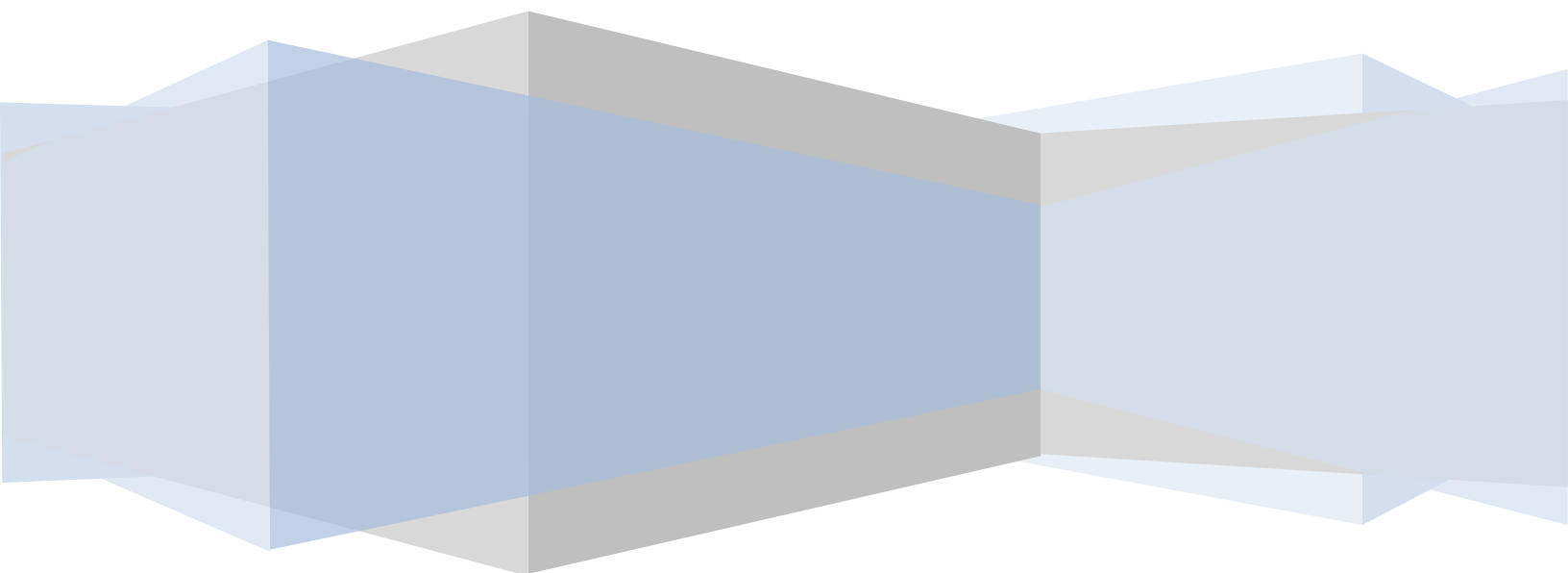


Prevención de la TV del VIH/SIDA en la provincia de Neuquén

*



Prevención de la Transmisión Vertical Del VIH/SIDA en la Provincia del Neuquén

Introducción:

La epidemiología de la infección por el VIH y sus consecuencias es un punto de especial interés para la salud pública mundial.

Desde la notificación de los primeros casos de infección por este virus se ha reconocido a la transmisión madre-hijo (tv: transmisión vertical) como una de las vías de adquisición de la infección más importante; ya que más del 90% de los niños del mundo que viven con VIH/SIDA lo han adquirido de ésta forma.

La transmisión perinatal del VIH representa el 5 % del total de casos de SIDA notificados en el país. La tasa de TV, sin ninguna intervención, es del 15-25%, según las series. Esta infección puede transmitirse durante el embarazo 35-45%, durante el parto (en el 55-65%) de los casos, y durante la lactancia, lo que determina un riesgo adicional para el neonato de un 13-28 %.

La transmisión durante el primer trimestre del embarazo es excepcional lo que explicaría la ausencia de embriopatías.

El riesgo de transmisión perinatal se correlaciona directamente con la magnitud de la carga viral materna, sin embargo, no hay un nivel de carga viral por debajo del cual se garantice la ausencia de transmisión.

Existen otros factores de riesgo asociado como: la situación clínica e inmunológica (Recuento de CD4) de la gestante, la presencia de ITS (infecciones de transmisión sexual), patología de membranas ovulares (corioamnionitis, RPM), maniobras invasivas durante el embarazo o el parto, tabaco y drogas endovenosas y manipulación invasiva del neonato.

Es posible una reducción a un nivel inferior al 2 % de la TV mediante la implementación de una serie de intervenciones preventivas oportunas e interdisciplinarias del equipo de salud.

Los **objetivos** de la implementación de las medidas de prevención de la TV del VIH son:

- Reducir a niveles inferiores al 2% la misma a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado y oportuno.
- Prevenir embarazos no deseados en mujeres viviendo con VIH/SIDA promocionando la procreación responsable.

-Asegurar la atención integral y multidisciplinaria de la embarazada VIH/SIDA y del recién nacido expuesto, a partir de las evidencias científicas disponibles y actualizadas (medicación, vía de parto, lactancia).

Se han planteado como **metas**:

1ª Realizar la determinación del VIH al 100% de las embarazadas bajo control en el sector público de Salud, antes de la semana 28.

2ª Extender el ofrecimiento a su/s pareja/s sexuales en algún momento del control de embarazo, parto o lactancia.

