención del cáncer de cuello uterino?**

Sí (unanimidad). Los países desarrollados, que cuentan con screening organizados, han mostrado un importante descenso en la incidencia y mortalidad por esta neoplasia.

Los estudios de cohorte o casos y controles mostraron una reducción en la incidencia y en la mortalidad por cáncer cervical, con un impacto mayor al 80%, tales son los resultados obtenidos en Escandinavia, el Reino Unido y la British Columbia en Canadá (5,6).

El mayor impacto se obtiene a través de programas de screening organizados. El screening oportunista, si bien puede reducir la incidencia de la neoplasia, su impacto es mucho menor. Este hecho no se cumple en los países en desarrollo, donde la ausencia de programas de screening y prevención es responsable de la alta incidencia y mortalidad por cáncer cervical.

Con el conocimiento de la relación causal entre algunos tipos de VPH y el cáncer cervical, emergen nuevas situaciones de screening, tal como la asociación del Test de ADN VPH a la citología, a fin de mejorar los índices de detección. Estos programas son implementados actualmente en el mundo desarrollado, con buena relación costo-beneficio.

Sin duda la prevención secundaria a través de la citología, y actualmente la tipificación viral, han contribuido al descenso de esta enfermedad en aquellos países donde su aplicación fue adecuada, pero presenta algunas dificultades de implementación en los países subdesarrollados, y otras que dependen del método en sí, tales como:

- Necesidad de screening citológico regular de la población en riesgo.
- Amplia cobertura de esta población.
- Falsos negativos de la citología.

La utilización de la citología y colposcopia son métodos suficientes si la cobertura fuese más del 85% de la población. Pero en la Argentina solo se utiliza aproximadamente en el 15%.

4. ¿Cuál ha sido el impacto en la incidencia y en la mortalidad por cáncer de cuello en nuestro país logrado por los programas de screening basados en la citología cervicovaginal?

Hay acuerdo entre las sociedades participantes de que el país no cuenta con programas de screening de cáncer de cuello uterino.

En los últimos 40 años no se modificó la tasa de mortalidad.

Respecto al screening oportunista, puede tener algún impacto en poblaciones seleccionadas, pero no hay datos al respecto.

5. La inclusión de una vacuna contra el VPH en el Programa Nacional de Vacunación como parte de las Estrategias de Prevención del cáncer de cuello uterino (Educación en Salud, Programas de Screening), ¿sería recomendable?

Sí (unanimidad). La inclusión de la vacuna en un programa de prevención primaria, sumada a la prevención secundaria, y por supuesto a la educación de la población, podría ser el camino que logre la disminución del cáncer cervical en las generaciones futuras.

6. ¿Cuándo considera que sería adecuado incluir a las vacunas en el Programa Nacional de Vacunación?

Hay acuerdo entre las sociedades de incluir las vacunas en el Programa Nacional de Vacunación lo antes posible, aclarando que es fundamental considerar en forma responsable las otras prioridades en salud de nuestro país, sugiriendo remitirse para ello al documento de la OMS donde se mencionan aristas como que:

- La inclusión sea programáticamente factible.
- La financiación sustentable esté asegurada.
- Se considere la relación costo-efectividad de la estrategia de vacunación en el país o la región.

Si tenemos en cuenta que la iniciación sexual en la Argentina es alrededor de los catorce años, la vacunación debería iniciarse a partir de los doce años (es la recomendación de la ANMAT).

Los participantes consideran que es muy importante el análisis de estos puntos por nuestras autoridades de Salud Pública.

7. La OMS ha evaluado las evidencias tanto sobre la eficacia como la seguridad de ambas vacunas disponibles comercialmente, sin encontrar objeción alguna para su inclusión en Programas Nacionales de Vacunación. ¿Es esta evaluación suficiente para considerar la inclusión de las vacunas en un Programa de Vacunación en nuestro país?

Una de las sociedades participantes manifestó que las evidencias no son suficientes. Los restantes integrantes consideran, por el contrario, que los datos sobre eficacia y seguridad de las vacunas son suficientes para su inclusión en Programas Nacionales de Vacunación.

Se argumenta que estos datos surgen de los diferentes protocolos clínicos randomizados ya publicados en la literatura médica.

Actualmente estos datos son ratificados por el documento que publicó recientemente la OMS.

8. Considerando el efecto exclusivamente profiláctico de las vacunas, y su mayor eficacia en personas sin exposición previa al VPH, ¿cuál sería el grupo primario para vacunar dentro de una política de Salud Pública?

Hubo acuerdo unánime sobre el beneficio antes del inicio de las relaciones sexuales como elemento primordial.

Existen diferencias respecto de la edad de vacunación. La mayoría de las sociedades participantes propuso un rango etario entre los 9 y hasta los 12 años.

Hubo una propuesta de extenderlo hasta los 26 años, sin inicio de las relaciones sexuales.

Se agrega que cada país debería establecer, dentro de este período, la edad más adecuada, según la logística de vacunación, coincidencia con ingreso escolar, otras vacunas, etc.

9. **Considerando que no hay evidencias de que una infección previa por VPH proteja ante una nueva exposición (aun por el mismo tipo viral), la importante protección cruzada para otros tipos oncogénicos de VPH y el riesgo persistente de infección más allá de los 26 años de edad, ¿a quiénes indicaría la vacuna en el ámbito asistencial (individual)?**

Hay acuerdo entre las sociedades participantes que:

Según los datos conocidos, las vacunas son altamente efectivas para los tipos 16/18 de VPH, si bien demostraron efectividad adicional para otros tipos virales (31/45).

Demostraron ser inmunogénicas en mujeres de hasta 55 años.

En nuestro país, la ANMAT aprobó su uso hasta los 26 o 45 años, según la vacuna en cuestión.

En el **ámbito individual**, hay consenso entre las sociedades participantes de que se podría indicar la vacuna hasta esta edad, quedando a criterio del médico la evaluación individual del riesgo/beneficio y el correcto asesoramiento a la paciente respecto a la utilidad de la vacuna en su caso particular.

10. **¿En qué situaciones especiales consideraría administrar la vacuna? (p. ej. inmunosupresión, grupos de riesgo epidemiológico, hombres, etc.)**

Hubo consenso en que al momento actual, hay información limitada respecto a situaciones especiales tales como la inmunosupresión, los grupos de riesgo epidemiológico y la población masculina.

Respecto a las mujeres que podrían estar infectadas con HIV, no debe diferir la iniciación de los programas de inmunización en gran escala. El test del HIV no debería ser requisito previo a comenzar la inmunización, por lo que hay que considerar su administración en toda paciente que conforme un grupo de riesgo, por inmunosupresión o por suma de factores.

Si bien los estudios en hombres han mostrado inmunogenicidad y eficacia para condilomas acuminados, su utilidad en términos de costo-beneficio no ha sido demostrada. En hombres, todavía no hay evidencias claras para indicar la vacunación.

11. **¿En quiénes contraindicaría la aplicación de la vacuna?**

Las sociedades participantes las contraindicaron en:

- Embarazadas.
- Alergia demostrada a algún componente de la vacuna, diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

- Mujeres mayores de 55 años.
- Aquellas mujeres que no pertenezcan al grupo de riesgo epidemiológico.
- Lactancia.

12. ¿Qué características de las vacunas tomaría en cuenta para la elección de una u otra?

El grupo de expertos y los delegados de las distintas sociedades participantes NO se expidieron por la indicación de una u otra vacuna. La mayoría afirma que debe considerarse en la elección:

- Seguridad.
- Costo.
- Eficacia.
- Inmunogenicidad: títulos de anticuerpos y mantención de los títulos en el tiempo.
- Cobertura de tipos virales, donde cobra relevancia la Protección Cruzada.

(CONSENSO VACUNAS VPH FASCO, 2009) Disponible en: <http://www.colpoweb.org/consenso-vacunasfasco2009.php>

Tamizaje en las mujeres con VIH

PAP: tamizaje citológico

Desde el punto de vista de la salud pública, la finalidad de cualquier tipo de examen selectivo de salud es proporcionar medios accesibles y de bajo costo para determinar en una población quiénes pueden tener una enfermedad y quiénes no.

Si bien mediante los estudios de los programas de exámenes citológicos se ha obtenido una amplia gama de datos sobre la sensibilidad y la especificidad de la prueba de Papanicolaou, se considera que esta prueba es específica para la detección de las lesiones de alto grado y el cáncer. Esto significa que la prueba da resultados negativos para una proporción elevada de mujeres que efectivamente no tienen displasias. El empleo de la prueba de Papanicolaou para el tamizaje tiene una sensibilidad de moderada a baja. Ello significa que la prueba cuenta con una proporción de falsos negativos de entre el 10 y el 54 por ciento. Este porcentaje puede ser aún menor en las mujeres posmenopáusicas, en razón de los cambios fisiológicos del cuello uterino.

El tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou o tamizaje citológico ha logrado resultados notables en la reducción de la incidencia y de la mortalidad del cáncer del cuello uterino en algunos países desarrollados. La incidencia del cáncer cervicouterino puede ser reducida hasta un 90 por ciento si la calidad del tamizaje y la cobertura son altos. Pero en los países en desarrollo, donde ocurre aproximadamente el 80 por ciento de los nuevos casos, muchas mujeres nunca se han sometido a una prueba de Papanicolaou.

Están explorándose varias tecnologías nuevas con el fin de mejorar la exactitud de las pruebas de Papanicolaou. Si bien estos enfoques parecen ser prometedores, son costosos y dependen en gran medida de la tecnología. El tratamiento de las muestras cervicouterinas, en capa delgada y con líquido (como la prueba de Papanicolaou *ThinPrep*®), intenta reducir los errores de muestreo y mejorar la idoneidad de la muestra al suspender las células cervicouterinas en una solución líquida.

Tamizaje para VPH

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes y se ha establecido que es la causa primaria del cáncer cervicouterino (1). En los programas de prevención de este cáncer de todo el mundo hay cada vez más interés en la prueba de VPH, ya sea como complemento de los procedimientos de tamizaje citológico o como prueba de tamizaje primario.

De las pruebas desarrolladas, la prueba de Captura Híbrida II tiene una sensibilidad del 88,4 por ciento y una especificidad del 89 por ciento en la detección de lesiones cervicouterinas de alto grado y de cáncer cervical. Sin embargo, cuando se desglosan los resultados por edad, la especificidad es más alta (93,2 por ciento) para las mujeres de 41 años de edad o más. La prueba de VPH (HC II) indica si una persona está infectada por uno o más de los subtipos de VPH de alto riesgo, permitiendo detectar las lesiones de alto grado y carcinoma cervical (1).

Inspección visual con ácido acético (IVAA)

En este método de tamizaje se realiza un hisopado del cuello uterino con una

solución de ácido acético (vinagre) antes de proceder al examen visual. Las diferencias de estructura y de las tasas de absorción de las células precancerosas hacen que las células anormales adquieran un aspecto blanquecino temporal cuando se ponen en contacto con esta solución.

En otros métodos de tamizaje visual se ha recurrido a la aplicación de una solución de yodo (la solución de Lugol) como medio para teñir las células cervicouterinas normales de color pardo, mientras que las células anormales adquieren un color amarillento o no se tiñen.

En varios estudios, en los que se examinó la exactitud de IVAA, se comprobó que la técnica puede llegar a ser bastante exacta (2).

Inspección visual con amplificación (IVAAM)

En la inspección visual con ácido acético y amplificación se utiliza el *AviScope®*-un dispositivo manual de inspección visual de poco aumento (4x), provisto de una fuente de iluminación incorporada para examinar el cuello del útero después de aplicar ácido acético. Todavía no se sabe si el uso del *AviScope®* tiene ventajas significativas sobre la inspección visual con ácido acético.

Otros métodos de inspección visual

También cabe mencionar el método conocido por el nombre de cervicografía (*Cervicography®*). Consiste en fotografiar el cuello del útero después de aplicar un lavado con ácido acético. Las fotografías reveladas, denominadas cervicogramas, son proyectadas como portaobjetos e interpretadas por colposcopistas especialmente capacitados. Como otros métodos de inspección visual, la sensibilidad de la cervicografía es equivalente a la de la citología, mientras que su especificidad parece ser inferior.

Colposcopia

Es el método que permite visualizar a gran aumento la integridad del epitelio del tracto genital inferior. Mediante tinciones del cuello uterino, vagina y vulva, es posible ver cambios que sugieren la presencia de células anormales, a las que luego se les hará una biopsia para su estudio anatomopatológico.

Algunos estudios han indicado que las pruebas de PAP pueden ser menos exactas en mujeres que tienen VIH.

Los nuevos datos publicados señalan diferentes resultados:

- **PAP falsos negativos** son más comunes entre mujeres con VIH, siendo particularmente altos entre mujeres con CD4 menores de 500 células/ μ L y en aquellas que también están infectadas con el VPH. Sin embargo, algunos investigadores evidencian que todas las lesiones no diagnosticadas por PAP eran de bajo grado, y el 95 por ciento habrían sido identificadas dentro del año usando la prueba de PAP, por lo que no apoyan la necesidad de colposcopia rutinaria para todas las mujeres infectadas con el VIH.
- **PAP y colposcopia:** las neoplasias intraepiteliales fueron identificadas por colposcopia en un alto porcentaje de mujeres infectadas con VIH que tenían resultados normales en la prueba de PAP. Para las mujeres con VIH, los resultados citológicos falsos negativos se presentan con una prevalencia casi diez veces mayor que para las mujeres seronegativas.
- La detección de **VPH** triplicó el riesgo de resultados citológicos e histológicos discordantes, mientras que el recuento de CD4 menor a 500 células/ μ L lo aumentó 6,5 veces.
- En los estudios histológicos se vio que un gran porcentaje de las lesiones intraepiteliales con PAP negativo y colposcopia positiva eran lesiones de bajo grado; sólo un 5 por ciento aproximadamente correspondió a lesiones de severidad.
- El Papanicolaou y la colposcopia juntos mejoran el diagnóstico temprano de lesiones premalignas en este grupo de alto riesgo (5).

Frente a las distintas posibilidades de seguimiento de las pacientes para el screening del TGI, ¿que deberíamos tener en cuenta?

Desde la mirada del equipo de salud y sus posibilidades:

1. El medio y los recursos tecnológicos donde se desarrolla nuestra práctica médica.
2. Concentrar nuestros esfuerzos para lograr una máxima cobertura de las mujeres con mayor riesgo de padecer un cáncer de cuello uterino, como es la particularidad de las mujeres con VIH.
3. Difundir información de los documentos de investigación para que el equipo médico en su totalidad se comprometa con la temática y los procedimientos de seguimiento fiables.
4. Asegurar la puesta en práctica y el funcionamiento de las actividades.
5. Apoyar las investigaciones dirigidas a examinar métodos alternativos de

tamizaje y tratamiento para producir datos locales. Desarrollar indicadores específicos para evaluar la calidad de las prácticas.

6. Fortalecer prácticas preventivas que garanticen y acompañen a las mujeres con VIH en el acceso a la información y estimulen la visita periódica para su seguimiento.

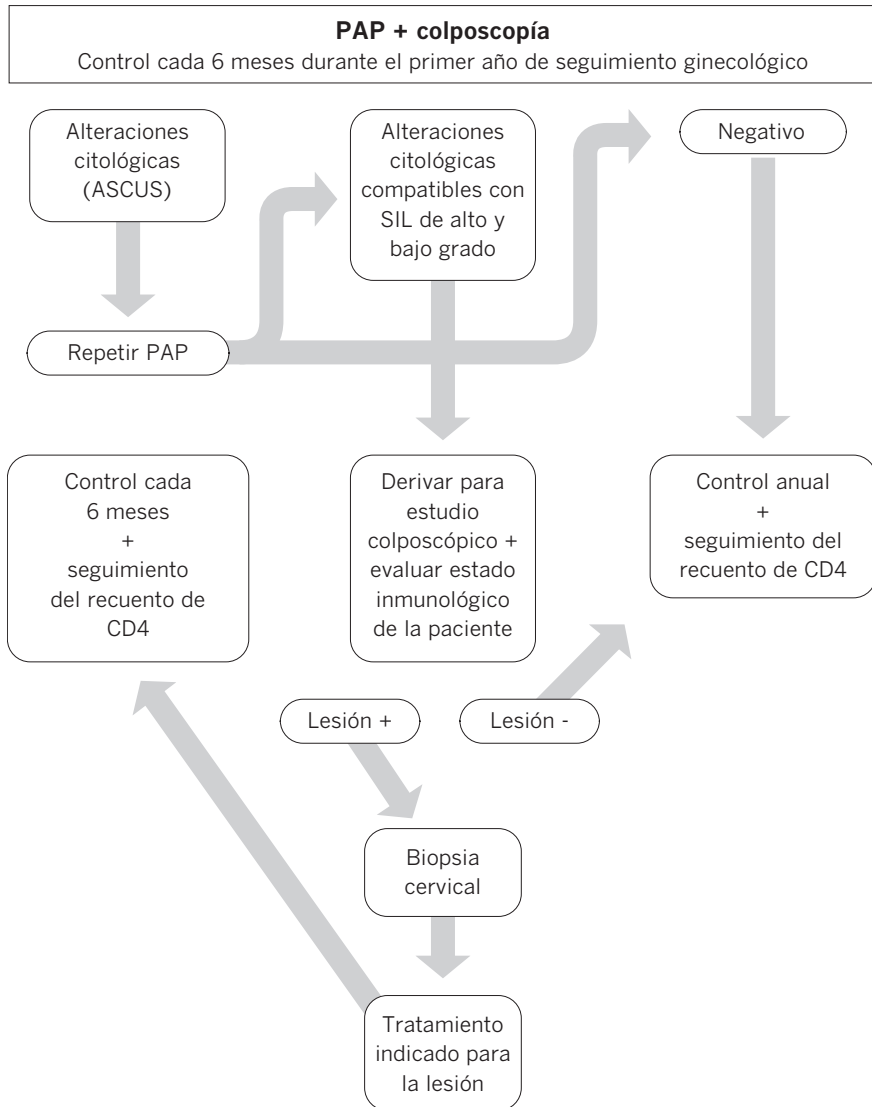
Desde las condiciones de salud de la paciente:

1. Estadio clínico de la paciente, grado de inmunodeficiencia.
2. La cuantificación de los linfocitos CD4 (500 células/ μ L, buen nivel de inmunidad; valores de entre 200 y 500 células/ μ L, moderada inmunodeficiencia; y valores menores a 200 células/ μ L, importante inmunodeficiencia).
3. Evaluar la posibilidad de coinfección por VPH.

