



Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud. DPES
Área de Salud Sexual y Reproductiva
Programa Nacional ITS-VIH/Sida

GUÍA CLÍNICA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA Y TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

URUGUAY 2013



unicef

ONUSIDA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades

Sra. Ministra
Dra. Susana Muñiz

Sub Secretario
Dr. Leonel Briozzo

Dirección General de la Salud
Dra. Marlene Sica

Departamento de Programación Estratégica en Salud
Dra. Ana Noble

Área Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Leticia Rieppi

INDICE

Prologo	5
Introducción	7
Objetivo de la guía	7
Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita	8
Sífilis en el embarazo	9
Características clínicas	9
Diagnóstico de sífilis en el embarazo	9
Algoritmo diagnóstico en la mujer embarazada y su pareja	10
Consideraciones de las pruebas diagnosticas	12
Tratamiento de la Sífilis en el embarazo	14
Sífilis Congénita	17
Algoritmo diagnóstico en el recién nacido	20
Vigilancia epidemiológica	21
Certificado de nacido vivo electrónico	25
Guía clínica para la eliminación de la transmisión vertical del VIH	27
VIH en el embarazo	28
Diagnóstico de VIH en el embarazo	28
Algoritmo diagnóstico de VIH en servicios de salud	33
Consideraciones de las pruebas diagnósticas	35
Monitoreo paraclínico en mujer embarazada con VIH	36
Vacunas en el embarazo y puerperio	38
Tratamiento antirretroviral en el embarazo	40
Escenarios para el TARV en mujeres embarazadas	44
Vía de finalización del embarazo en mujeres con VIH	46
Orientación anticonceptiva en la mujer VIH positiva	
Recién nacido hijo de madre con VIH	49
Puntos clave en el diagnóstico de VIH	51
Vigilancia Epidemiológica	54
Sistema Informatico perinatal	55
Certificado de nacido vivo electrónico	57
 Marco normativo en relación a Sífilis y VIH en el embarazo	 59

PRÓLOGO

En el año 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) – entre ellos Uruguay - aprobaron la Estrategia y Plan de Acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y sífilis congénita (SC). Los objetivos de la estrategia son: 1) reducción de la incidencia de sífilis congénita a 0.5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos; 2) reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH a 2% o menos; 3) disminución de la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH a 0.3 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.

Desde el año 2010, el MSP ha implementado varias estrategias complementarias y sinérgicas para contribuir al logro de estos objetivos: “Plan de Impacto para disminuir la transmisión vertical de sífilis, 2010-2015”; Ordenanza Ministerial 447 (2012) y 367 (2013) que integra acciones del plan de eliminación de SC y transmisión vertical del VIH, incluyendo la obligatoriedad de realizar auditorías a todos los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de sífilis y/o VIH; “Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis en el embarazo y sífilis congénita, 2012”; “Actualización de Guías de VIH, incluyendo Diagnóstico y Tratamiento en mujeres embarazadas y recién nacidos, 2013”. En este contexto se han realizado múltiples instancias de capacitación a equipos de salud del Primer Nivel de Atención y de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de todo el país con énfasis en diagnóstico temprano en mujeres embarazadas, tratamiento y referencia oportuna, captación de las parejas. Se han mejorado las herramientas de monitoreo: adopción de la última versión del SIP; incorporación de la variable prueba de VIH y su resultado en la mujer embarazada en el Certificado de Recién Nacido Vivo electrónico (permitiendo obtener datos



de niños expuestos); cambios en la notificación epidemiológica de sífilis congénita y VIH en el niño.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer, especialmente para que las acciones en salud alcancen a las poblaciones más vulnerables, excluidas socialmente, y donde ambas infecciones impactan de manera desproporcionada. Es en este punto que las estrategias integradas intersectoriales que permitan abordar los determinantes de salud se constituyen en las claves para alcanzar los objetivos de “Eliminación” en nuestro país. La articulación implementada con otros programas de impacto social - entre otros Uruguay Crece Contigo - el abordaje integrado en el primer nivel de atención y en los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva, brindando capacidades diagnósticas y resolutorias, se espera que contribuyan a reducir las brechas que atentan contra la equidad en el acceso a la salud y aseguren una atención de calidad y eficiente. Asimismo, reconocemos la asistencia constante por parte de UNICEF, UNFPA y ONUSIDA, para el desarrollo de múltiples acciones que han sumado significativamente a esta necesaria respuesta conjunta a la transmisión materno infantil de la sífilis y VIH.