1-Oportunidad:

a- La serología para VIH debe ser ofrecida a toda gestante en la primera consulta de control de embarazo en forma voluntaria, informada y confidencial (ley 25.543). De ser negativa se realizará una nueva serología en el 3º trimestre (idealmente en el último mes junto con el pedido de actualización de la VDRL).

Se extenderá la oferta de serología a la pareja sexual en algún momento durante el embarazo, parto o lactancia de manera de detectar posibles seroconversiones.

b- En el caso de presencia de conductas de riesgo en la embarazada se justifica el aumento del número de controles durante el embarazo y el ofrecimiento de serología a la pareja sexual lo antes posible y en el último mes.

c- Para el caso de embarazadas sin control prenatal previo que se hallan de término y/o que ingresen en trabajo de parto se realizará un test rápido de VIH que será suficiente y necesario para decisiones terapéuticas de emergencia, considerando que la iniciación de profilaxis durante el parto y en el RN reduce significativamente la posibilidad de transmisión vertical de VIH.

2- Asesoría pre-test:

Será realizada por un integrante del equipo de salud con los contenidos necesarios para que la paciente comprenda los alcances de esta enfermedad, su prevención y las implicancias de los resultados posibles que surgieran de la realización del test.

3- Consentimiento informado:

La gestante debe dar su autorización para la realización de la serología para VIH mediante la firma de un consentimiento escrito donde figure su código identificador y DNI (ley 23.798, decreto 1244/91).

El código se forma de la siguiente manera: primero figura el sexo (F o M).

Luego las dos primeras letras del primer nombre seguidas de las dos primeras letras del primer apellido. A continuación la fecha de nacimiento con el año completo y la letra E si está embarazada.

Ejemplo: a la embarazada María Cecilia Pérez, nacida el 10-08-1987, le corresponde el código F MAPE 10081987 E.

La convención internacional de los derechos del niño legitima la participación en el Consentimiento informado de las gestantes entre 14 y 21 años.

En el caso de gestantes menores de 14 años, el consentimiento debe ser firmado por el responsable legal (uno de los padres, tutor o encargado).

Si la embarazada se niega a su realización, se dejará constancia por escrito y se intentará persuadirla, reiterando en las sucesivas consultas la importancia de conocer su estado serológico frente al VIH.

4- Diagnóstico de la Infección por VIH:

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en suero o plasma humano o sangre entera. En la actualidad, en nuestro país la Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (DS y ETS) distribuye a las jurisdicciones reactivos basados en las siguientes técnicas para la detección inicial o el tamizaje: ELISA de 4ª generación (que incluye la detección del antígeno p24), aglutinación de partículas y test rápidos de 3ª generación. El algoritmo convencional sugiere que las muestras repetidamente reactivas sean estudiadas por una prueba suplementaria que es el Western Blot (WB) o inmunoensayo en línea (LIA). La prueba de WB posee amplio consenso de utilización y criterios establecidos por el CDC/ASTPHL para su interpretación. No obstante es una prueba costosa y en muchos laboratorios, debido al bajo número de muestras positivas, su realización debe demorarse. También un número pequeño de casos resultan indeterminados. Los nuevos algoritmos **intentan reemplazar el uso del WB/LIA como primera opción de método suplementario o confirmatorio**, para limitarlo a un número menor de muestras. La combinación de dos ensayos de tamizaje aumenta el valor predictivo en un 99,6%, eliminando el uso del WB en un 98,9% de los casos. La incorporación de carga viral de VIH (o detección de ácidos nucleicos) como opción confirmatoria resuelve entre el 93-97% de las muestras EIA reactivas/WB positivas. Nuestra metodología para confirmar es la carga viral.

En las embarazadas que llegan al parto sin control serológico durante el 3º trimestre para el VIH se realizará un Test Rápido que se aceptará como único test diagnóstico para tomar decisiones terapéuticas de “emergencia” como son la iniciación de profilaxis con antirretrovirales durante el parto, elección de la vía de parto (cesárea), suspensión de la lactancia y profilaxis al recién nacido.

Los resultados de los Test Rápidos (tanto reactivos como no reactivos) deben confirmarse luego con un método de tamizaje (Elisa de 3ª o 4ª generación, AP o Meia).

En todos los casos es “responsabilidad” del profesional solicitante documentar los test realizados en la cartilla prenatal, lo que evitará confusiones posteriores y malgasto de recursos.

Algoritmo diagnóstico por Carga Viral



5- Entrega de resultados:

El laboratorio devolverá el resultado, identificado con el código de la paciente, al profesional solicitante, en caso de ser Reactivos o Indeterminados.

Los resultados No reactivos serán entregados al paciente adjuntándose un recordatorio de las medidas de prevención, a modo de asesoría post test.

Esta última recomendación puede ser adaptada localmente acorde al funcionamiento que se considere más apropiado.

6 – Diagnóstico del RN

El diagnóstico virológico en el recién nacido expuesto debe iniciarse lo más temprano posible, realizando el primer estudio entre las 48-72 horas del nacimiento, antes del egreso de la maternidad, para evitar oportunidades perdidas de diagnóstico. Posteriormente a los 14-21 días de vida, a las 6-8 semanas de vida (2 semanas después de finalizada la profilaxis neonatal) y 12 semanas de vida. Un niño se considera infectado cuando tiene dos pruebas virológicas positivas en dos muestras de sangre distintas, independientemente de su edad. Vale aclarar que el diagnóstico debe realizarse lo antes posible para inicio precoz de tratamiento.