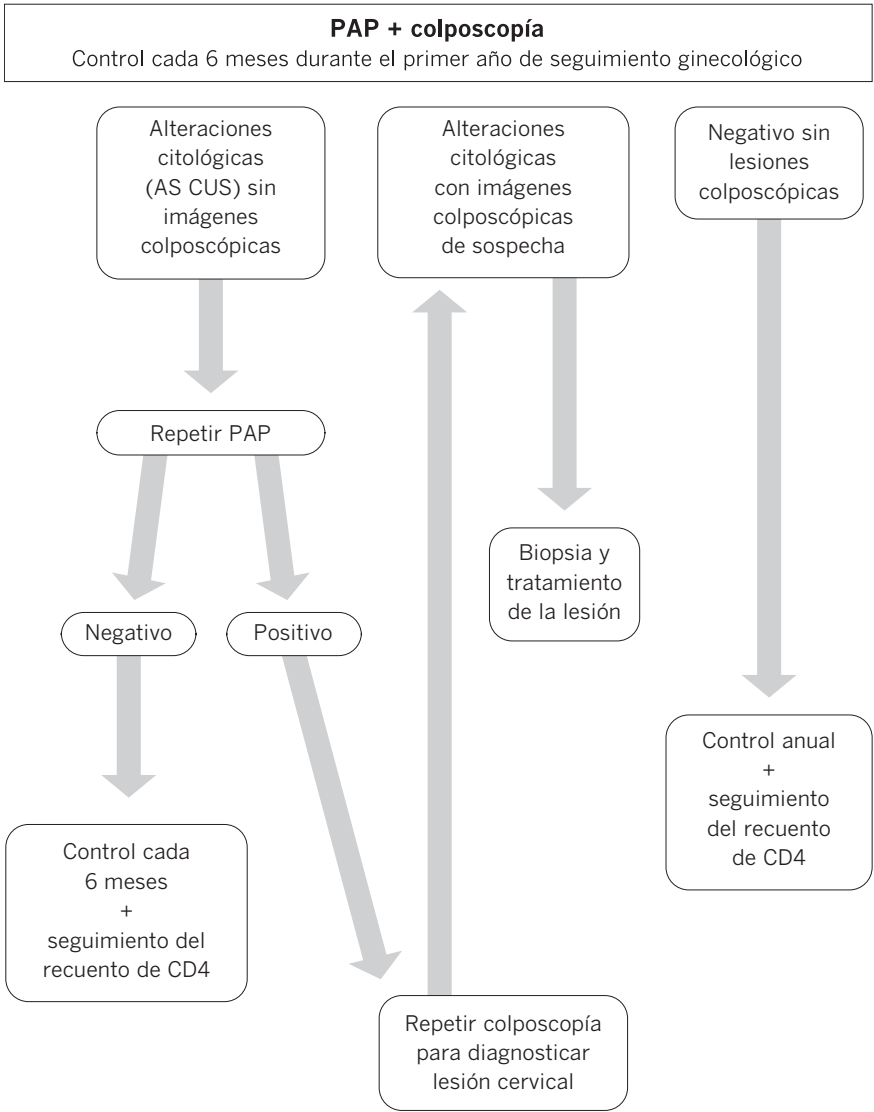
Recomendaciones:

Si bien existen recomendaciones muy claras sugeridas por distintas sociedades científicas, vamos plantear la posibilidad de tres escenarios diferentes teniendo en cuenta las realidades de recursos técnicos y de posibilidades de realización de estudios que se presentan en nuestro país.

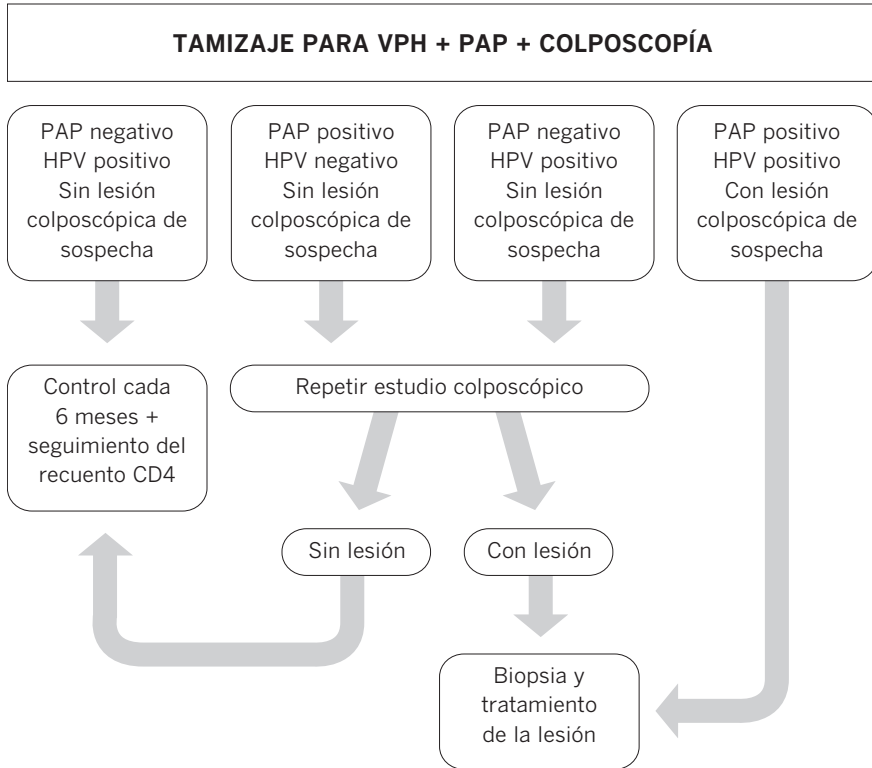
1) Escenario N° 1: TAMIZAJE CITOLÓGICO PAP



2) **Escenario N° 2: PAP + COLPOSCOPÍA SIN TAMIZAJE PARA VPH**



3) Escenario N° 3: TAMIZAJE PARA VPH + PAP + COLPOSCOPÍA



Screening para ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y morbilidad en el mundo. Las consecuencias de estas enfermedades son aún peores si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH. La OMS y ONUSIDA consideran que la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia de segunda generación del VIH y el sida (7).

Se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de casos nuevos

curables, como la infección por *Treponema pallidum* (sífilis) e infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*, entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.

La atención de las secuelas supone una parte importante de los costos de atención terciaria, en servicios de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino, gestión de las hepatopatías, investigación de la infertilidad, atención de la morbilidad perinatal, ceguera infantil, enfermedades pulmonares en niños y dolor pélvico crónico en mujeres. Los costos sociales incluyen conflictos entre parejas sexuales y violencia doméstica. Los costos aumentan aún más cuando se toma en consideración el efecto de otras infecciones de transmisión sexual como cofactores de la transmisión del VIH.

Se ha estimado que las úlceras genitales o los antecedentes de ese tipo de enfermedades aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión del VIH en cada relación sexual sin protección. Los pacientes que acuden a los servicios de salud debido a síntomas de estas infecciones pueden presentar simultáneamente una infección primaria por VIH, y suelen tener una elevada carga de VIH.

En un estudio en Malawi se observó que la liberación de VIH en el semen aumentaba seis veces en los varones aquejados de uretritis gonocócica. Tras el tratamiento de la uretritis, la carga vírica en el semen se redujo hasta niveles similares a los de los varones infectados por VIH sin uretritis.

Según un estudio reciente realizado en Estados Unidos en 52 varones infectados por VIH con sífilis primaria o secundaria, el 58 por ciento de los cuales estaba recibiendo tratamiento antirretroviral, la sífilis estaba asociada con aumentos considerables de la carga viral en plasma y disminuciones importantes del recuento de células CD4+. El tratamiento de la sífilis restableció la inmunidad a niveles anteriores a la infección, lo que pone de relieve la importancia de prevenir y tratar rápidamente la sífilis en las personas infectadas por el VIH, no sólo como estrategia de prevención, sino también para mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con VIH.

En esas poblaciones, la utilización de mensajes de prevención eficaces, el tratamiento de toda otra infección de transmisión sexual y la promoción del uso del preservativo podrían tener importantes repercusiones en la transmisión del VIH (8).

Manejo integral de casos de ITS

Algunos de los componentes esenciales de las intervenciones de salud pública en el manejo integral de casos de ITS son:

- La identificación y el tratamiento antimicrobiano del síndrome.
- La educación del paciente.
- El suministro de preservativos.
- La consejería.
- La notificación de casos.
- El control de las parejas sexuales.

Diagnóstico etiológico y sindrómico de las ITS

El diagnóstico etiológico de las ITS constituye un problema para los equipos de salud en distintos lugares, dado que:

- Impone restricciones de tiempo y recursos.
- Aumenta los costos y reduce el acceso al tratamiento.
- La sensibilidad y especificidad de las pruebas comercialmente disponibles pueden variar en forma significativa, lo cual afecta de manera negativa la confiabilidad de las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de las ITS. En las instituciones donde se disponga de un laboratorio, éste debe estar a cargo de personal con capacitación y experiencia adecuadas para realizar procedimientos de gran complejidad técnica, siendo obligatoria la implementación del control de calidad externo.

Muchos establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo carecen del equipamiento y personal capacitado para el diagnóstico etiológico de las ITS. Para superar este problema, en muchos de estos países se ha establecido y estimulado el manejo sindrómico para el tratamiento de los pacientes con ITS.

El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de este síndrome.

La OMS ha diseñado una herramienta simplificada (diagrama de flujo o algoritmo) como guía para los equipos de salud en la implementación del manejo sintromico de las ITS (8).

Diagnóstico y tratamiento etiológico:

- Usa pruebas de laboratorio para determinar el agente causal.

Diagnóstico clínico y manejo sintromico:

- Usa la experiencia clínica para identificar síntomas propios de determinadas ITS.

Diagnóstico sintromico de las ITS

Ventajas:

- Acortamiento del período de transmisión de la infección.
- Interrupción inmediata de la cadena de transmisión.
- Disminución de costos.
- Estandarización en el tratamiento.

Desventajas:

- No se conoce la verdadera incidencia de las ITS en la región.
- No se puede mantener una vigilancia local en la sensibilidad de los gérmenes.

Diagnóstico etiológico

Bacterias:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Mycoplasma hominis*
- *Treponema pallidum*
- *Gardnerella vaginalis*
- *Haemophilus ducreyi*

Virus:

- *VIH*
- *Herpes simplex*
- *VPH*
- *Hepatitis B*
- *CMV*
- *Molluscum contagiosum*

Protozoarios:

- *Trichomonas vaginalis*
- *Entamoeba histolytica*
- *Giardia lamblia*

Hongos:

- *Candida albicans*

Ectoparásitos:

- *Phthirus pubis*
- *Sarcoptes scabiei*

Manejo sindrómico de úlcera genital (SUG)

(Sífilis – Chancroide – Linfogranuloma venéreo – Granuloma inguinal – Herpes Virus tipo 2)

La prevalencia relativa de los agentes causantes de SUG varía considerablemente en distintos lugares del mundo. El diagnóstico clínico diferencial de las úlceras genitales es inexacto, especialmente en aquellos lugares donde es común encontrar diferentes etiologías.

La presencia de una infección por VIH también puede alterar las manifestaciones clínicas y los patrones de SUG. Los últimos informes publicados sobre regiones de América Latina indican que el SUG es, con mucha frecuencia, el resultado de infecciones por VHS2.

Este hecho puede afectar la eficacia del manejo sindrómico del SUG si no se tiene en cuenta el tratamiento antiviral específico para VHS2. En zonas de alta prevalencia de VIH-sida, la presentación clínica de estas úlceras por VHS2 no coincide con las descripciones clásicas.

Ante la presencia de una úlcera genital, se sugiere tratar como sífilis de menos de un año de evolución; y ante la falta de respuesta al tratamiento, tratar como chancroide.

Tratamiento sintromico recomendado:

- Tratamiento para sífilis más uno de los siguientes:
 - Para chancroide, donde es prevalente.
 - Para granuloma inguinal, donde es prevalente.
 - Para linfogranuloma venéreo, donde es prevalente.
 - Para la infección por VHS2, cuando corresponda.

Seguimiento de sífilis – clínico y VDRL

Sífilis primaria y secundaria: 6 y 12 meses (a los 3 meses sólo si se sospecha falta de adherencia a tratamiento).

Sífilis latente: 6, 12 y 24 meses.

Paciente VIH+: 3, 6, 9, 12 y 24 meses.

Neurosífilis: 6, 12 y 24 meses. LCR: cada 6 meses hasta los 2 años.

Son muchos los informes publicados que sugieren que la historia natural de la sífilis puede estar alterada como resultado de la infección concomitante por VIH. Algunos informes han destacado presentaciones atípicas de lesiones de sífilis primaria y secundaria. Otros advierten un incremento en las tasas de fracaso del tratamiento en pacientes con sífilis temprana tratados con una dosis única de penicilina.

En el caso del chancroide, éste se ha reportado sobre lesiones atípicas en individuos con infección por VIH. Las lesiones tienden a ser más extensas, o pueden formarse lesiones múltiples que en ocasiones están acompañadas por manifestaciones sistémicas, como fiebre y escalofríos. Algunos han observado lesiones agresivas. Este hallazgo acentúa la necesidad de un tratamiento precoz, especialmente en personas infectadas por VIH.

La evidencia sugiere que es probable que la infección por VIH aumente las tasas de fracaso en el tratamiento del chancroide, especialmente cuando se administran tratamientos con dosis única.

En individuos con VIH, las lesiones por herpes pueden presentarse como úlceras múltiples y persistentes que requieren atención médica. Por lo tanto, en esos casos el tratamiento antiviral es especialmente importante, ya que al administrarse con fines terapéuticos o profilácticos puede dar alivio al paciente.

La mayoría de las lesiones de herpes en personas infectadas por VIH responde al aciclovir, pero quizá sea necesario aumentar la dosis y administrar el tratamiento por un período más prolongado que el recomendado. Los pacientes pueden beneficiarse posteriormente con el tratamiento crónico supresivo. El tratamiento supresivo diario reduce la frecuencia de las recurrencias de herpes genital en más del 75 por ciento de los pacientes con recurrencias frecuentes (seis o más por año).

Se ha documentado la seguridad y eficacia en pacientes que reciben tratamiento diario con aciclovir por períodos de hasta seis años, y con valaciclovir y famciclovir de hasta un año.

Descarga uretral – Uretritis – Etiología

La *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) y la *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) son los principales patógenos.

1. Gonocócica
2. No gonocócica (UNG)
 - *Chlamydia trachomatis*: 30-50%
 - *Ureaplasma urealyticum*: 10-40%
 - *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex*, *Mycoplasma genitalium*, otras bacterias: 5%
 - No identificadas: 20%
3. Causas no infecciosas: irritaciones crónicas (“preocupados sanos”), traumáticas (cuerpos extraños), contacto, tóxicas, sistémicas (S. Jhonson, Wegener).

Tratamientos de elección:

La OMS recomienda el uso de tratamientos con una única dosis cuando sea posible. En general, se recomienda la administración de un tratamiento concomitante contra la clamidia a todos los pacientes con gonorrea.

Es probable que la persistencia o recurrencia de los síntomas de uretritis se deba a la farmacoresistencia, al no cumplimiento del tratamiento o a la reinfección. En algunos casos puede haber infección por *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*).

Debe recomendarse a los pacientes que realicen una nueva consulta si los síntomas persisten a los 7 días de haber iniciado el tratamiento.

Bubón inguinal

Los bubones inguinales y femorales son el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos inguinales, son dolorosos y pueden ser fluctuantes. Suelen estar asociados con el linfogranuloma venéreo y el chancroide.

Tratamientos de elección:

Se recomienda el tratamiento de 14 días; en algunos casos puede ser más prolongado. Se debe realizar una punción aspirativa de los ganglios linfáticos fluctuantes, a través de la piel sana. La incisión y el drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos pueden retardar la cicatrización, por lo que no se deben realizar esos procedimientos. En los casos dudosos o cuando fracase el tratamiento, se aconseja realizar una biopsia diagnóstica.

Flujo vaginal

Las causas más comunes de infección vaginal son *T. vaginalis*, *C. albicans* y la vaginosis bacteriana (VB). La *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* causan infección cervical. La detección clínica de una infección cervical es difícil, debido a que en una gran cantidad de mujeres la infección cervical gonocócica o por clamidiasis es asintomática.

En aquellos lugares donde se puede realizar una tinción de Gram de manera eficiente, como una clínica de referencia, puede intentarse la identificación de diplococos Gram negativos intracelulares y/o de *T. vaginalis*.

Para tomar la decisión de instaurar el tratamiento para la infección cervical, es importante conocer cuál es la prevalencia local de la *N. gonorrhoeae* y/o la *C. trachomatis* en mujeres que presentan flujo vaginal. Cuanto mayor sea la prevalencia, mayor será la justificación para comenzar un tratamiento.

Cuando se dispone de los recursos necesarios, se debe tener en cuenta el uso de pruebas de laboratorio para tamizar muestras de mujeres con flujo vaginal.

Manejo sindrómico recomendado:

- Tratamiento para gonorrea no complicada, más tratamiento para clamidia.
 - Tratamiento para tricomonas, más tratamiento para vaginosis bacteriana.
- Y cuando corresponda, tratamiento para *Candida albicans*.

Las infecciones vaginales son la consulta de mayor frecuencia en la mujer con VIH. Las infecciones ginecológicas se presentan en un 65 por ciento de las pacientes con VIH y en un 85 por ciento de las mujeres hospitalizadas por sida.

La candidiasis vaginal generalmente se comporta como recurrente y de escasa respuesta a los tratamientos específicos.

En el caso de la vaginosis bacteriana, se presenta con la misma prevalencia que en la población general.

En cuanto a la infección por tricomonas, la prevalencia es mayor con respecto a la población general, siendo estimada en el 12 por ciento en las pacientes con VIH.

Se recomienda la realización de un cultivo de flujo dentro de la visita ginecológica de rutina anual.

Dada la importante concomitancia con sífilis, se recomienda realizar serología para VDRL en la primera consulta.

Dolor abdominal

Se debe realizar una evaluación cuidadosa a todas las mujeres sexualmente activas que presentan dolor abdominal bajo, con el objeto de detectar la presencia de salpingitis o endometritis, elementos de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Los síntomas que sugieren presencia de EPI incluyen dolor abdominal, dispareunia, flujo vaginal, menometrorragia, disuria, fiebre y, en ocasiones, náuseas y vómitos.

Los agentes etiológicos incluyen *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaerobias (bacteroides spp. y cocos grampositivos). También incluyen bacilos gramnegativos facultativos y *Mycoplasma hominis*. Dado que la diferenciación de estos agentes es clínicamente imposible y el diagnóstico microbiológico preciso es difícil, el régimen de tratamiento debe ser efectivo para este amplio rango de agentes patógenos.