El Ministerio de Salud Pública, ha definido como una prioridad en este quinquenio el fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva y como una de sus líneas estratégicas de acción, la lucha para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión perinatal del VIH. Esta guía clínica se inscribe en esta política y tiene como objetivo brindar herramientas prácticas para los equipos de salud que fortalezcan y respalden su accionar de manera efectiva y oportuna ante la sífilis y VIH en mujeres embarazadas que redundará en la eliminación de la transmisión vertical.

Dr. Leonel Briozzo

Subsecretario de Salud Pública



INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de adquisición perinatal son infecciones prevenibles siempre y cuando se cumplan determinadas condiciones: captación precoz de la mujer embarazada, número de controles suficientes y de calidad durante el embarazo, pruebas diagnósticas realizadas durante la gestación según lo establecido y fundamentalmente en el primer control del embarazo, tratamiento inmediato frente a la primera prueba reactiva de sífilis y/o VIH, captación eficiente de la pareja sexual y promoción activa y enfática del uso del preservativo durante el embarazo (y la lactancia para prevención del VIH).

Sí bien ambas entidades tienen diferencias clínicas y evolutivas bien destacadas, las acciones para la prevención de la transmisión vertical son similares lo que hace que el abordaje integrado sea una estrategia necesaria y efectiva para lograr los objetivos de Eliminación.

OBJETIVO DE LA GUÍA

El objetivo general de esta guía es proveer protocolos de actuación basados en evidencias científicas y contextualizados en la realidad epidemiológica de la sífilis y la infección por el VIH en nuestro país para lograr la reducción de las tasas de incidencia de sífilis congénita (SC) y transmisión vertical (TV) del VIH.

Los destinatarios de esta guía son los equipos de atención de todos los niveles de atención, pero especialmente los responsables de la atención en el primer nivel, dado que tienen un rol principal en la captación, resolución y referencia oportunas de las mujeres gestantes afectadas y en la captación de sus parejas sexuales para la prevención de la SC y la TV del VIH.



GUÍA CLÍNICA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

EQUIPO TÉCNICO

- **Programa Nacional ITS-VIH/Sida. MSP**
Dras. Susana Cabrera, Ana Visconti
- **Programa de Salud Integral de la Mujer. MSP**
Dr. Rafael Aguirre
- **Programa de Salud de la Niñez. MSP**
Dr. Gustavo Giachetto; Dra. Yelenna Ramírez
- **Cátedra de Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR**
Dr. Daniel Borbonet, Dr. Mario Moraes
- **Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. UDELAR**
Dra. Zaida Arteta
- **Departamento de Laboratorio Clínico. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR**
Dra. Raquel Ballesté
- **Unidad de Información en Salud. MSP**
Dra. Giselle Tomasso
- **Departamento de Vigilancia en Salud. MSP**
Lic. Mónica Castro



SÍFILIS EN EL EMBARAZO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En base a las características clínicas, pueden reconocerse varias etapas que se superponen.