Con respecto a la presentación de la enfermedad inflamatoria pélvica en la

mujer con VIH, en general se presenta de una manera subclínica, con dolor poco intenso y bajo recuento de glóbulos blancos. Sí presentan temperatura importante y mayor posibilidad del compromiso tubo-ovárico.

Aunque algunos casos de EPI son asintomáticos, otros no son diagnosticados porque el médico/a no logra reconocer las implicancias de los síntomas leves o de los signos no específicos, por ejemplo, hemorragia anormal, dispareunia y flujo vaginal.

Se recomienda que el tratamiento se inicie tan pronto se haya hecho el diagnóstico presuntivo, para la prevención de las secuelas a largo plazo. La decisión de la hospitalización debe basarse en el criterio clínico.

Con relación a los tratamientos por indicar, se contemplan los mismos esquemas terapéuticos aconsejados para mujeres sin VIH, exceptuando el esquema para las candidiasis vaginales, en las que se recomienda extender el tratamiento tópico hasta 14 días y dos dosis secuenciales de fluconazol, la segunda 72 horas después de la primera.

Otros componentes del seguimiento clínico-ginecológico

Control mamario

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda la mamografía anual a partir de la edad de 40 años; para las mujeres en mayor riesgo (por ejemplo, pariente en primer grado con cáncer de mama) se recomienda la pesquisa mamográfica antes de los 40 años. La mamografía puede ser acompañada por otros estudios complementarios, como la ecografía o resonancia magnética de acuerdo con la categorización de Bi-Rads.

La recomendación para la mujer con VIH está contemplada dentro de ese seguimiento.

Screening de cáncer colorrectal

En este punto, la recomendación para la mujer con VIH está dentro de los criterios que se aplican a la población general: la pesquisa comienza a los 50 años, con estudio anual de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia cada 5 años y fibrocolonoscopia cada 10 años.

Las mujeres con cáncer colorrectal o pólipo adenomatoso en cualquier línea familiar de primer grado antes de los 60 años de edad o en dos o más familiares de primer grado a cualquier edad, deberían tener una colonoscopia cada 5-10 años desde los 40 años o 10 años antes del caso más joven en la familia inmediata.

Prevención de la osteoporosis

Estudios recientes sugieren una asociación entre la infección por el VIH, y posiblemente la terapia antirretroviral, con la pérdida de densidad ósea, por lo que las mujeres con VIH pueden tener un riesgo adicional para osteopenia y osteoporosis.

Si bien hay pocos datos en relación con el impacto de la terapia antirretroviral en la menopausia de mujeres con VIH, algunos estudios clínicos coinciden en describir que ciertos síntomas asociados a la infección por VIH o a efectos secundarios de la medicación son difíciles de distinguir de comorbilidades inherentes a la edad, entre ellos, la osteoporosis y los trastornos reumatológicos.

Se recomienda realizar una densitometría de control basal al inicio de la menopausia y otra después de los 50 años, aunque la frecuencia apropiada realmente no está definida en esta población.

Es importante también tener en cuenta la asociación entre VIH y osteonecrosis (necrosis aséptica), ya que es un diagnóstico diferencial en pacientes con sintomatología sugestiva del cuadro. Si bien la cadera es la articulación más frecuentemente afectada, también puede comprometerse el resto de las grandes articulaciones. El aumento de la incidencia de este cuadro en esta población en los últimos años se ha relacionado con la toxicidad crónica de los antirretrovirales (9).

Detección de lípidos

La extensión en el uso de la terapia antirretroviral y, especialmente, de los inhibidores de la proteasa se ha asociado con un aumento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en esta población. Sin embargo, esta situación no modifica, hasta el momento, la relación costo-efectiva y el impacto en la supervivencia de las personas con VIH que se ha logrado con la introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia (10).

Los trastornos descriptos afectan el metabolismo de los lípidos e hidratos

de carbono, lo que genera redistribución grasa, dislipemias, insulinoresistencia y diabetes.

Estos efectos metabólicos asociados a la disfunción endotelial generada por la propia infección por VIH son los factores vinculados a la mayor incidencia de enfermedad cardiovascular.

Un estudio prospectivo, que incluyó a más de 23.000 pacientes, demostró que la incidencia de infarto agudo de miocardio aumentaba con la edad, el tiempo de exposición a antirretrovirales, el hábito de fumar, los antecedentes de eventos cardiovasculares previos y la presencia de hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia o diabetes (10).

Sobre la base de estos antecedentes, se recomienda evaluar los factores de riesgo cardiovascular en la consulta inicial y de forma periódica, teniendo en cuenta los antecedentes familiares y propios, los síntomas de patología vascular periférica, la edad mayor a 55 años, el tabaquismo, la hiperglucemia, la diabetes, hipertensión, obesidad y el sedentarismo.

Es conveniente solicitar el perfil lipídico y glucemia basales al inicio del tratamiento, a los 3 y 6 meses de iniciado, y luego anualmente.

Bibliografía

- (1) OPS: *Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino*, 3ª edición, Washington, OPS/OMS, 2002.
 - (2) Sociedad Americana de Cáncer: *Datos y estadísticas sobre el cáncer en los hispanos/latinos 2006-2008*.
 - (3) Cejtin, H. E.: "Gynecologic issues in the HIV-infected woman", en *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2003 Dec; 30(4):711-729.
- [a] Massad, L. S.; Ahdieh, L.; Benning, L.; Minkogg, H.; Greenblatt, R. M.; Watts, H. *et al.*: "Evolution of cervical abnormalities among women with HIV-1: evidence from surveillance cytology in the women's interagency HIV study", en *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2001 Aug 15; 27(5):432-442.
 - [b] Delmas, M. C.; Larsen, C; van Benthem, B. *et al.*: "Cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women: prevalence, incidence and regression. European Study Group on Natural History of HIV Infection in Woman", en *AIDS*, 2000 Aug 18;14(12):1775-1784.
 - [c] Heard, I.; Costagliola, D.; Orth, G. y Kazachkine, D.: "Early regression of cervical lesions in HIV-seropositive women receiving HAART", en *AIDS*, 1998;12(12):1459-1464.
 - [d] Orlando, G.; Fasolo, M. M.; Schiavini, M.; Signori, R. y Cargnei, A.: "Role of HAART in human papillomavirus-induced genital dysplasia in HIV-1 infected patients", en *AIDS*, 1999;13(3):424-425.
 - [e] Duerr, A.; Kieke, B.; Warren, D.; Shah, K.; Robert, B.; Peipert, J. *et al.*: "Human Papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with HIV", en *Am J Obstet Gynecol*, 2001 Mar;184(4):584-590.
 - [f] Jamieson, D. J.; Duerr, A.; Burk, R.; Klein, R. S.; Paramsothy, P.; Schuman, P. *et al.*: "Characterization of genital human Papillomavirus infection in women who have or who are at risk of having HIV infection", en *Am J Obstet Gynecol*, 2002 Jan;186(1):21-27.
 - [g] Ahdieh, L.; Klein, R. S.; Burk, R.; Cu-Uvin, S.; Schuman, P.; Duerr, A. *et al.*: "Prevalence, incidence, and type-specific persistence of human Papillomavirus in HIV-positive and HIV-negative women", en *J Infect Dis*, 2001 Sep 15;184(6):682-690.
 - [i] Spinillo, A.; Tenti, P.; Zappatore, R.; De Seta, F.; Silini, E. y Guaschino, S.: "Langerhans' cell counts and cervical intraepithelial neoplasias in women with HIV infection", en *Gynecol Oncol*, 1993;48(2):210-213.

- [h] Vernon, S. D.; Hart, C. E.; Reeves, W. C. y Icenogle, J. P.: "The HIV-1 tat protein enhances E2-dependent human papillomavirus transmission 16 transcription", en *Virus Res*, 1993 Feb;27(2):133-145.
- [j] Rosini, S.; Caltagirone, S.; Tallini, G.; Lattanzio, G.; Demopoulos, R.; Piantelli, M. *et al.*: "Depletion of stromal and intraepithelial antigen-presenting cells in cervical neoplasia in human immunodeficiency virus infection", en *Hum Pathol*, 1996;27(8):834-838.
- [k] Kobayashi, A.; Darragh, T.; Herndier, B.; Anastos, K.; Minkoff, H.; Cohen, M. *et al.*: "Lymphoid follicles are generated in high-grade cervical dysplasia and have differing characteristics depending on HIV status", en *Am J Pathol*, 2002;160(1):151-164.
- (4) OPS: *Boletín de Inmunización*, vol. XXX, N° 4, agosto de 2008.
- (5) SAGIJ: *Recomendaciones para la utilización de la vacuna contra el VPH*, SAGIJ, vol. 14, N° 3, 2007.
- (6) Reuters Health: *La colposcopia no es necesaria rutinariamente para las mujeres que son VIH-positivas* (*Clin Infect Dis.* 2006; 42:562-568), disponible en <<http://es.oncolink.org/resources/article.cfm?c=3&s=8&ss=23&Year=2006&Month=2&id=12886>> [última consulta: 10 de junio de 2009].
- (7) OMS: *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*, 2006-2015 [A59/11, anexo - 18 de mayo de 2006], disponible en <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/ Anexo2-sp.pdf> [última consulta: 10 de junio de 2009].
- (8) OPS/OMS/ONUSIDA: *Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual*, disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/cds_csr_edc_99_3sp.pdf> [última consulta: 10 de junio de 2009].
- (9) Allison, G. T.; Bostrom, M. P. y Glesby, M. J.: "Osteonecrosis in HIV disease: epidemiology, etiologies, and clinical management", en *AIDS* 2003;17:1-9.
- (10) Bozzette, S. A.; Ake, C. F.; Tam, H. K.; Chang, S. W. y Louis, T. A.: "Cardiovascular and cerebrovascular events in patients treated for human immunodeficiency virus infection", en *DAD Study. N Engl J Med*, 2003 Feb 20;348(8):702-10.
- (11) *Ferlay Oxford Journals, Medicine Annals of Oncology*, volume 16, Issue 3: 481-488, 2004.

Vacunación en adultos infectados con VIH

Introducción

Dentro de los programas de vacunación de adultos, las personas con VIH constituyen una población particular por múltiples factores, y el plan de inmunizaciones es una de las estrategias de prevención por implementar.

Como es ampliamente conocido, la aparición de infecciones oportunistas que caracterizan a esta población está condicionada por un déficit de la inmunidad celular. Sin embargo, estas personas presentan también una mayor predisposición y mayor morbilidad por infecciones virales y bacterianas, condicionadas por diversas anomalías en su sistema inmunológico presentes desde estadios tempranos de la infección por VIH.

Fundamentos de la vacunación

Existen recomendaciones específicas de vacunas para esta población. Estas recomendaciones se sustentan en que las mujeres seropositivas:

- Se encuentran expuestas, al igual que la población general, a infecciones con importante morbimortalidad que son eficazmente prevenibles a través de la vacunación, como por ejemplo tétanos, difteria y poliomielitis.
- Debido a las alteraciones de su sistema inmunológico, algunas de las infecciones padecidas pueden presentarse con:
 - a. Mayor incidencia (enfermedad invasiva por neumococo).
 - b. Mayor morbilidad y/o mortalidad (sarampión).
 - c. Curso clínico diferente (hepatitis B).

Problemas asociados a la vacunación

La presencia de inmunodeficiencia humoral y celular determina una menor respuesta de las vacunas en estos pacientes. En general, la eficacia disminuye con el aumento de la inmunosupresión. Asimismo, se ha demos-

trado un incremento de la respuesta a algunas vacunas con el uso de tratamiento antirretroviral.

Por lo tanto, se recomienda vacunar en etapas tempranas de la infección o luego de por lo menos 2 meses de haber iniciado el tratamiento antirretroviral.

Dado que muchos inmunógenos activan a la población de células B y T, es posible esperar un aumento de la replicación viral. Esto se ha documentado con las vacunas antineumocócica, antitetánica y antiinfluenza. No obstante, el aumento fue transitorio y no se correlacionó con progresión clínica a largo plazo. Por este motivo, la determinación de carga viral se debe realizar alejada por lo menos un mes de la vacunación.

Las vacunas a gérmenes vivos pueden producir infección diseminada en personas vacunadas inmunosuprimidas. Por otro lado, vacunas administradas a inmunocompetentes pueden causar enfermedad al contacto inmunosuprimido. Esto determina que no debe vacunarse para polio oral a convivientes de personas con VIH.

En general, las vacunas a gérmenes vivos están contraindicadas. Una excepción la constituyen la vacuna triple viral o doble viral, que puede aplicarse con CD4 mayores a 200 células/ μ L o mayores al 14%; y las vacunas contra la varicela y la fiebre amarilla, que podrían aplicarse en pacientes asintomáticos o sintomáticos sin alteración de la inmunidad (estadio A1, con linfocitos CD4 $\geq$ 25%).

Respecto de la tasa de efectos adversos, no hay para la mayoría de las vacunas estudios que demuestren diferencias significativas en comparación con la población general.

Recomendaciones para la vacunación de adultos con VIH

Vacuna	Requisitos	Indicación	Estudio previo	Esquema	Control respuesta	Revacunación	Vacunación de convivientes
Influenza	Cualquier nivel de CD4	Universal	No	1 dosis anual IM deltoides. Menores de 9 años 2 dosis (0-1 mes) si se vacunan por primera vez	No	Anual	Sí
Neumococo polisacárida 23 valente	CD4>200	Mayores de 2 años	No	1 dosis IM en deltoides	No	Niños: 2° dosis a los 3 años. Adultos: 2° dosis a los 5 años	No
Hepatitis B	CD4 > 200 Con CD4 <200 algunos autores recomiendan tener supresión viral	Universal	Anti HBSAg >10: no vacunar Anticore reactivo con resto de los marcadores negativos ("): descartar infección oculta con carga viral HB	3 dosis (0-1-6 meses) IM en deltoides	Anti HBS Ag a los dos meses de completado el esquema. Si es> 10 UI/L no revacunar. Si es menor: considerar esquema con doble dosis	Considerar dosis de refuerzo si el AntiHBSAg cae a menos de 10 UI/L	
Hepatitis A	CD4>200	Universal	HAV IgG (si es reactivo no requiere vacuna)	2 dosis (0-6 meses) IM en deltoides	No	No	No
Doble adulto (difteria-tétanos)	CD4>200	Universal	No	1 dosis IM deltoides	No	Cada 10 años	No

Recomendaciones para la vacunación de adultos con VIH (continuación)

Vacuna	Requisitos	Indicación	Estudio previo	Esquema	Control respuesta	Revacunación	Vacunación de convivientes
Sarampión-rubeola-parotiditis	CD4>200	Universal	Sarampión y rubeola IgG (si es reactivo no requiere vacuna). Si tiene vacunación previa completa no debe revacunarse(*)	2 dosis (0-1 mes) SC deltoides. Si recibió una dosis previa, sólo una dosis	IgG sarampión rubeola	No	Sí
dTpa (difteria-tétanos-pertussis acellular)	CD4>200	Universal	No	1 dosis única IM en deltoides (en lugar de una de las dosis de doble adulto)	No	No	No

Comentarios

1. En los casos en que debe iniciarse tratamiento antirretroviral, se recomienda administrar las vacunas una vez alcanza la supresión viral.

2. La administración de las vacunas puede producir un aumento de la carga viral y una disminución del recuento de linfocitos CD4. Ambos fenómenos son transitorios y sin implicancia clínica.

3. La vacuna contra el virus del papiloma humano se aplicará según calendario a las niñas de 11 años con el esquema de 3 dosis (0,1 y 6 meses). Por ser una vacuna inactivada, no está contraindicada en pacientes VIH reactivas.

4. La administración de las siguientes vacunas deberá realizarse con el asesoramiento de especialistas en inmunización:
1. Vacuna contra Fiebre amarilla.

2. Vacuna contra Fiebre hemorrágica.

3. Vacuna antipoliomielítica.

(#) HBSAg, Anti HBSAg, HBeAg, Anti HBeAg.

(*) Se considerará inmune a quien presente alguno de los siguientes antecedentes:

1. Esquema de vacunación completo para la edad, según Calendario Nacional; triple viral al año y al ingreso escolar y/u 11 años.

2. Constancia de haber recibido dos dosis de vacuna doble o triple viral aplicadas luego del primer año de vida.
3. Constancia de haber recibido una dosis durante las campañas de vacunación sarampión-rubeola en adultos (2006 al 2009) o por indicación médica (por ejemplo, puerperio).

4. Ser mayor de 50 años.
- Ref: Normas Nacionales de Vacunación**

- Ministerio de Salud de la Nación.
 - Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios.
 - Subsecretaría de Prevención de Enfermedades y Control de Riesgos.
 - Dirección Nacional de Prevención de Enfermedades y Riesgos.
 - Dirección de Epidemiología.

Opciones anticonceptivas para personas con VIH

Este documento no pretende proporcionar normas estrictas para el proceder profesional, sino brindar recomendaciones que sirven de base para la racionalización del suministro de diversos anticonceptivos, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad y eficacia de los métodos para las personas con VIH.

Si bien trata principalmente acerca de las diferentes opciones anticonceptivas para las personas que viven con VIH, existen muchas otras consideraciones en cuanto a la provisión apropiada de métodos, que incluyen los criterios y las condiciones de su entrega. Estos criterios tienen relevancia universal para la iniciación y el seguimiento del uso de métodos anticonceptivos, así como para aumentar su uso correcto y consistente.

Resulta clave brindar información adecuada a las personas para que realicen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información destinada a ayudarl en la elección a las/os usuarias/os debe incluir: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método, e información sobre protección contra las ITS (1).

La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención y también es parte importante tanto en la iniciación como en las visitas de seguimiento; debe responder a las necesidades de las/os usuarias/os, no sólo en lo que refiere a la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de las ITS.

Diferentes estudios sociales que enfocan el problema de los cuidados preventivos en las relaciones sexuales (ya sea desde los modelos de comportamientos, actitudes y prácticas, como de representaciones sociales y de género) coinciden en señalar a las mujeres jóvenes y pobres como las más desprotegidas ante un embarazo no deseado y/o una infección por VIH (2) (3) (4). Los datos referentes a la evolución de la epidemia en la Argentina confirman esa tendencia.

A su vez, hay que tener en cuenta el crecimiento y predominio de las relaciones heterosexuales sin protección como forma de transmisión, y la constante disminución de la razón hombre/mujer a expensas del creciente número de mujeres infectadas (5).

Teniendo en consideración lo antedicho, desde la consulta por anticoncepción es posible (4):

- Trabajar sobre las representaciones, los mitos y prejuicios del equipo de salud en relación con “quién puede y quién no” infectarse con el VIH.
- Trabajar con la población demandante nociones tales como “pareja estable”, “promiscuidad”, “confianza”, “es conocido/a”, “no parece que...”. La epidemia viene demostrando que estas representaciones obstaculizan el ejercicio de una sexualidad más segura, y colocan a varones y mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

En el momento de conversación con las consultantes y sus parejas es posible combinar la información sobre métodos anticonceptivos con la relativa al VIH-sida. Se puede empezar hablando acerca de los cambios en la anticoncepción a partir de la aparición del sida.

Cuando se habla del preservativo, se puede enfatizar su uso asociado a otro método, ya que de este modo se garantiza la “doble protección”. Nunca se debe dar por sentado que la gente conoce el uso correcto del preservativo.

Si hay ocasión, se aconseja fortalecer la noción de seguridad que brinda el preservativo, en la medida en que es utilizado correctamente. Es bien recibida por la población una demostración sobre su uso correcto.

- Para ofrecer herramientas que permitan la apropiación del uso del preservativo, se debe ir más allá de la mera recomendación e incorporar la noción de posible conflicto con la pareja en relación con su utilización, alertar sobre la necesidad de “negociar” y brindar argumentos y pautas. Esto se ve especialmente facilitado en espacios grupales que, a través del relato de experiencias de mujeres que han pasado por este tipo de situaciones, permiten brindar argumentos a las demás participantes.

- Ser flexible en cuanto a la elección del método. Es imposible imponer el uso del preservativo. Un modo de dejar planteada la necesidad de la “doble protección” es entregar preservativos junto con el método anticonceptivo elegido por la persona, y material impreso sobre prevención del sida y uso correcto del preservativo.

Buenas prácticas ante la demanda de anticoncepción

La distribución del conocimiento y el acceso a los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y a los métodos anticonceptivos es absolutamente desigual en nuestra sociedad, y está ligada a los patrones culturales y económicos de los diferentes grupos (6).

Esto tiene una importancia particular en el caso de las parejas seropositivas o serodiscordantes, teniendo en cuenta la creciente pauperización de los afectados directos por la epidemia, esto es, de las personas con VIH-sida.

Estudios en distintas cohortes de mujeres infectadas con VIH mostraron una frecuencia elevada de embarazos no deseados, coincidentemente con una baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (7) (8).

A pesar de eso, en las consultas de seguimiento de las personas con VIH las opciones anticonceptivas rara vez aparecen y, si se abordan, las alternativas que habitualmente se imparten desde los efectores de salud pueden resumirse en un término: preservativo (9).

Sin duda, la primera recomendación para una persona con o sin VIH es la de utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales.

El uso del preservativo, como ya se mencionó, no sólo evita la transmisión del virus, sino que previene a la persona seropositiva de posibles reinfecciones (con las consiguientes complicaciones pronósticas) y de un embarazo no deseado en su calidad de método anticonceptivo. Pero sabemos que la realidad es mucho más compleja.

El hecho de que una persona viva con VIH no la vuelve usuaria espontánea del pre-

servativo, en la medida en que comparte gran parte de las dificultades que tienen las personas no infectadas para utilizarlo (10).

A su vez, siendo el preservativo masculino el método de referencia para prevenir la transmisión sexual del VIH, su eficacia anticonceptiva es más baja que, por ejemplo, las píldoras combinadas o el DIU.

En cuanto al preservativo femenino, que tiene la ventaja de darle a la mujer el control de su utilización, cuenta con una menor disponibilidad en nuestro país y es de un costo económico elevado.

A su vez, existen otros motivos y situaciones en los que el tema de la anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas adquiere una importancia particular:

- La recomendación de aconsejar intervalos intergenésicos de por lo menos 2 años para la población general se vuelve prioritaria en las mujeres con VIH, ya que a esta población frecuentemente se le ofrece la cesárea como vía de terminación del embarazo.
- Es de destacar que las mujeres que no amamantan (recomendación preventiva para las púerperas con VIH) o toman inhibidores de la producción de leche recuperan la fertilidad más rápidamente que aquellas que amamantan.
- También son conocidos los potenciales riesgos para la salud de los abortos inseguros, en particular los practicados a mujeres inmunocomprometidas.
- Por otro lado, es importante tener en cuenta que muchas de estas mujeres pueden estar recibiendo tratamientos con drogas antirretrovirales con conocida embriotoxicidad, tales como el efavirenz.

Por todo esto, abordar el tema de la anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas exige, de parte de los efectores de salud, una mirada integral y desprejuiciada sobre estas cuestiones, una actitud comprensiva y altas dosis de flexibilidad respecto de la elección del método (11).

Métodos anticonceptivos y VIH

Preservativos y VIH

Las relaciones sexuales sin protección han pasado a ser, en la Argentina, la principal vía de transmisión del VIH, tanto para hombres como para mujeres (5).

La experiencia acumulada desde el inicio de la epidemia nos muestra que el uso difundido, correcto y constante de los preservativos es la estrategia más efectiva y de mayor disponibilidad e impacto para la prevención de la transmisión sexual del VIH (12) (13) (14).

Aunque desde el punto de vista ético y logístico resulte imposible efectuar estudios clínicos controlados para llegar a un cálculo directo de la eficacia del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH, existen estimaciones realizadas a partir de estudios observacionales que muestran una muy alta efectividad potencial global y reducción proporcional de seroconversiones de VIH mediante el uso del preservativo en parejas serodiscordantes, en comparación con parejas serodiscordantes que no lo utilizan (15) (12).

Es necesario tener en cuenta las diferentes dificultades que tienen algunas personas para ser usuarias sistemáticas de preservativos. Estas personas requerirán de apoyo extra para negociar de modo exitoso con su pareja el uso del preservativo, o de un método alternativo y/o complementario a éste, a fin de poder mantener su vida sexual activa sin riesgo de tener un embarazo no deseado.

A su vez, es preciso considerar que hay personas que han tenido muy poco acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, y otras que aun habiendo accedido a ella, tuvieron poco o ningún acceso a los métodos (6).

Entonces, resulta clave fortalecer la difusión del uso correcto de preservativos para la población general y facilitar el acceso a este primordial instrumento doblemente preventivo.

Anticonceptivos hormonales y VIH

Es indiscutible que los anticonceptivos orales combinados son altamente eficaces como método anticonceptivo.

A pesar de que no tienen contraindicaciones particulares para ser usados por mujeres con VIH sin tratamiento antirretroviral, sí resulta necesario tener en cuenta algunas consideraciones para los casos de mujeres que se encuentran bajo tratamiento (16).

Por una parte, las frecuentes perturbaciones metabólicas que se presentan en las mujeres tratadas con inhibidores de proteasa (IP), tales como hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia, son algunas de las contraindicaciones clásicas para el uso de anticonceptivos orales.

Por otro lado, existen interacciones medicamentosas documentadas entre ciertos antirretrovirales y el componente estrogénico de las píldoras, habitualmente etinil-estradiol.

A pesar de no existir hasta el momento evaluaciones rigurosas de la eficacia anticonceptiva de las píldoras combinadas en el contexto de las interacciones enzimáticas, el estado actual de los conocimientos en el tema plantea que no existen contraindicaciones generales para que las mujeres en terapia ARV puedan usar anticonceptivos orales.

Sobre la base de las evidencias disponibles obtenidas de estudios de farmacocinética, se recomiendan las siguientes adaptaciones posológicas, de acuerdo con las familias de drogas (17) (18).

ARV. Inhibidores nucleósidos	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
AZT/zidovudina ddI/didanosina ddC/zalcitabina 3TC/lamivudina d4T/estavudina abacavir tenofovir	Ningún efecto	No es necesaria

ARV. Inhibidores de Proteasa	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
Ritonavir	Disminuye la tasa en 41%	30 ug de EE
Indinavir	Aumenta la tasa en 24%	15/20 ug de EE
Nelfinavir	Disminuye la tasa en 47%	30 ug EE
Lopinavir + Ritonavir	Disminuye la tasa en 42%	30 ug EE
Amprenavir	Aumenta la tasa	15/20 ug de EE
Atazanavir	Aumenta la tasa	15/20 ug de EE
Saquinavir	Ningún efecto	No es necesaria

ARV. Inhibidores no nucleosídicos	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
Nevirapina	Disminuye la tasa en 19%	30 ug de EE
Efavirenz	Aumenta la tasa en 37%	15/20 ug de EE
Delavirdina	Posible aumento	Ningún dato

ARV. Inhibidores de fusión	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
Enfuvirtide	Ningún efecto	No es necesaria

En relación con el uso de preparados que contienen sólo componente progestacional (orales, inyectables, anticoncepción de emergencia, endoceptivos, implantes), los datos existentes los presentan como opciones seguras y bien toleradas para mujeres bajo tratamiento antirretroviral (19) (20).

En relación con la anticoncepción de emergencia (que puede ser empleada en caso de no uso de métodos anticonceptivos eficaces, rotura del preservativo,

olvido de píldoras, situaciones de violencia sexual, etc.), debe ser empleada dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual no protegida (21).

Es recomendable para este fin el empleo de las píldoras específicas para anti-concepción de emergencia, con contenido progestacional solamente. También podría recomendarse para estas situaciones la utilización de dispositivos intrauterinos, aun aquellos liberadores de progesterona (22) (23) (24).

Medroxiprogesterona (MDPA) de depósito (Depo-Provera)

Son muchos los estudios que han abordado el uso de MDPA en mujeres seropositivas. La gran mayoría concluye en que este producto es una muy buena alternativa para mujeres VIH+, en particular, para aquellas que se encuentran utilizando medicación antirretroviral. Esto es, por un lado, por la inexistencia de interacciones medicamentosas reportadas por el uso de MDPA en mujeres usuarias de antirretrovirales.

Por otro lado, la protección anticonceptiva extendida que confiere este producto (3 meses) y su cómoda posología (inyectable trimestral), lo ubican como una opción válida para ofrecer a las mujeres que viven con VIH (25) (26).

Dispositivos intrauterinos y VIH

Diversos estudios reportan que no existe un incremento del riesgo de las complicaciones más frecuentes y temidas (expulsión, perforación uterina, infecciones, Enfermedad Pelviana Inflamatoria) en pacientes seropositivas que usan DIU y no están severamente inmunocomprometidas, en comparación con mujeres no infectadas que utilizan este método. Se entiende por “severamente inmunocomprometidas” a las personas con menos de 200 CD4/L.

Los resultados sugieren que el DIU es un método anticonceptivo apropiado para mujeres infectadas por el VIH, sin patología cervical y con acceso a los servicios médicos para el seguimiento (27) (28).

El impacto del uso de DIU en el riesgo de transmisión del VIH de una mujer infectada a una pareja seronegativa es un área de particular importancia, conociendo la posibilidad del incremento de los fluidos menstruales en portadoras de

DIU. El único estudio que abordó el impacto de la transmisión del VIH de mujeres infectadas a parejas seronegativas no reveló una asociación significativa en este hecho (29).

En ese sentido, diversos estudios muestran que no existe un aumento en la detección de VIH-1 DNA en secreciones vaginales en mujeres VIH reactivas que utilizan DIU (30) (31).

Por otro lado, como ya fue comentado, diversos estudios concluyen en que el DIU liberador de progesterona es un excelente método para ser usado por mujeres seropositivas, aun en aquellas bajo tratamiento antirretroviral (32) (33) (34) (35) (36) (37).

Anticoncepción quirúrgica

La ligadura de trompas y la vasectomía aparecen como alternativas anticonceptivas válidas para la población afectada por el VIH. Son métodos seguros, sumamente eficaces y permanentes.

Al igual que con otros métodos, se debe aconsejar a las parejas acerca de la importancia del uso concomitante de preservativos para prevenir infecciones y/o reinfecciones.

La ley 26.130 establece el derecho de todas las personas a acceder a las prácticas quirúrgicas mencionadas. Esta norma nacional entró en vigencia en septiembre de 2006 (Boletín Oficial 30.978) y establece que estas prácticas deben realizarse, en forma gratuita, en hospitales y clínicas del país, sean públicos o privados, de obras sociales o prepagas.

Con esta norma, toda persona mayor de 21 años tiene derecho a realizarse una ligadura tubaria o vasectomía, sin necesidad de consentimiento de la pareja ni autorización judicial, salvo en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces.

Microbicidas

Microbicida es el nombre que se ha dado a un número de productos en investi-

gación, que podrían convertirse en una nueva clase de métodos de barrera de uso vaginal y/o anal para proteger contra el VIH, prevenir y/o tratar otras ETS y/o funcionar como anticonceptivo (38).

Uno de los primeros agentes que han sido considerados para este fin ha sido el nonoxinol-9. A pesar de que estudios *in vitro* lo mostraban activo contra el VIH y otros agentes transmitidos sexualmente (39) (40), estudios controlados han mostrado que el nonoxinol-9 no tiene un efecto significativo sobre la transmisión del VIH, *N. Gonorrhoeae* ni *C. Trachomatis*.

A su vez, el uso frecuente de nonoxinol-9 está asociado, *in vivo*, a cambios inflamatorios con expresión histológica y colposcópica en el tracto genital, reducción en el número de lactobacilos de la flora vaginal, mayor incidencia de vaginitis candidiásica y ulceraciones genitales, con el consiguiente aumento en el riesgo de transmisión viral (41) (42) (43) (44) (45).

Sobre la base de la evidencia actual, no es posible recomendar y promover el nonoxinol-9 desde los programas de prevención del VIH (46).

Otros métodos anticonceptivos

Obviamente, no existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos, tales como diafragmas, métodos de conocimiento de la fertilidad (calendario, secreciones cervicales, temperatura basal, etc.), solos o combinados. También para estos métodos vale la pena enfatizar la recomendación del uso concomitante de preservativos.

En resumen, las parejas afectadas por el VIH afrontan pocas restricciones respecto del uso de los métodos anticonceptivos modernos.

Además, el uso de anticoncepción eficaz puede desempeñar una función clave en la prevención de la transmisión vertical del VIH (47).

La información y los argumentos presentados en este capítulo intentan superar una visión inmediata en relación con la anticoncepción de las personas que viven con VIH.

Garantizar los derechos individuales de las personas (en este caso, a procrear en las mejores condiciones y a regular el número de hijos de las personas que viven con VIH) va en la misma dirección de detener la epidemia del VIH-sida.

Situación especial para el comienzo del uso de método anticonceptivo en las adolescentes con VIH

En relación con las notificaciones de niños y adolescentes, desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2009, se recibieron notificaciones de 7.469 personas de 0 a 19 años, de las cuales 4.435 (59%) pertenecían al grupo 0 a 14 y 3.034 (41%) al grupo de 15 a 19.

Las vías de transmisión están claramente diferenciadas en el grupo de 0 a 14 años y en los de más edad.

El 91% de los niños y niñas diagnosticados entre los años 2001 y 2010 se infectó por transmisión perinatal. En cambio, en el grupo de 15 a 24 años, el 83% de los varones y el 89% de las mujeres se infectó por relaciones sexuales desprotegidas.

Por lo que consideramos oportuno pensar en un criterio ampliado para la indicación del doble método en las adolescentes con VIH. El primer punto que se debe tener presente es la cantidad de años expuestos al tratamiento con ARV y el estado metabólico de las jóvenes.

Frente a adolescentes con un estado clínico metabólico estable, la propuesta es considerar las recomendaciones vigentes para el inicio de anticoncepción en la adolescencia.

El uso de DIU no se lo considera un método de primera elección para este grupo etario por las posibles complicaciones (expulsión, perforación, hemorragia, dolor, enfermedad inflamatoria de la pelvis), pero este método ofrecería ventajas al permitirle soslayar algunas de las dificultades que suelen presentarse con el uso de otros métodos anticonceptivos, favoreciendo de este modo su aceptabilidad y adhesión. El dispositivo intrauterino es una indicación válida en las adolescentes multíparas para respetar intervalos intergenésicos, o en aquellas con antecedentes de abortos o ante la imposi-

bilidad, dificultad o fracaso en la utilización de otros métodos anticonceptivos (48).

El anticonceptivo hormonal puede ser indicado en el segundo año de edad ginecológica ya que no afecta el cierre epifisario, no siendo necesario realizar evaluación de la edad ósea. La dosis indicada es 30 µg de etinilestradiol. El uso de anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos, quedaría reservado para cuando el uso de estrógenos estuviera contraindicado y ante la imposibilidad de instrumentar otros métodos anticonceptivos satisfactoriamente.

Recomendación de anticoncepción en el puerperio inmediato en mujeres con VIH

En relación con el uso de preparados combinados en el puerperio inmediato, se ajusta la indicación a las recomendaciones de la OMS y su posterior cambio de criterio del mes de enero de 2010; que recomiendan el uso después del día 21 posparto y en aquellas mujeres sin antecedentes de TEV (49).

En relación con la colocación del DIU, en el posparto, en muchos países se realiza en el post alumbramiento inmediato (10 minutos después de ser eliminada la placenta) y hasta 48 horas después del parto, tratando de lograr su inserción en el fondo del útero para asegurar que la paciente utilice un método anticonceptivo desde el alta médica, ya que a veces el acceso de las mujeres a profesionales de la salud es limitado. Con esta modalidad no se demostró mayor riesgo de infección, perforación, ni de eventos referidos al sangrado en comparación con la colocación que se realiza a las 6 semanas posparto o en el período alejado de un embarazo (50, 51).

La contraindicación que rige la inserción es el antecedente de EPI o la rotura prematura de membrana durante ese embarazo (52). En nuestro medio se coloca idealmente alrededor de los 45 días posparto, cuando la involución uterina es total y el útero adquiere nuevamente su tamaño y consistencia normal; si el parto fue por cesárea, la involución del órgano puede ser algo más tardía. Después de ese lapso se prefiere esperar la menstruación o inducirla. Siempre que la mujer esté en amenorrea por lactancia se debe descartar un embarazo mediante métodos sensibles inmediatamente antes de insertar el dispositivo (53).

Bibliografía

- (1) OMS: *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, 3ª edición, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- (2) Pantelides, A. y Cerruti, M.: *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*, Cuadernos del CENEP N° 51, CENEP, 1992.
- (3) Weller, S.: *Salud reproductiva de los/las adolescentes: Argentina, 1990-1998*", en *Cultura, adolescencia e saúde*, Consorcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina, CEDES/COLMES/NEPO-UNICAMP, 2000.
- (4) Weller, S.: "Prevención del VIH-sida y anticoncepción: una relación poco explorada en la Ciudad de Buenos Aires", en *Infosida* 2001;1:22-25.
- (5) Dirección de Sida y ETS: *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina*, Año XI, N° 25, agosto de 2008, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.
- (6) Weller, S.; Portnoy, F.; Gogna, M. et al.: *Éxitos médicos, desafíos humanos: anticoncepción y reproducción en personas que viven con VIH-sida*, Ciudad de Buenos Aires, Coordinación Sida, Secretaría de Salud, 2004.
- (7) Chu, S. y Hanson, D.: "Pregnancy rates among women infected with HIV", en *Obstet & Gynecol*, 1996;87(2):195-198.
- (8) Wilson, T.; Koenig, L.; Ickovics, J.; Walter, E.; Suss, A. y Fernandez, M. I.: "Contraception use, family planning, and unprotected sex: few differences among HIV-infected and uninfected postpartum women in four US States", en *JAIDS*, 2003;33:608-613.
- (9) Coordinación Sida: *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*, Buenos Aires, Coordinación Sida, Secretaría de Salud, 2004.
- (10) Weller, S.; Portnoy, F. y Gogna, M.: "Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH-sida", en *Infosida* 2004;4,61-63.
- (11) Portnoy, F.: "Anticoncepción y VIH. Anticoncepción del Siglo XXI", AMADA, 2005; 524-534.
- (12) Davis, K. y Weller, S.: "The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV", en *Fam Plann Perspect*, 1999;31(6):272-279.
- (13) Valappil, T. y Kelaghan, J.: "Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases", en *Sexually Transmitted Diseases*, Jan 2005;32(1):35-43.

- (14) Mitchell, H. y Stephens, E.: "Contraception choice for HIV positive women", en *Sex Transm Infect*, 2004;80:167-173.
- (15) Weller, S. y Davis, K.: "Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales", Revisión Cochrane traducida: The Cochrane Library, Issue 4, 2003.
- (16) Clark, R. y Theall, K.: "Trends and correlates of hormonal contraception use among HIV-infected women", en *JAIDS*, 2004;36(4):986-988.
- (17) Delfraissy, J. F.: "Recommandations du groupe d'experts. Prise en charge des personnes infectées par la VIH", en *Rapport 2002*, Medicine-Sciences. Flammarion.
- (18) Heard, I.: "Data from the French Cohort Studies and Framing the French Contraceptives Guidelines", en *J. Acquir Immune Defic Syndr*, 2005;38, Supplement 1:s29-s31.
- (19) Taneepanichskul, S.; Intaraprasert, S. *et al.*: "Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women", en *Contraception*, 1997;55:205-207.
- (20) Moore, L.; Valuck, R. *et al.*: "A comparison study of one-year weight gain among users of medroxy progesterone acetate, levonorgestrel implants and oral contraceptives", en *Contraception*, 1995;52:215-220.
- (21) Portnoy, F. y Berkenwald, M.: *Anticoncepción de emergencia. Guía para los trabajadores de la salud. Cuadernos de Comunicación y Educación en Salud Reproductiva*, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2006.
- (22) Chu, J. H.; Gange S. J.; Anastos, K.; Minkoff, H.; Cejtin, H.; Bacon, M. *et al.*: "Hormonal contraceptive use and the effectiveness of highly active antiretroviral therapy", en *Am J Epidemiol*, 2005;161:881-90.
- (23) Von Hertzen, H.; Piaggio, G.; Ding, J. *et al.*: "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial", en *Lancet*, 2002;360:1803-10.
- (24) Olaitan, A.; Madge, S.; Reid, W. *et al.*: "Contraceptive use, and knowledge of postcoital contraception amongst HIV-infected women: a comparison with an HIV negative population", en *Br J Fam Plann*, 1996;22:127.
- (25) Watts, D. H.; Park, J. G.; Cohn, S. E. *et al.*: "Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093", en *Contraception*, 2008;77(2):84-90.
- (26) Cohn, S. E.; Park, J. G.; Watts, D. H. *et al.*: "Depot medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions", en *Clin Pharmacol Ther*, 2007;81:222-7.
- (27) Morrison, C.; Sekadde-Kigundu, C. *et al.*: "Is the intrauterine device appro-

- pritate contraception for HIV-1 infected women?", en *Br J Obstet Gynaecol*, 2001;108(8):784-790.
- (28) Sinei, S. y Morrison, C.: "Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women", en *Lancet*, 1998;351:38-1241.
 - (29) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV-1: "Comparison of female to male and male to female transmission of HIV-1 in 563 stable couples", en *BMJ*, 1992;304:809-813.
 - (30) Richardson, B. y Morrison C,: "Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA", en *AIDS*, 1999;13:2091-2097.
 - (31) Mostad, S.; Overbaugh, J. *et al.*: "Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina", en *Lancet*, 1997;350:922-927.
 - (32) Cooling, H.: "Successful use of levonorgestrel intrauterine system in a HIV positive woman", en *Br J Fam Plann*, 1999;25:25-26.
 - (33) Castaño, P. M.: "Use of intrauterine devices and systems by HIV-infected women", en *Contraception*, 2007;75 S51-S57.
 - (34) Heikinheimo, O.; Lehtovirta, P.; Suni, J. y Paavonen, J.: "The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women-effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV", en *Hum Reprod*, 2006;21:2857-61.
 - (35) Richardson, B. A., Morrison, C. S.; Sekadde-Kigondy C. *et al.*: "Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA", en *AIDS*, 1999;13:2091-7.
 - (36) Lehtovirta, P.; Paavonen, J. y Heikinheimo, O.: "Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women", en *Contraception*, 2007;75:37-41.
 - (37) Berer, M.: "Report of an International Conference. Microbicides 2000", en *Reproductive Health Matters*, 2000;8(15).
 - (38) Malkovsky, M.; Newell, A. y Dalgleish, A.: "Inactivation of HIV by nonoxinol-9", en *Lancet*, 1988;1:645.
 - (39) Jennings, R. y Clegg, A.: "The inhibitory effect of spermicidal agents on replication of HSV-2 and HIV-1 in vitro", en *J Antimicrob Chemother*, 1993;32:71-82.
 - (40) Niruthisard, S.; Roddy, R. y Chutivongse, S.: "The effects of frequent nonoxynol-9 use on the vaginal and cervical mucosa", en *Sex Transm Dis*, 1991;18:176-179.
 - (41) Roddy, R.; Cordero, M.; Cordero, C. y Fortney, J.: "A dosing study of nono-

- xinol-9 and genital irritation”, en *Int J STD AIDS*, 1993;4:165-170.
- (42) Kreiss, J.; Ruminjo, I. *et al.*: “Efficacy of nonoxinol-9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes”, en *JAMA*, 1992;268:477-82.
 - (43) Stafford, M.; Ward H. *et al.*: “A safety study of nonoxinol-9 as a vaginal microbicide: evidence of adverse effects”, en *Journal of AIDS & Human Retrovirology*, 1998;17:327-331.
 - (44) Weber, J. y Lacey, C.: “The development of novel vaginal microbicides: from the bench to the clinic”, en *AIDS*, 2001;15(1):35-37.
 - (45) Wilkinson, D.; Tholandi, M.; Ramjee, G. *et al.*: “Nonoxynol-9 spermicide for prevention of vaginally acquired HIV and other sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials including more than 5000 women”, en *Lancet Infect Dis*, 2002;2:613-17.
 - (46) Van Damme, L.; Ramjee, G.; Alary, M. *et al.*: “Effectiveness of COL-1492, a nonoxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: a randomised controlled trial”, en *Lancet*, 2002;360:971-7.
 - (47) Reynolds, H. W.; Janowitz, B.; Homan, R. y Johnson, L.: “The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission”, en *Sexually Transmitted Diseases*, Jun 2006;33(6):350-356.
 - (48) Dra. Inés de la Parra – Dr. Osvaldo Sánchez, *Consenso de Anticoncepción*.
 - (49) *Cambio de los criterios de elegibilidad en el postparto. Declaración de la OMS sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados durante el período posparto Adaptación Lía Arribas*, A.M.A.D.A Miembro Adherente Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) Confederación Iberoamericana de Contracepción (CIC).
 - (50) Treiman, K.; Liskin, L.; Kols, A. *et al.*: IUDs: an update: *Population Reports Series B*, N° 5, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health Population Information Program, diciembre de 1995.
 - (51) Finger, W. R.: “IUD insertion timing vital in postpartum use”, en *Network* 1996; 16:21-24.
 - (52) Charalambopoulos, J. y López, D. A. M.: “Dispositivos Intrauterinos”, en *Anticoncepción del siglo XXI*, A.M.A.D.A., Buenos Aires 2005, Edit. Ascune Hnos., 230-61.
 - (53) “Guía para el uso de métodos anticonceptivos”, en *El libro de la Salud Sexual, Reproductiva y la Procreación Responsable en la Argentina*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 2003, 65-170.

Escenarios a considerar de acuerdo a la situación serológica de cada pareja

Escenario	Mujer VIH	Varón VIH	Recomendación en anticoncepción	Recomendación en procreación
# 1	-	+	Preservativo + Antin concepción hormonal (oral/inyectable). DIU Endoceptivo Otros	Esperar la supresión virológica. Evaluar técnicas de inseminación asistida con lavado de semen. Estimulación de la ovulación con gonadotropinas.
# 2	+	-	Ídem al anterior. Considerar interacciones entre el tratamiento ARV y los anticonceptivos hormonales.	Esperar la supresión virológica. Evitar drogas ARV potencialmente teratogénicas. Evaluar técnicas de inseminación asistida (no se requiere lavado de semen). Estimulación de la ovulación con gonadotropinas.
# 3	+	+	Ídem al anterior. Considerar interacciones entre el tratamiento ARV y los anticonceptivos hormonales.	Esperar la supresión virológica. Evitar drogas ARV potencialmente teratogénicas. Restricción del coito sin preservativo al período ovulatorio. Estimulación de la ovulación con gonadotropinas.

Vale la pena destacar que ante el deseo de embarazo en parejas seropositivas o serodiscordantes es preciso corroborar previamente la capacidad reproductiva (en caso de que no hayan tenido descendencia) de ambos miembros mediante los estudios convencionales (espermograma con cultivo en el varón, monitoreo ovulatorio e integridad anatómica en la mujer).

Consideraciones en relación con el tratamiento antirretroviral en la población femenina

(Segundo Consenso Argentino sobre Terapia Antirretroviral, 2008, SADI)

Además de las consideraciones vinculadas a las potenciales interacciones con los anticonceptivos hormonales, es necesario tener en cuenta los efectos teratogénicos y las alteraciones farmacocinéticas descriptas en el embarazo.

Debido a los efectos teratogénicos del efavirenz evidenciados en monos y los casos reportados de defectos del tubo neural en humanos, su uso está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo. Por esta razón, esta droga está desaconsejada en mujeres en edad fértil en quienes no se pueda garantizar un método anticonceptivo efectivo.

A continuación se describen los efectos de las drogas en el embarazo, de acuerdo a la familia de pertenencia

Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INTI)

Los análogos de nucleósidos pueden ocasionar toxicidad mitocondrial con acidosis láctica y esteatosis hepática, similar al síndrome HELLP que, aunque muy poco frecuente, puede presentarse en el último trimestre del embarazo.

- **Zidovudina (AZT):** No hay evidencias de teratogenicidad. Debe ser incluida en todos los regímenes antenatales a menos que se compruebe toxicidad grave o resistencia.
- **Lamivudina (3TC):** No hay evidencias de teratogenicidad. Hay extensa experiencia en su uso en embarazadas, combinado con zidovudina.
- **Didanosina (ddI):** Dados los reportes sobre mortalidad materna secundaria a acidosis láctica relacionada con el uso prolongado de la combinación de ddI con d4T en mujeres embarazadas, se aconseja no utilizar dicha combinación durante el embarazo.

- **Estavudina (d4T):** Puede considerarse como alternativa en la combinación de INTI, excepto con ddI o AZT, en fracaso de otros tratamientos, toxicidad o efectos colaterales.
- **Abacavir (ABV):** Hubo reacciones de hipersensibilidad en 5-8% de pacientes no embarazadas, se desconoce la incidencia de esta complicación en embarazadas.
- **Emtricitabina (FTC):** Faltan estudios farmacocinéticos en embarazadas para indicar su uso.
- **Tenofovir (B):** Hay datos limitados para su uso en embarazadas. Existe el riesgo potencial de efectos sobre hueso y riñón. Solamente podría indicarse después de haber considerado toda otra alternativa de tratamiento.

Inhibidores No Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INNTI)

- **Efavirenz (EFV):** Como ya se enunció, su uso está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo.
- **Nevirapina (NVP):** Dentro de los efectos adversos más frecuentes asociados con el uso de la nevirapina se encuentran el exantema y la hepatitis en los pacientes con recuento de CD4 > 250 células/ μ L. El riesgo de toxicidad hepática grave o mortalidad estimado es de entre 0,04%-0,4%. Cuando se utiliza esta droga debe hacerse monitoreo cercano de la función hepática, con mayor atención en las primeras 18 semanas de uso. Se recomienda: cada 2 semanas durante el primer mes, cada 4 semanas los cuatro meses siguientes y luego cada 1 a 3 meses.

Si existe enfermedad hepática previa, se solicitará hepatograma al comienzo de la terapia, y luego mensualmente. De todas formas, se recomienda considerar otra alternativa, siempre que fuera posible.

Aquellas embarazadas que presentaron rash con nevirapina deben ser monitoreadas con transaminasas mientras reciben esta medicación. *Ante un aumento de las transaminasas, se recomienda suspender la terapia, aun en mujeres asintomáticas.*

Las mujeres que empiezan su embarazo y venían recibiendo nevirapina sin complicaciones, pueden continuar con la terapia independientemente del recuento de CD4.

Inhibidores de la proteasa (IP)

No se pudo establecer el riesgo de prematuridad en aquellas mujeres que recibían inhibidores de proteasa en general.

Se ha informado hiperglucemia y desarrollo de diabetes mellitus en pacientes que reciben inhibidores de la proteasa. No se sabe si la administración durante el embarazo puede incrementar el riesgo de diabetes gestacional, por lo tanto, se recomienda el monitoreo frecuente de la glucemia.

- **Nelfinavir (NFV):** En 2007 se informó la evidencia de teratogenicidad, mutagénesis y carcinogénesis en modelos animales asociados a un excipiente que contiene el *Viracept*®. A partir del 31 de marzo de 2008, Pfizer y la FDA llegaron a un acuerdo acerca de los límites inocuos de MES y notaron que el nelfinavir es inocuo para uso en todos los pacientes, incluso las mujeres embarazadas y los niños.
- **Lopinavir/ritonavir (LPV):** No hay evidencia de teratogenicidad. Se están desarrollando estudios de farmacocinética con la formulación en comprimidos. Por el momento se recomienda la dosis estándar del adulto hasta que se disponga de mayor información.
- **Indinavir (IDV):** Ha sido asociado con hiperbilirrubinemia en el recién nacido. Debería evitarse su uso en embarazadas.
- **Saquinavir (SQV):** Hay datos farmacocinéticos limitados de su uso en embarazadas, tanto en su administración única como en combinación con ritonavir (SQV 1000+RTV 100 mg) y recientemente con la formulación de 500 mg. Los niveles encontrados fueron similares a la población no embarazada y se observó aumento leve de transaminasas en el primer mes de la administración.
- **Atazanavir (ATV)** (como única droga y asociado a ritonavir): teóricamente

podría incrementar los niveles de bilirrubina indirecta y exacerbar la hiperbilirrubinemia fisiológica en el neonato, aunque el pasaje tras placentario es bajo y variable.

Los datos actuales son insuficientes para recomendar darunavir, fosamprenavir o tipranavir.

Otras drogas

- **Enfuvirtide:** inhibidor de la fusión.
- **Maraviroc:** inhibidor del co-receptor CCR5.
- **Raltegravir:** inhibidor de la integrasa.

No hay estudios ni experiencia en embarazadas para recomendar su uso.

Recomendaciones para la profilaxis antirretroviral en embarazadas

(Segundo Consenso Argentino sobre Terapia Antirretroviral, 2008, SADI)

Escenarios posibles

1.- Mujer con infección por VIH que recibe TARV y se embaraza

a) Continuar TARV que venía recibiendo, excepto que contenga efavirenz o la combinación didanosina-estavudina (ver Anexo 1 B).

b) Recomendar test de resistencia si la paciente tiene viremia detectable con TARV actual.

c) Si la paciente requiere TARV, no debe ser suspendido en el primer trimestre.

d) Indicar el componente intraparto de zidovudina EV y continuar el TARV postparto.

e) Si la carga viral plasmática cercana al parto es mayor a 1.000 copias/ml, se indicará cesárea como modo de parto.

f) Al recién nacido se le indicará zidovudina jarabe a 2 mg/kg/dosis cada 6 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas.

En mujeres con exposición previa a antirretrovirales, se recomienda la realización de un control precoz de la carga viral (4 a 8 semanas) para evaluar respuesta virológica adecuada.

2.- Embarazada con infección por VIH, sin TARV previo, con indicación de TARV

a) Las embarazadas que cumplan criterios de iniciación de TARV deben recibir esquemas combinados teniendo en cuenta las drogas contraindicadas en el embarazo. Si requieren inicio inmediato de TARV por su estado de salud, debe indicarse tan pronto como sea posible, aun en el primer trimestre (en este caso está contraindicado el uso de efavirenz). La indicación de zidovudina está recomendada siempre que sea posible (ver Anexo 1 A).

b) Si luego de iniciado el TARV la supresión viral es subóptima, se indicará la realización de test de resistencia.

c) Indicar el componente intraparto de zidovudina EV y continuar el TARV postparto.

d) Si la carga viral plasmática cercana al parto es mayor a 1.000 copias/ml, se indicará cesárea como modo de parto.

e) Al recién nacido se le indicará zidovudina jarabe a 2 mg/kg/dosis cada 6 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas.

3.- Embarazada con infección por VIH naive y que no requiere tratamiento

a) Se indicará TARV combinada para la prevención de la transmisión perinatal de acuerdo a la evaluación clínica e inmunológica.

b) Restringir el uso de nevirapina en las embarazadas con CD4 >250 células/ μ L.

c) Considerar el uso de tres INTI en caso de toxicidad o intolerancia a los IP y con CD4 >350 células/ μ L.

d) En embarazadas con <1.000 copias/ μ L, podría considerarse en algunas situaciones la posibilidad de utilizar AZT/3TC, para disminuir la exposición a otros ARV.

e) Indicar el componente intraparto de zidovudina EV

f) En el postparto discontinuar TARV. Si el régimen contenía INNTI, considerar discontinuarlo en primer lugar y a los 7 días después los INTI, para prevenir el desarrollo de resistencia (datos limitados).

g) *Si luego de iniciado el TARV la supresión viral es subóptima, se indicará la realización de test de resistencia.*

h) Si la carga viral plasmática cercana al parto es mayor a 1.000 copias/ml, se indicará cesárea como modo de parto, a las 38 semanas de gestación.

i) Al recién nacido se le indicará zidovudina jarabe a 2 mg/kg/dosis cada 6 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas.

4.- Embarazada con infección por VIH que ha recibido TARV pero que en el momento actual no recibe drogas antirretrovirales

a) Obtener historia previa de tratamientos antirretrovirales y evaluar la necesidad de TARV actual para su salud.

b) Realizar test de resistencia antes de iniciar TARV actual o si la supresión viral fuera subóptima.

c) Indicar el componente intraparto de zidovudina EV.

d) Postparto evaluar la interrupción de TARV. Si el régimen contenía INNTI considerar discontinuarlo en primer lugar, y a los 7 días después los INTI, para prevenir el desarrollo de resistencia.

e) Se recomienda la realización de un control precoz de la carga viral (4 a 8 semanas) para evaluar respuesta virológica adecuada.

f) *Si luego de iniciado el TARV la supresión viral es subóptima, se indicará la realización de test de resistencia.*

g) Si la carga viral plasmática cercana al parto es mayor a 1.000 copias/ml, se indicará cesárea como modo de parto, a las 38 semanas de gestación.

h) Al recién nacido se le indicará zidovudina jarabe a 2 mg/kg/dosis cada 6 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas.

5.- Embarazada con VIH en trabajo de parto que no ha recibido tratamiento previo

Se incluyen los siguientes regímenes disponibles:

- a) - Embarazada: infusión de AZT EV durante el trabajo de parto hasta la ligadura del cordón.
 - Recién nacido: indicar AZT jarabe a 2 mg/kg/dosis cada 6 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas.
- b) - Embarazada: ofrecer AZT IV más 3TC 300 mg/día más una dosis única de 200 mg de NVP desde el comienzo del trabajo de parto. Continuar con AZT + 3TC una semana postparto.
 - Recién nacido: indicar AZT oral 2 mg/kg cada 6 horas durante 6 semanas, más 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas durante 7 días, más una dosis única de NVP 2 mg/kg entre las 48 y 72 horas, si la madre recibió la dosis de NVP con más de 1 hora hasta el parto, o administrar una dosis de NVP de 2 mg/kg tan pronto como sea posible si la madre no recibió la dosis en el intraparto.
- c) - Embarazada: ofrecer AZT IV.
 - Recién nacido: indicar AZT oral 2 mg/kg cada 6 horas durante 6 semanas, más 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas durante 7 días, más una dosis única de NVP 2 mg/kg tan pronto como sea posible si la madre no recibió la dosis en el intraparto.

La eficacia adicional de la profilaxis con terapia combinada para reducir la transmisión perinatal no es bien conocida. Se recomien-

da en las situaciones en que se suman otros factores de riesgo de transmisibilidad. Se sugiere evaluación de esta situación por un especialista.

- d) Postparto: evaluar la necesidad de TARV a la madre.

6.- Neonatos de madres con VIH que no han recibido tratamiento durante el embarazo y/o el parto

a) Administrar el esquema de AZT por seis semanas al neonato. Se debe empezar antes de las 6 a 12 horas del nacimiento, y no más tarde de las 72 horas.

b) Administrar AZT oral 2 mg/kg cada 6 horas durante 6 semanas, más 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas durante 7 días, más una dosis única de NVP 2 mg/kg tan pronto como sea posible.

La eficacia adicional de la profilaxis con terapia combinada para reducir la transmisión perinatal no es bien conocida. Se recomienda en las situaciones en que se suman otros factores de riesgo de transmisibilidad. Se sugiere evaluación de esta situación por un especialista.

- c) Evaluar la necesidad de indicar TARV a la madre postparto.
- d) Descartar la infección por VIH en el niño en las primeras semanas de vida.

Lactancia

Cualquiera fuera el esquema de tratamiento que se utilice, la lactancia materna está contraindicada ya que contribuye con un porcentaje importante a la transmisión vertical del VIH (aproximadamente el 15%), por lo tanto, deberá asegurarse la sustitución con leche de inicio para todos los recién nacidos de una mujer con infección por VIH durante los primeros 6 meses de vida.

Vía del Parto

El manejo médico óptimo durante el embarazo debe incluir terapia antirretroviral, que suprima la carga viral plasmática materna a niveles idealmente no detectables. El manejo durante el trabajo de parto y el parto se deberá focalizar en minimizar los riesgos de la transmisión perinatal del VIH y las potenciales complicaciones maternas y neonatales.

La cesárea electiva puede reducir el riesgo de transmisión, especialmente en aquellas mujeres que no recibieron profilaxis antirretroviral prenatal o con carga viral mayor a 1000 copias/cc en el último trimestre de la gestación. Se realizará antes del comienzo del trabajo de parto y de la ruptura de las membranas, dado que fuera de este lapso el valor de la cesárea en la prevención de la transmisión desaparece. Se desconoce el valor agregado de la cesárea en mujeres bajo terapia ARV con carga viral indetectable al final del embarazo.

Escenarios clínicos de modos de parto

1.- Mujer con VIH después de las 36 semanas de gestación que no ha recibido terapia antirretroviral y con determinaciones de CD4 y carga viral pendientes:

- a) Aconsejar tratamiento antirretroviral combinado.
- b) Aconsejar cesárea programada a las 38 semanas de gestación.
- c) Indicar AZT desde el inicio de la cesárea y AZT (jarabe) al recién nacido durante 6 semanas.

2.- Mujer con VIH que inició tratamiento antirretroviral de alta eficacia antes del tercer trimestre, con respuesta virológica inicial, pero que tiene carga viral mayor a 1000 copias a las 36 semanas de gestación:

- a) Continuar terapia antirretroviral de alta eficacia y evaluar posteriormente.
- b) Aconsejar cesárea a las 38 semanas de gestación.
- c) Indicar AZT desde el inicio del parto y al recién nacido durante 6 semanas.

Hay datos que demuestran que la incidencia de la transmisión cuando la carga viral materna está entre 1.000 y 10.000 copias es de 1-12%, y con más de 10.000 copias es del 9-29%; por lo tanto, la recomendación de cesárea sería adecuada a las embarazadas que presentan más de 1.000 copias.

3.- Mujer con VIH en tratamiento con terapia antirretroviral de alta eficacia, carga viral no detectable a las 36 semanas de gestación:

a) Asesoramiento sobre la probabilidad de transmisión del 2% o menor, aun con parto vaginal.

b) Indicar AZT desde el inicio del parto y al recién nacido durante 6 semanas.

4.- Mujer con VIH que ha elegido cesárea programada como modo de parto, pero que presenta trabajo de parto reciente o escaso tiempo de rotura de membranas:

Si presenta dilatación cervical mínima, aconsejar cesárea y AZT intravenoso; en el caso de presentar dilatación cervical mayor, se hará inducción y parto vaginal más AZT intravenoso.

Anexo 1

Consulta preconcepcional en mujeres con VIH

El objetivo principal de la atención preconcepcional es promover el momento más adecuado para recomendar un embarazo a la pareja con VIH o a parejas serodiscordantes.

En este anexo tenemos la intención de profundizar el tema desarrollado en el capítulo de concepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas, ampliando la mirada dentro del marco de un abordaje integral del embarazo.

Las actividades preventivas preconcepcionales han demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad infantil.

Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa.

A) Prevención de algunas infecciones

Hepatitis B (HB): Los factores de riesgo para hepatitis B son similares a los de VIH-sida. El riesgo de transmisión perinatal es alto principalmente en el momento del parto. Aproximadamente del 70 al 80 por ciento de los neonatos infectados son portadores crónicos de antígenos HB. Además, la infección fetal se asocia con prematuridad y niños pequeños para su edad gestacional. Toda la población, y prioritariamente las mujeres en edad fértil deben ser vacunadas para la hepatitis B con 3 dosis de vacuna.

Rubéola: Alrededor del 15 por ciento de todas las mujeres en edad fértil no tienen inmunidad para la rubéola. El ideal es determinar los anticuerpos en todas las mujeres y vacunar antes de embarazarse a aquellas con resultado negativo. En caso de no poder realizar la determinación y no contar con certificado de vacuna, se aconseja vacunar y esperar 3 meses para iniciar el embarazo.

Toxoplasmosis: Es aconsejable que las mujeres conozcan su estatus serológico-

co. En caso de ser negativo, se debe instruir a la mujer sobre los cuidados para evitar la infección.

Citomegalovirus: Se ha comprobado mayor probabilidad de infección en mujeres que están en contacto con niños que usan pañales. La vía de contagio son las manos, al manipular los pañales con orina. Una prevención eficaz es el lavado de manos cada vez que se los reemplace.

Tétanos: Se debe vacunar a todas las mujeres para evitar especialmente el tétanos neonatal, salvo que contaran con un esquema de vacunación completo certificado.

Sífilis: Como toda enfermedad de transmisión sexual, debe solicitárseles la prueba de tamizaje (VDRL) a ella y al compañero sexual.

Chagas: Conocer su estado serológico, para realizar eventuales controles y tratamiento adecuado.

Infecciones buco-dentales: Deben tratarse preferentemente antes de embarazarse.

B) Control de enfermedades crónicas

Aproximadamente entre 15 y 20 por ciento de las embarazadas tienen problemas médicos previos que deben ser corregidos o controlados.

Hipertensión crónica: Es una de las complicaciones más frecuentes. Cuando se planea el embarazo es el momento de modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas.

Diabetes mellitus: La prevalencia estimada es entre 0,5 a 1,5 por ciento. Una forma de reducir la prevalencia de los defectos congénitos es con un control de los niveles de glucosa antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. Para conocer el nivel metabólico es útil determinar el nivel de hemoglobina glicosilada, dado que si este es alto, indica pobre control metabólico y alto riesgo de malformaciones congénitas.

Anemia: La prevalencia de anemia ($Hb < 12$ g/dl) en mujeres en edad fértil no embarazadas para el área del Gran Buenos Aires es de 26 por ciento, y para Tierra del Fuego es de 10 por ciento. Tratamiento acorde al diagnóstico etiológico, tanto por deficiencia de hierro como por ácido fólico.

Patología uterina: La pesquisa sistemática del carcinoma cervical se hará por el método de Papanicolaou. Las miomatosis importantes, malformaciones uterinas, incompetencia ístmico-cervical y tumores de ovario deben ser evaluados y eventualmente tratados.

Carcinoma de mama: Se debe realizar un examen clínico de las mamas y enseñar el autoexamen mamario, que es más difícil de aprender durante el embarazo, por las modificaciones que se producen en la glándula. La mamografía como tamizaje no es recomendada antes de los 40 años.

Asesoramiento para reducir defectos congénitos: Los defectos congénitos son frecuentes (afectan del 5 al 10 por ciento de los embarazos), especialmente en mujeres con: niños afectados en embarazos previos, antecedentes familiares de enfermedad genética, edad avanzada, exposición a tóxicos ambientales, características étnicas especiales: Beta talasemia, italianas y griegas, anemia a células falciformes, raza negra.

Prevención del cretinismo endémico: El suplemento de yodo en poblaciones con altos niveles de cretinismo endémico lleva a una reducción importante de la incidencia de este trastorno, sin efectos adversos conocidos.

Prevención de defectos del cierre tubo neural: Se ha demostrado que la suplementación con ácido fólico a la mujer en la etapa preconcepcional y durante el primer trimestre protege al embrión de padecer estos defectos en un 72 por ciento de los casos. La recomendación es que todas las mujeres deben recibir un suplemento en su dieta diaria de 0,4 mg de ácido fólico desde que discontinúan su práctica anticonceptiva hasta las 12 semanas de embarazo. En mujeres con antecedentes de hijos con defecto del cierre del tubo neural, la indicación es de 4 mg por día durante un período similar.

La misma intervención debe ser recomendada a mujeres con diabetes insulino dependiente y con epilepsia tratadas con ácido valproico o carbamazepina.

Medicación

Durante la visita preconcepcional se debe advertir sobre drogas teratogénicas que pueda estar consumiendo la mujer por padecer enfermedades crónicas, como por ejemplo el litio, antagonistas de los folatos, ácido valproico, prednisona, warfarina y cualquier otra en la que no esté demostrada la ausencia de efectos teratogénicos.

Educación

Es importante insistir en los siguientes aspectos:

- 1) Asegurar el cálculo de edad gestacional.
- 2) Evitar embarazos en edades extremas del período fértil.
- 3) Evitar intervalos intergenésicos cortos.

Hábitos y estilos de vida

Nutrición: La futura madre debe conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, que también aumenta el riesgo perinatal.

Fumar: Alertar a la mujer acerca de que el tabaco es un tóxico directo sobre el feto, que produce serias alteraciones, de las cuales es la más importante el bajo peso al nacer.

Consumo de alcohol: Si bien es desaconsejable el consumo excesivo de alcohol antes del embarazo, debe evitarse el alcohol en forma absoluta durante la gestación, en particular en el primer cuatrimestre, por asociarse con malformaciones fetales.

Consumo de drogas: Cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal.

Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser educadas sobre los daños que estas producen en la descendencia.

Laborales y ambientales: La realización de trabajos pesados, la utilización de plaguicidas, solventes orgánicos y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación. En las mujeres en edad fértil realizar un estudio radiográfico, si es necesario. Se efectuará en etapa postmenstrual inmediata recomendando anticoncepción en ese ciclo.

Referencia:

Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal, Ministerio de Salud Argentina 2001. Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Ricardo Schwarcz, Alfredo Uranga, Celia Lomuto, Inés Martínez, Diana Galimberti, Oscar M. García, María Elena Etcheverry, Marta Queiruga.

Anexo 2

Tratamientos recomendados para ITS

INFECCIONES GONOCÓCICAS

Regímenes recomendados

No Complicada	ciprofloxacina 500 mg por vía oral, dosis única	ceftriaxona 125 mg por vía intramuscular, dosis única	cefixima 400 mg por vía oral, dosis única	espectinomicina 2 g por vía intramuscular, dosis única
Diseminada		ceftriaxona 1 g por vía intramuscular o endovenosa, una vez al día durante 7 días		espectinomicina 2 g por vía intramuscular, dos veces al día durante 7 días. Los reportes sugieren que un tratamiento de 3 días es adecuado

INFECCIONES POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS (A EXCEPCIÓN DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO)

Regímenes recomendados	doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días	azitromicina 1 g por vía oral, como dosis única
---------------------------	--	---

Regímenes alternativos	amoxicilina 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	ofloxacina 300 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días
---------------------------	--	---	---	---

CLAMIDIA DURANTE EL EMBARAZO

Regímenes recomendados	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	amoxicilina 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
------------------------	--	---

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Régimen recomendado	doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día durante 14 días
---------------------	--

Regímenes alternativos	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días
------------------------	---	---

SÍFILIS

SÍFILIS TEMPRANA

(sífilis primaria, secundaria, o latente menor de dos años de duración)

Regímenes alternativos para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina	doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día durante 14 días	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días
--	--	---

Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días
--	---

SÍFILIS TARDÍA LATENTE

(infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica)

Régimen recomendado	bencilpenicilina benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas consecutivas	
Régimen alternativo	bencilpenicilina procaína 1,2 millones UI por vía intramuscular, una vez por día por 20 días consecutivos	
Regímenes alternativos para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina	doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día durante 30 días	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días
Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días	

NEUROSÍFILIS

Régimen recomendado	bencilpenicilina acuosa 12 a 24 millones UI endovenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI, cada 4 horas durante 14 días
---------------------	---

Régimen alternativo	bencilpenicilina procaína 1,2 millones UI por vía intramuscular, una vez al día, y probenecid 500 mg por vía oral, 4 veces al día, ambos agentes deben administrarse durante 10 a 14 días
---------------------	---

Regímenes alternativos para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina	doxiciclina 200 mg por vía oral, 2 veces al día durante 30 días	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días
--	--	---

CHANCROIDE

No requieren tratamiento especial. Las lesiones ulcerosas deben mantenerse limpias. Debe realizarse una punción por aspiración de los ganglios linfáticos fluctuantes.

Regímenes recomendados	ciprofloxacina 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 3 días	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	azitromicina 1 g por vía oral, como dosis única
------------------------	--	--	--

Régimen alternativo	ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular, como dosis única
---------------------	---

GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)

Regímenes recomendados	azitromicina 1 g por vía oral el primer día, luego 500 mg por vía oral, una vez al día	doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día
------------------------	---	--

Regímenes alternativos	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día	tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día	trimetoprima 80 mg / sulfametoxazol 400 mg, 2 comprimidos por vía oral, 2 veces al día por un mínimo de 14 días
------------------------	---	---	---	--

INFECCIONES POR HERPES GENITAL

Regímenes recomendados para el primer episodio clínico	aciclovir 200 mg por vía oral, 5 veces al día durante 7 días	aciclovir 400 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días	valaciclovir 1000 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días	famciclovir 250 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
--	---	---	---	---

Regímenes recomendados para la infección recurrente	aciclovir 200 mg por vía oral, 5 veces al día durante 5 días	aciclovir 400 mg por vía oral, 3 veces al día durante 5 días	aciclovir 800 mg por vía oral, 2 veces al día durante 5 días	valaciclovir 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 5 días	valaciclovir 1000 mg por vía oral, una vez al día durante 5 días	famciclovir 125 mg por vía oral, 2 veces al día durante 5 días
---	---	---	---	--	---	---

Regímenes recomendados para el tratamiento supresivo	aciclovir 400 mg por vía oral, 2 veces al día, como tratamiento permanente	valaciclovir 500 mg por vía oral, una vez al día	valaciclovir 1000 mg por vía oral, una vez al día	famciclovir 250 mg por vía oral, 2 veces al día
--	---	---	--	--

Régimen recomendado en lesiones graves de herpes simplex con coinfección por VIH	aciclovir 400 mg por vía oral, 3 a 5 veces al día hasta obtener la resolución clínica
--	--

VERRUGAS GENITALES (CONDILOMAS)

Régimen recomendado para verrugas genitales

A. Químico

Autoaplicado por la paciente

- Solución o gel de podofilotoxina al 0,5 por ciento, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces (el volumen total de podofilotoxina no debe exceder los 0,5 ml diarios).
- Imiquimod al 5 por ciento en crema aplicada con el dedo antes de acostarse, hasta el día siguiente, 3 veces por semana hasta 16 semanas. La superficie tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas después de la aplicación. Las manos se deben lavar con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación. Algunos especialistas recomiendan no usar la podofilina para el tratamiento de las verrugas genitales. No se debe usar podofilina en grandes cantidades, ya que es tóxica y de fácil absorción. Su uso en el embarazo y la lactancia está contraindicado.
- ATC al 80 a 90 por ciento, aplicado cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal, seguido de la aplicación de talco o bicarbonato de sodio sobre la superficie tratada para eliminar el ácido no reactivo. La aplicación debe repetirse semanalmente.

B. Físico

- Crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono sólido o criosonda. Las aplicaciones se deben repetir semanal o quincenalmente.
- Electrocirugía.
- Escisión quirúrgica.

INFECCIONES POR TRICHOMONAS VAGINALIS

Se debe notificar y tratar a la o las parejas sexuales y aconsejar a los pacientes que eviten las relaciones sexuales hasta que se trate la infección.

La trichomoniasis suele ser asintomática en hombres, pero cada vez más se la reconoce como causa de uretritis sintomática no relacionada con gonococos ni con clamidia.

Regímenes recomendados para las infecciones vaginales	metronidazol 2 g por vía oral, en dosis única	tinidazol 2 g por vía oral, en dosis única
---	---	--

Regímenes alternativos	metronidazol 400 mg o 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días	tinidazol 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 5 días
------------------------	--	--

VAGINOSIS BACTERIANA

Régimen recomendado	metronidazol 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
---------------------	---

Regímenes alternativos	metronidazol 2 g por vía oral, como dosis única	clindamicina vaginal al 2% 5 g por vía intravaginal, antes de acostarse, durante 7 días	metronidazol al 0,75 % en gel 5 g por vía intravaginal, dos veces al día durante 5 días	clindamicina 300 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días
------------------------	--	--	--	--

Regímenes recomendados para gestantes	metronidazol 200 o 250 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días, después del primer trimestre	metronidazol 2 g por vía oral, dosis única
---------------------------------------	--	---

Regímenes alternativos	metronidazol	clindamicina	metronidazol al 0,75% en gel
	2 g por vía oral, como dosis única	300 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días	5 g por vía intravaginal, 2 veces al día durante 7 días

CANDIDIASIS

Regímenes recomendados	miconazol o clotrimazol	clotrimazol	fluconazol
	200 mg por vía intravaginal, una vez al día durante 3 días	500 mg por vía intravaginal, como dosis única	150 mg por vía oral, como dosis única

Regímenes alternativos	nistatina	nistatina en crema
	100.000 UI por vía intravaginal, una vez al día durante 14 días	2 veces al día durante 7 días

Referencia: Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud, 2005.

Anexo 3

Reproducción en el marco de la infección por VIH

Como ya fue referido, en los últimos años hemos asistido a cambios importantes en la evolución de la epidemia, en particular en lo referente a la prevención de la transmisión vertical y al pronóstico de la evolución de la infección por VIH.

La eficacia de las terapias antirretrovirales ha cambiado las expectativas de vida de las personas infectadas y ello ha producido, entre otros efectos, un incremento del número de personas y parejas que desean tener hijos.

Aun sabiendo que las consultas preconcepcionales son infrecuentes, resulta importante plantear las diferentes situaciones posibles en la atención de estas parejas. Esto es clave, por un lado, para actualizar los conocimientos acumulados hasta la fecha y, por el otro, para incentivar que el tema de la reproducción esté presente en las consultas de aquellos efectores que trabajan en la atención de las personas con VIH (1).

Resulta un verdadero desafío para los equipos de salud ayudar a estas personas y/o parejas a tener hijos en las mejores condiciones posibles. Ello plantea tener en cuenta tres objetivos: reducir al máximo el riesgo de transmisión sexual del VIH, manejar adecuadamente la fertilidad de estas parejas y prevenir la infección del recién nacido.

Hay que tener presente que cualquier “método reproductivo” que se utilice en parejas seropositivas o serodiscordantes conlleva algún riesgo, por pequeño que sea, de transmisión. Es por ello que los diferentes métodos que se van a presentar tienen como objetivo lograr la concepción disminuyendo al máximo posible el riesgo de transmisión del VIH.

Vale la pena destacar que ante el deseo de embarazo en parejas afectadas por el VIH es preciso corroborar previamente la capacidad reproductiva (en caso de que no hayan tenido descendencia) de ambos miembros de la pareja mediante los estudios convencionales.

A su vez, como para todas las mujeres, la consulta preconcepcional es una ocasión para indicar vacuna contra la rubéola si la serología es negati-

va y en ausencia de un franco déficit inmunitario, de proponer vacunación para hepatitis B a aquellas no inmunizadas, de prescribir suplemento de ácido fólico 0,5 mg hasta la semana 12 de embarazo y de desestimar el uso de alcohol, tabaco y otras drogas (2).

Escenarios

Existen dos situaciones muy diferenciadas a tener en cuenta:

- 1) Sólo el varón está infectado.
- 2) La mujer está infectada, independientemente del estado del varón.

1) Varón infectado por VIH y mujer no infectada

El objetivo es conseguir un embarazo reduciendo al máximo el riesgo de infección de la mujer. Aunque el riesgo teórico de transmisión en estas parejas a través de las relaciones sexuales no protegidas durante los días fértiles de la mujer es bajo (alrededor de un 0,08-0,3%), no es despreciable (3) (4) (5).

En un estudio prospectivo que incluyó varones seropositivos que no recibían HAART, se observó una tasa de seroconversión en las mujeres del 4 por ciento después de haber logrado un embarazo mediante relaciones sexuales no protegidas durante los días fértiles de la mujer (6). Estos son datos que han de ser tenidos muy en cuenta a la hora de considerar la relación sexual sin protección como una alternativa válida para conseguir un embarazo.

Existe una buena correlación, en general, entre la carga viral plasmática (CVP) indetectable y la carga viral indetectable en secreciones genitales, a excepción de aquellos pacientes con infecciones del tracto genital. Aunque el VIH ha sido detectado en forma de ADN-proviral en hombres con una CV plasmática repetidamente indetectable, se desconoce la influencia de este hallazgo sobre el riesgo real de transmisión del VIH (7). Ello sugiere que el aparato genital masculino puede actuar como un compartimiento separado reservorio para el VIH (8).

Algunos estudios han descrito una alteración de la motilidad espermática que parece estar asociada tanto a la infección por el VIH como a los tratamientos antirretrovirales; sin embargo, no existe evidencia de que esta alteración disminuya la fertilidad (9) (10) (11).

Recientemente se ha publicado un estudio que refiere que el riesgo de transmisión sexual cuando el paciente está recibiendo HAART es probablemente muy bajo (12).

Teniendo en cuenta que, hasta la fecha, en nuestro país no existe un marco legal regulatorio que facilite el acceso gratuito de las personas a los métodos de reproducción asistida, la mayoría de las parejas que viven con VIH no tendrán acceso a la metodología más segura (lavado seminal y técnicas específicas de inseminación). Por todo ello, podrá considerarse aconsejar a los pacientes respecto de la reproducción con los siguientes principios básicos:

- Es fundamental explicar a la pareja los riesgos de cada procedimiento existente, incluidas las relaciones no protegidas.
- Es importante poner énfasis en que no se puede garantizar la ausencia de transmisión, y que el objetivo que se persigue es disminuir ese riesgo. Si finalmente, y por las razones que fuere, la pareja elige las relaciones “abiertas” (relaciones no protegidas durante los días fértiles de la mujer) como método reproductivo, deben hacerse de una forma protocolizada que incluya:
 - a. Estudio ginecológico (incluido hormonal y ecográfico a la mujer) y estudio al varón (espermograma) que descarten problemas graves de fertilidad.
 - b. El miembro infectado de la pareja debe estar tomando HAART y con carga viral indetectable.
 - c. Deben restringir las relaciones sexuales no protegidas a los períodos potencialmente más fértiles, que se pueden establecer mediante un test de ovulación, temperatura basal rectal, características del flujo genital, método del calendario, etc.

Lavado seminal

En 1992, Semprini y cols. reportaron la primera serie de gestaciones en parejas serodiscordantes mediante lavado seminal (13).

Desde entonces numerosos equipos han utilizado diversas técnicas de reproducción asistida (lavado seminal e inseminación intrauterina, FIV –fecundación in vitro–, etc.) en más de 4.000 ciclos, obteniendo numerosas gestaciones sin que en ningún caso se haya documentado la infección de la pareja o del recién nacido (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20).

En la actualidad, la mayoría de los organismos oficiales y sociedades científicas recomiendan, en estos casos, la aplicación de la técnica del lavado seminal (21) (22) (23) (24) (25) (26). El objetivo de esta técnica no es la eliminación total del riesgo de transmisión sino su reducción.

El lavado seminal consiste en separar los espermatozoides (que carecen de receptores para el VIH) del resto de componentes del plasma seminal que sí pueden contener virus (27) (28) (29). A la muestra de semen se le aplican las técnicas que habitualmente emplean los laboratorios de reproducción asistida para la separación y selección espermática (gradientes de densidad y swim up). A diferencia de lo que se hace habitualmente en otras situaciones, a las muestras de semen con VIH se les aplica las dos técnicas de manera conjunta.

La muestra de espermatozoides obtenida una vez practicado el lavado seminal se divide en dos fracciones. Una de ellas es remitida al laboratorio de microbiología para descartar la presencia de partículas virales post-lavado, tanto en su fracción ADN como ARN, mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La otra fracción se utiliza para la práctica de la técnica de reproducción asistida requerida según el caso: inseminación intrauterina (IIU) o fecundación in vitro con microinyección espermática (FIV-ICSI).

Las técnicas de lavado seminal y la posterior utilización de una fracción para la práctica de PCR comportan una notable reducción del número total de espermatozoides disponibles para practicar la inseminación. Esta circunstancia debe considerarse en la valoración del espermograma basal de

estos pacientes, y en caso de valores límites en el mismo, se indicará la técnica FIV-ICSI.

Las tasas de embarazo conseguidas en parejas serodiscordantes mediante IIU o FIV-ICSI son superponibles o incluso superiores a las que se obtienen en parejas estériles que se someten a las mismas técnicas. La explicación está en que las parejas serodiscordantes no son estériles sino que emplean estas técnicas para minimizar el riesgo de transmisión del VIH a la mujer.

Recomendaciones de actuación en parejas serodiscordantes

a. Varón

- Analítica general incluyendo serologías para el VHC, VHB y VDRL.
- Determinaciones específicas de la infección por el VIH (CD4, carga viral).
- Espermograma y pruebas de funcionalismo espermático.
- Cultivos uretrales para descartar la presencia de gonococo, herpes o chlamydia.
- Informe en el que conste: el estado inmunoviológico del paciente; los tratamientos antirretrovirales previos, los motivos que condujeron a un cambio y el esquema ARV actual; los antecedentes de infecciones oportunistas u otras complicaciones asociadas al VIH; el pronóstico del paciente y otros tratamientos concomitantes como, por ejemplo, metadona, ribavirina.

b. Mujer

- Analítica general pregestacional, que incluye serologías para el VHC, VHB y VDRL.
- Revisión ginecológica, que incluye citología cérvico-vaginal, cultivos endocervicales para descartar la presencia de gonococo, herpes o chlamydia y ecografía ginecológica.
- Perfil hormonal basal (FSH, LH, prolactina, estradiol en el tercer día del ciclo).

Criterios para llevar a cabo asistencia para la reproducción en parejas serodiscordantes

- Infección por VIH: debe estar estabilizada. El paciente debe ser evaluado

en su conjunto, no existiendo niveles de CD4 ni de CVP limitantes.

- Ribavirina: no haber estado en tratamiento con ribavirina en los seis últimos meses. El uso de ribavirina por cualquiera de los miembros de la pareja es una contraindicación para el tratamiento reproductor.
- HAART: el tratamiento antirretroviral no se utilizará para reducir la carga viral en semen, sino sólo si está indicado por la situación inmunoviológica del paciente.
- Consentimiento informado: se solicitará el consentimiento informado, detallándose los riesgos de la técnica a realizar y el concepto de reducción (no de eliminación) del riesgo de infección por el VIH. Como en todos los casos de reproducción asistida, el consentimiento debe ser firmado por los dos miembros de la pareja.
- Inducción de la ovulación: para optimizar el rendimiento de las técnicas, se realizará el ciclo de IIU o FIV-ICSI bajo inducción de la ovulación con pausas estándar. Sólo se realizará la inseminación o la FIV una vez se confirme que la PCR del purificado espermático es negativa. Durante el ciclo de reproducción asistida, a la mujer se le realizará una determinación de Ac-VIH y una carga viral para el VIH, que se repetirá a los 15 días de la IIU o FIV para descartar una infección secundaria al procedimiento. La tasa de gestación varía según la población tratada (edad, etc.) pero debe oscilar alrededor del 20 por ciento por ciclo de IIU y del 50 por ciento por ciclo de FIV (30).

2- Mujer infectada por el VIH independientemente del estado serológico con respecto al VIH del hombre

En relación con este escenario, insistimos en la importancia de informar sobre los riesgos de transmisión vertical y acerca de la toxicidad de algunos fármacos antirretrovirales.

Resulta imprescindible optimizar el control clínico. La mujer debe recibir el tratamiento antirretroviral según las recomendaciones para el adulto infectado, excluyendo los fármacos de uso restringido durante el embarazo.

En general se acepta que en condiciones de estabilidad inmunoviológica de la infección así como de un buen seguimiento clínico y un buen cumplimiento del tratamiento, las mujeres con VIH deben recibir consejo individualizado, como cualquier otra gestante con una patología crónica.

Por otra parte, varios estudios epidemiológicos sugieren que las mujeres infectadas tendrían una fertilidad disminuida (31). Un estudio de cohortes reciente, que incluyó a 473 mujeres africanas no tratadas, halló una asociación significativa entre los valores totales de linfocitos CD4 y la tasa de gestación espontánea (32). Las pacientes infectadas por el VIH con CD4 bajos presentan una mayor incidencia de alteraciones menstruales y se ha descrito una disfunción ovárica en forma de fallo ovárico primario o resistencia a la estimulación (32) (33) (34).

Contrariamente a lo que sucede con otras parejas serodiscordantes en las que la persona infectada es el varón, las mujeres infectadas por el VIH que desean quedarse embarazadas no deben realizar de forma sistemática técnicas de reproducción asistida. En el caso en que el hombre no esté infectado, la pareja puede mantener relaciones sexuales con preservativo sin espermicida y vaciar posteriormente el contenido seminal en la vagina.

Otra opción es obtener el semen por masturbación e inyectarlo en la vagina, mediante jeringa. En el caso en que ambos miembros de la pareja estén infectados y en tratamiento antirretroviral efectivo, se podría aceptar las relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles de la mujer.

Reproducción asistida

Hasta hace pocos años se disponía de escasa información sobre mujeres infectadas por el VIH y reproducción asistida (35) (36). Sin embargo, recientemente han aparecido cuatro estudios sobre fecundación in vitro en mujeres con VIH (36) (37) (38) (39).

En dos de ellos la tasa de gestación fue inferior en las pacientes infectadas con respecto a los controles. Asimismo, los requerimientos de unidades de hormona folículo estimulante fueron superiores en las pacientes infectadas, lo que sugiere una resistencia ovárica (hipogonadismo subclínico). Igualmente, se observó una asociación del pronóstico con los niveles de CD4 en el momento de realizar el ciclo de FIV. Globalmente, el número de ovocitos obtenidos, la tasa de fecundación ovocitaria y el número de embriones obtenidos fueron similares a los controles. En cambio la tasa de embarazo clínico fue menor en dos de los estudios.

Bibliografía

- (1) Coordinación Sida: *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*, Buenos Aires, Coordinación Sida, Secretaría de Salud, 2004.
- (2) Yeni, P.: "Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH", en *Rapport 2008*, París, Ministère de la Santé.
- (3) Quinn, T. C.; Wawer, M. J.; Sewankambo, N.; Serwadda, D.; Li, C.; Wabwire-Mangen, F. *et al.*: "Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1", en *N Engl J Med*, 2000 Mar;342(13):921-9.
- (4) Gupta, P.; Mellors, J.; Kingsley, L.; Riddler, S.; Shing, M. K.; Schreiber, S.; *et al.*: "High viral load in semen of human immunodeficiency virus type 1-infected men at all stages of disease and its reduction by therapy with protease and nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors", en *J Virol*, 1997 Aug;71(8):6271-5.
- (5) Vernazza, P. L.; Gilliam, B. L.; Dyer, J.; Fiscus, S. A.; Eron, J. J.; Frank, A. C. y Cohen, M. S.: "Quantification of HIV in semen: correlation with antiviral treatment and immune status", en *AIDS* 1997;11(8):987-93.
- (6) Haase, A. T. y Schacker, T. W.: "Potential for the transmission of HIV-1 despite highly active antiretroviral therapy", en *N Engl J Med*, 1998 Dec;339(25):1846-8.
- (7) Mandelbrot, L.; Heard, I.; Henrion-Géant, E. y Henrion, R.: "Natural conception in HIV-negative women with HIV-infected partners", en *Lancet*, 1997 Mar 22;349(9055):850-1.
- (8) Zhang, H.; Dornadula, G.; Beumont, M.; Livornese, L.; Van Uitert, B.; Henning, K. y Pomerantz, R. J.: "Human immunodeficiency virus type 1 in the semen of men receiving highly active antiretroviral therapy", en *N Engl J Med*, 1998 Dec 17;339(25):1803-9.

- (9) Coombs, R. W.; Speck, C. E.; Hughes, J. P.; Lee, W.; Sampoleo, R.; Ross, S. O. *et al.*: "Association between culturable human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) in semen and HIV-1 RNA levels in semen and blood: evidence for compartmentalization of HIV-1 between semen and blood", en *J Infect Dis*, 1998 Feb;177(2):320-30.
- (10) Dulioust, E.; Le Du, A.; Costagliola, D.; Guibert, J.; Kunstmann, J. M.; Heard, I.; Juillard, J. C. *et al.*: "Semen alterations in HIV-1 infected men", en *Hum Reprod*, 2002 Aug;17(8):2112-8.
- (11) Nicopoullou, J. D.; Almeida, P. A.; Ramsay, J. W. y Gilling-Smith, C.: "The effect of human immunodeficiency virus on sperm parameters and the outcome of intrauterine insemination following sperm washing", en *Hum Reprod*, 2004 Oct;19(10):2289-97.
- (12) Castilla, J.; del Romero, J.; Hernando, V. *et al.*: "Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV", en *JAIDS*, 2005 Sep 1;40(1):96-101.
- (13) Semprini, A.; Levi-Setti, P.; Bozzo, M.; Ravizza, M.; Tagliorelli, A. A.; Sulpizio, P. *et al.*: "Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners", en *Lancet*, 1992 Nov 28;340(8831):1317-9.
- (14) Marina, S.; Marina, F.; Alcolea, R.; Expósito, R.; Huguet, J.; Nadal, J. *et al.*: "Human immunodeficiency virus type-1 serodiscordant couples can bear healthy children after undergoing intrauterine insemination", en *Fertil Steril*, 1998 Jul;70(1):35-9.
- (15) Veiga, A.; Coll, O.; Tur, R.; Busquets, A. y Barri, P. N.: "Assisted reproductive technologies and HIV-1 serodiscordant couples", en *Pren Neonat Med*, 1999;5:356-61.
- (16) Marina, S.; Marina, F.; Alcolea, R.; Nadal, J.; Expósito, R. y Huguet, J.: "Pregnancy following intracytoplasmic sperm injection from an HIV-1-seropositive man", en *Hum Reprod*, 1998 Nov;13(11):3247-49.

- (17) Ohl, J.; Partisani, M.; Wittemer, C.; Schmitt, M. P.; Cranz, C.; Stoll-Keller, F. *et al.*: "Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience", en *Hum Reprod*, 2003 Jun;18(6):1244-9.
- (18) Sauer, M. V. y Chang, P. L.: "Establishing a clinical program for human immunodeficiency virus 1-seropositive men to father seronegative children by means of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection", en *Am J Obstet Gynecol*, 2002 Apr;186(4):627-33.
- (19) Peña, J. E.; Thornton, M. H. y Sauer, M. V.: "Assessing the clinical utility of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus type 1 serodiscordant couples: report of 113 consecutive cycles", en *Fertil Steril*, 2003 Aug;80(2):356-62.
- (20) Mencaglia, L.; Falcone, P.; Lentini, G. M.; Consigli, S.; Pisoni, M.; Lofiego, V.; Guidetti, R.; Piomboni, P. y De Leo, V.: "ICSI for treatment of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-serodiscordant couples with infected male partner", en *Hum Reprod*, 2005 Aug;20(8):2242-6.
- (21) Bujan, L.; Pasquier, C.; Labeyrie, E.; Lanusse-Crousse, P.; Morucci, M. y Daudin, M.: "Insemination with isolated and virologically tested spermatozoa is a safe way for human immunodeficiency type 1 virus-serodiscordant couples with an infected male partner to have a child", en *Fertil Steril*, 2004 Oct;82(4):857-62.
- (22) Minkoff, H. y Santoro, N.: "Ethical considerations in the treatment of infertility in women with human immunodeficiency virus infection", en *N Engl J Med*, 2000 Jun 8;342:1748-50.
- (23) Seidlin, M.; Vogler, M.; Lee, E.; Lee, Y. S. y Dubin, N.: "Heterosexual transmission of HIV in a cohort of couples in New York City", en *AIDS*, 1993 Sep;7(9):1247-54.
- (24) Englert, Y.; Van Vooren, J. P.; Place, I.; Liesnard, C.; Laruelle, C. y Delbaere, A.: "ART in HIV infected couples: has the time come for a change of attitude?", en *Hum Reprod*, 2001 Jul;16(7):1309-15.

- (25) Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine: "Human immunodeficiency virus and infertility treatment", en *Fertil Steril*, 2002 Feb;77(2):218-22.
- (26) Lyerly, A. D. y Anderson, J.: "Human immunodeficiency virus and assisted reproduction: reconsidering evidence, reframing ethics", en *Fertil Steril*, 2001 May;75(5):843-58.
- (27) Kim, L.; Johnson, M. R.; Barton, S.; Nelson, M. R.; Sontag, G.; Smith, J. R. *et al.*: "Evaluation of sperm washing as a potential method of reducing HIV transmission in HIV-discordant couples wishing to have children", en *AIDS*, 1999 Apr 16;13(6):645-51.
- (28) Chrystie, I. L.; Mullen, J. E.; Braude, P. R.; Rowell, P.; Williams, E.; Elkington, N. *et al.*: "Assisted conception in HIV discordant couples:evaluation of semen processing techniques in reducing HIV viral load", en *J Reprod Immunol*, 1998 Dec;41(1-2):301-6.
- (29) Leruez-Ville, M.; de Almeida, M.; Tachet, A.; Dulioust, E.; Guibert, J.; Mandelbrot, L. *et al.*: "Assisted reproduction in HIV-1-serodifferent couples: the need for viral validation of processed semen", en *AIDS*, 2002 Nov 22;16(17):2267-73.
- (30) Ministerio de Sanidad y Consumo de España, SPNS, GESIDA, SEGO, AEP: *Recomendaciones para el seguimiento de la infección por VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical*, 2008.
- (31) Stephenson, J. M. y Griffioen, A.: "The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. Study Group for the Medical Research Council Collaborative Study of Women with HIV", en *AIDS*, 1996 Dec;10(14):1683-7.
- (32) Loko, M. A.; Toure, S.; Dakoury-Dogbo, N.; Gabillard, D.; Leroy, V. y Anglaret, X.: "Decreasing incidence of pregnancy by decreasing CD4 cell count in HIV-infected women in Côte d'Ivoire: a 7-year cohort study", en *AIDS*, 2005 Mar 4;19(4):443-521.

- (33) Hinz, S.; McCormack, D. y van der Spuy, Z. M.: "Endocrine function in HIV-infected women", en *Gynecol Endocrinol*, 2002 Feb;16(1):33-8.
- (34) Clark, R. A.; Mulligan, K.; Stamenovic, E.; Chang, B.; Watts, H.; Andersen, J. *et al.*: "Frequency of anovulation and early menopause among women enrolled in selected adult AIDS clinical trials group studies", en *J Infect Dis*, 2001 Nov 15;184 (10):1325-7.
- (35) Englert, Y.; Lesage, B.; Van Vooren, J. P.; Leisnard, C.; Place, I.; Vannin, A. S. *et al.*: "Medically assisted reproduction in the presence of chronic viral diseases", en *Hum Reprod Update*, 2004 Mar-Apr;10(2):149-62.
- (36) Terriou, P.; Auquier, P.; Chabert-Orsini, V.; Chinchole, J. M.; Cravello, L.; Giorgetti, C.; Halfon, P.; Salzmman, J. y Roulier, R.: "Outcome of ICSI in HIV-1-infected women", en *Hum Reprod*, 2005 Oct;20(10):2838-43.
- (37) Gilling-Smith C.: "Fertility management of HIV-discordant couples", en *Curr Obstet Gynaecol*, 2003;13:307-13.
- (38) Martinet, V.; Manigart, Y.; Rozenberg, S.; Becker, B.; Gerard, M. y Delvigne, A.: "Ovarian response to stimulation of HIV-positive patients during IVF treatment: a matched, controlled study", en *Hum Reprod*, 2006 May;21(5):1212-7.
- (39) Coll, O.; Suy, A.; Figueras, F.; Vernaeeve, V.; Martínez, E.; Mataró, D.; Durban, M.; Lonca, M.; Vidal, R. y Gatell, J. M.: "Decreased pregnancy rate after in-vitro fertilization in HIV-infected women receiving HAART", en *AIDS*, 2006;20(1):121-3.

Anexo 4

Aspectos legales

Se pueden resumir las inquietudes recogidas durante las jornadas de trabajo de estas recomendaciones en tres grandes problemáticas.

1) La vinculada al derecho a la salud, como derecho humano básico de la mujer con VIH y dentro de esta mirada, la atención integral ginecológica, de planificación familiar, embarazo y parto, como parte ineludible de este derecho.

2) La vinculada a la atención de las adolescentes y los derechos que las asisten cuando la familia no acompaña sus decisiones.

3) La tarea del equipo de salud cuando los insumos no son garantizados por las obras sociales.

Por esto, entonces, se intentará plantear un resumen lógico de estos tres aspectos a fin de facilitar herramientas legales a tener en cuenta al respecto.

1.- La mujer viviendo con VIH y el derecho a la salud

En primer lugar, hay que recordar que la mirada desde la cual se aborda esta temática está centrada en lo que la OMS denomina “Enfoque de Salud basado en los derechos humanos”. En este marco conceptual se entiende como fundamental la misión de los profesionales de la salud, ya que está destinada a garantizar el acceso al mayor nivel de salud a toda la población. Esta garantía implica no sólo brindar la atención debida, sino también conocer los mecanismos con los que cuenta la sociedad para poder reclamar que esa atención se cumpla, a fin de difundirlos como parte de la tarea profesional. En pocas palabras, entender que la tarea no concluye en realizar una buena prescripción, sino en asegurarse el acceso al tratamiento, facilitando para ello a la persona asistida herramientas vinculadas a estos aspectos.

Intentando lograr un esquema sencillo y práctico, en primer lugar se debe recordar que, con la reforma constitucional de 1994 y la incorporación al rango constitucional de una serie de tratados internacionales en materia de Derechos Humanos (art. 75 inc. 22 Constitución Nacional), nuestra

constitución y los derechos amparados por ella vieron ampliar el horizonte de protección de la persona, y con ello el derecho a la salud ha logrado tener una recepción en nuestro más alto escalón legislativo.

Así, encontramos numerosos artículos de estos tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud y, por lo tanto, obligan al Estado, y con ello a todo el sistema de salud de nuestra Nación, a garantizar el acceso al nivel más alto de salud.

Resumiéndolas, estas disposiciones son los artículos: 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 16 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 23 incisos 3 y 4, 24, 25, 26, 27, 32 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 10 h), 11.1 e) y f), 11.2, 12, 14 b) y c), y 16 e) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y 5 e.iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, entre otras.

Analizando algo más detenidamente las disposiciones de la CEDAW (Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), encontramos disposiciones como las que a continuación detallamos, que obligan a los Estados a adoptar todas las medidas pertinentes a fin de garantizar:

Art. 10 inc. h: el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación familiar.

Art. 12. 1: eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluso los que se refieren a la planificación de la familia.

Art. 12. 2: garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Art. 16 inc. e: asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Como se verá, las disposiciones legales son muy claras en la materia que nos ocupa. Es un derecho ineludible de la mujer el tener acceso a la información, educación, medios y atención necesarios para garantizar su salud sexual, reproductiva y la planificación de su familia y número de hijos.

Este derecho, como se advierte, está garantizado para todas las mujeres sin excepción. No hay ninguna condición particular, incluyendo la de vivir con VIH, que le impida a una mujer a acceder a este derecho.

Numerosas normas de dichos instrumentos, además, prohíben discriminar en dicho sentido y sería muy prolongado extendernos en su análisis. Pero debemos recordar que existe en nuestra legislación la ley 23.592, que estableció el delito de discriminación, en virtud de lo cual discriminar en el acceso y la atención de la salud puede ser castigado a través de la sanción penal (prisión, multa e inhabilitación).

En este orden de ideas, vale recordar que nuestro país, en sintonía con las obligaciones asumidas al suscribir dichos instrumentos internacionales y a fin de garantizar en los hechos este acceso al derecho a la salud, ha dictado una serie de normas. Por esto, a continuación detallaremos aquellas que creemos que tienen vinculación más directa con la temática.

a) Ley 23.798 (Ley Nacional de SIDA): de aplicación obligatoria en todo el país. Como grandes principios rectores podemos señalar:

- Acceso a la atención de la salud.
- Respeto a la dignidad y no discriminación.
- Consentimiento informado.
- Información.
- Confidencialidad.

Así el artículo 2 sostiene que todas las disposiciones de esta ley y sus normas complementarias se interpretarán teniendo presente que:

- No se puede afectar la dignidad humana.
- No puede producir efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación.
- Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación.

Al reglamentar la ley a través del decreto 1244/91 se estableció en su artículo 2 que para la aplicación de la ley deberán respetarse las siguientes normativas:

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)
- Ley antidiscriminatoria: ley 23.592 (delito de discriminación)

A su vez, en las disposiciones del artículo 6 se remarca la necesidad de tener en cuenta la autonomía de la persona a través de la expresión de su consentimiento y la obligación del profesional de la salud de asesorar íntegra y debidamente a la persona, como así también la confidencialidad obligatoria de toda la atención vinculada al VIH-sida.

En línea con lo que venimos señalando en el presente documento, el artículo 8 remarca que los profesionales que detecten el virus del VIH o posean presunciones fundadas deben informar a la persona:

- sobre el carácter infectocontagioso,
- medios y formas de transmisión, y
- su derecho a recibir asistencia adecuada.

Otro tema resaltado por la ley nacional de SIDA es la obligación del profesional de la salud de mantener estrictamente el secreto profesional.

b) Ley 24.455 (1995): Obliga a las obras sociales a brindar la cobertura de tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas afectadas por el virus y/o enfermedades intercurrentes.

c) Ley 24.754: iguales obligaciones a las empresas de medicina prepaga.

Estas últimas dos leyes implican, por lo tanto, la obligación de todo el sistema de salud (efectores privados y estatales) de cubrir totalmente la atención integral de las personas que tienen VIH.

d) Ley 25.543: Obligación de ofrecer el test diagnóstico a toda mujer embarazada.

e) Ley 25.673: Por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, estableciéndose, además, que el Ministerio de Salud de la Nación deberá suscribir convenios con todas las provincias a fin de organizar en ellas dicho programa.

Este programa prevé como uno de sus objetivos centrales el “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar *decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia*”.

A su vez en el artículo 4 se establece con claridad que siempre se debe tener como prioridad la satisfacción del interés superior del niño y adolescente, esto para el caso de conflicto con intereses de sus tutores legales (que se explicará más detalladamente en el punto 2).

En su artículo 6 se obliga a los profesionales de la salud no sólo a dar información clara, eficaz y pertinente sobre los métodos anticonceptivos, sino que, además, y a demanda de las beneficiarias, se los obliga también a prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos (reversibles, no abortivos y transitorios).

Todas estas prestaciones pasan a formar parte del plan médico obligatorio (PMO) y se establece a su vez la obligación de obras sociales y del sistema privado de incorporarla dentro de sus planes y prestaciones.

f) Ley 26.130 (Contracepción quirúrgica), que establece en su artículo 1 que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de

conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Este derecho, según el articulado de esta ley, no tiene más requisitos que se trate de una persona mayor de edad y que esta persona preste su consentimiento informado.

Se establece a su vez la obligación de prestar dicho servicio en los efectores del sistema público estatal, como así también la obligación de incorporarlo en las prestaciones del sistema privado y/o de seguridad social.

¿Qué sucede en caso de que un profesional presente objeción de conciencia a realizar dicha intervención?

Siempre el profesional de la salud está en total libertad de ejercer este derecho, pero se debe garantizar sí o sí que dicha intervención se realice; es decir, garantizar quién prestará dicho servicio.

Por último, vale recordar que toda la legislación en materia de salud dictada por el Congreso Nacional entra dentro de lo que se denomina atribuciones concurrentes de la Nación y las provincias. Jurídicamente, esto implica que pueden convivir una ley nacional y una ley provincial sobre un tema de salud.

¿Cómo se resuelve el conflicto de leyes en estos casos?

En principio hay que tener en cuenta siempre que en materia de derechos humanos rige el principio de progresividad y no regresividad, como así también el principio pro persona. Estos principios implican como consecuencia jurídica lógica que, dictada una ley nacional que confiere un derecho en forma amplia, las legislaciones provinciales sólo pueden reconocer lo mismo o más derechos a la persona, pero nunca restringirlos. Y, además, también implica que ante la existencia de conflicto de leyes se debe optar por aquella que confiera más derechos a la persona en los términos más amplios.

2.- La atención de las adolescentes

En principio debemos recordar que en la materia rigen las disposiciones de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente. Estas disposiciones se aplican a toda persona entre los 0 y los 18 años de edad.

A su vez, debemos recordar que en la materia rige lo establecido por la ley 26.601 de protección integral de niños, niñas y adolescentes.

Si bien esta ley repite en líneas generales los derechos contenidos en la Convención, es interesante resaltar que procedió a definir el denominado “interés superior del niño” sosteniendo que se trata de “la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad...”, para aclarar también que “cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de todos los niños, frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros” (es decir lo requerido o necesitado por el niño, niña o adolescente).

Para resumir las disposiciones aplicables, señalaremos los artículos de la Convención por los cuales se sostiene que ante un adolescente que solicite información sobre salud sexual y reproductiva, como así también acceso al testeo e información sobre resultados y tratamiento, debemos prestar dicho servicio. Estos son:

- Art. 3: interés superior del niño/a.
- Art. 12: derecho a expresar su opinión libremente.
- Art. 17: acceder a la información.
- Art. 24: derecho a la salud y al disfrute del más alto nivel posible de atención médica y tratamiento. Este artículo a su vez compromete a los Estados Nacionales a abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. Entre ellas podemos destacar la pretensión de hacer primar la opinión de padres, madres o tutores por sobre las necesidades de salud de los niños.

3.- Acceso a medicamentos, insumos y atención

En los sucesivos encuentros mantenidos en el país ha surgido recurrentemente la inquietud por parte de muchos profesionales acerca de qué hacer cuando las obras sociales se niegan a prestar la atención adecuada.

Ante esto, podemos señalar en principio que de acuerdo a lo analizado en los puntos anteriores es obligación de las obras sociales y medicinas prepagas prestar todos los servicios y atenciones aquí resumidos.

¿Qué puede hacer el profesional de la salud ante una consulta vinculada con esta problemática?

Pues, en principio, recordar que es su obligación informar acerca del derecho que asiste a la persona. En segundo término, tener muy presente que para efectuar el reclamo será necesario un resumen de historia clínica en el cual conste qué se solicita y por qué, para la adecuada atención de la persona, y cuáles son los riesgos para su salud y/o vida, en caso de negársele dicha atención.

De este modo, la persona ya tendrá en su poder la herramienta fundamental para iniciar el reclamo administrativo pertinente, que debe ser siempre presentado por escrito y por duplicado, para conservar una copia firmada.

Con dicha copia sería importante que la persona tenga acceso a la Superintendencia de Servicios de Salud y al Defensor del Pueblo (organismo encargado de defender y supervisar el cumplimiento de los derechos humanos contenidos en nuestra constitución).

Bibliografía

- **Constitución Nacional**, art. 75 inc. 22.
- **Declaración Universal de Derechos Humanos**, art. 25.
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, art. 12.
- **Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre**, art. 16.
- **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)**.
- **Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente**, art. 23 incisos 3 y 4, 24, 25, 26, 27, 32 y 39.
- **Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, artículos 10 h), 11.1 e) y f), 11.2, 12, 14 b) y c), y 16 e).
- **Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial**, art. 5 e.iv).
- **Ley 23.592**: Penalización de actos discriminatorios.
- **Ley 23.798**: Ley Nacional de SIDA, decreto reglamentario 1244/91.
- **Ley 24.455**: (1995) Ley obras sociales. Prestaciones obligatorias. Incorporación.
- **Ley 24.754**: Medicina prepaga. Prestaciones obligatorias.
- **Ley 25.543**: Obligación de ofrecer el test diagnóstico a toda mujer embarazada.
- **Ley 25.673**: “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

- **Ley 26.130:** Contracepción quirúrgica.
- **Ley 26.601:** Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.
- **25 Preguntas y respuestas sobre Salud y Derechos Humanos.** OMS, 2002.
- **Salud y Derechos Humanos. Material para el taller de Fortalecimiento Institucional.** UBATEC. Fabio Núñez, 2007.
- **Vigencia de la ley de anticoncepción quirúrgica.** Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(005411) 4379-9017
dir-sida-ets@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/sida