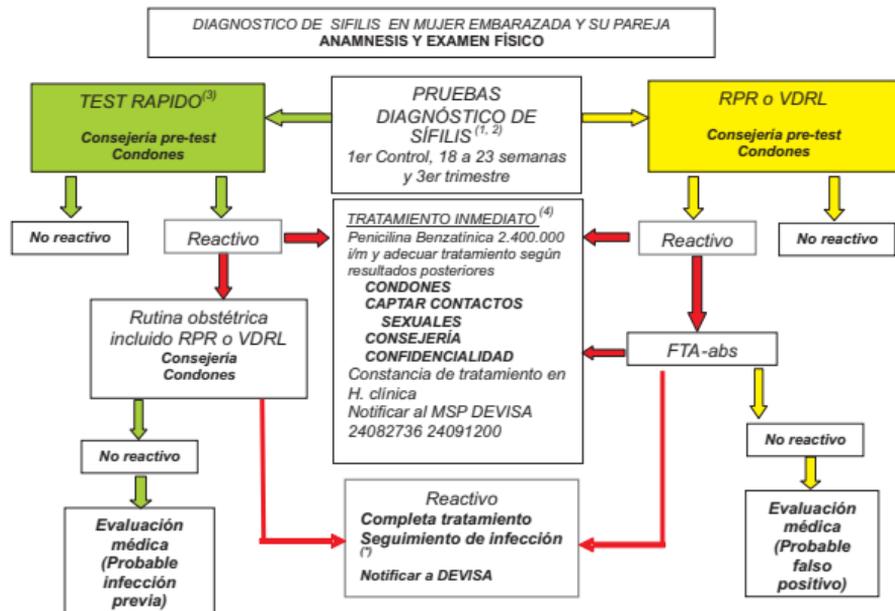
Etapa	Características	Comentarios
PRIMARIA	Úlcera indolora de bordes sobreelevados y fondo limpio e indurado (chancro): genitales, cuello uterino, boca, periné, canal anal, etc. Con adenopatías satélites, móviles, múltiples, indoloras. Resolución espontánea en 3 a semanas	La serología puede ser negativa en esta etapa.
SECUNDARIA	Lesiones cutáneas y mucosas que evolucionan con recurrencias en el primer año de infección: máculas evanescentes, pápulas, nódulos, alopecia, condilomas planos. También pueden presentarse: adenomegalias generalizadas, síntomas generales (fiebre, mialgias, artralgias). Raramente: hepatitis, meningitis a líquido claro, glomerulonefritis, conjuntivitis. Resolución espontánea aún sin tratamiento.	Cualquier lesión cutánea debe hacer descartar sífilis mediante serología
LATENTE	Fase asintomática de la sífilis, con persistencia de la infección.	El diagnóstico se realiza por métodos serológicos.
TERCIARIA	Puede aparecer hasta décadas después de la infección, pudiendo evolucionar a esta etapa entre 25% y 40% de los no tratados. Las afectaciones más frecuentes son: cardiovascular, neurológica y ósea.	El diagnóstico requiere de serología más otros métodos complementarios.

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN EL EMBARAZO

Se debe ofrecer prueba diagnóstica de sífilis a la embarazada en el primer control, entre las 18 y 23 semanas y en el tercer trimestre, antes de la semana 32 de gestación (Ordenanza ministerial 427/12).



ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y SU PAREJA



¹⁾Seguimiento RPR o VDRL (misma técnica a la inicial)
Repetir cada 2 meses

a) no descenso: Observación
b) aumento: Reinfeción

Reinfeción:
Tratamiento según normas del MSP

Estudio de Contactos Sexuales
Anamnesis y examen físico

- Consejería
- Test rápido de sífilis o RPR (o VDRL) y VIH
- Tratamiento inmediato según normas MSP
- Condones
- Notificar

**MUJER EMBARAZADA con alergia conocida a penicilina referir a 2do nivel:
DESENSIBILIZAR Y TRATAR**
(ver norma)

Nota: la reacción anafiláctica a la penicilina es muy rara
En caso de reacción anafiláctica
ADRENALINA 0.5 mL i/m (1:1000)

- 1) Siempre realizar pruebas diagnósticas de VIH, según normas de MSP
- 2) Cualquier resultado y tratamiento realizado debe constar en historia clínica e historia perinatal
- 3) Primer control; atención primaria; embarazo no controlado
- 4) Sífilis primaria o secundaria: penicilina benzatínica 2.4 millones i/m 1 o 2 dosis separadas 1 semana; sífilis latente o de duración indeterminada: penicilina benzatínica 2.4 millones i/m, 3 dosis, separadas 1 semana.

Dado la situación epidemiológica de nuestro país, que justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento, las pruebas rápidas de sífilis están indicadas en:



-
- toda mujer embarazada que inicia su control en el PNA o en aquellas instituciones catalogadas como prestadores con mal control obstétrico
 - ante un embarazo no controlado.
 - en toda embarazada en la que es necesario conocer su estado serológico con rapidez
 - para conocer el estado serológico de los contactos sexuales de un usuario con sífilis
 - en poblaciones de difícil captación por el sistema de salud que consulta por sospecha de ITS.

En estos casos las pruebas reactivas son suficientes para la indicación de tratamiento sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación.



CONSIDERACIONES DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico por métodos indirectos o serológicos

El diagnóstico de sífilis puede realizarse utilizando dos tipos de test serológicos: no treponémicos y treponémicos. Estos métodos tienen una significación diferente y aporta información complementaria que contribuye al diagnóstico.

Pruebas no treponémicas : RPR (<i>Rapid Plasma Reagin</i>) y el VDRL (<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>).	Pruebas serológicas treponémicas : FTA-abs (<i>Fluorescent Treponemal Antibody absorption test</i>), TPHA (<i>Treponema Pallidum Haemagglutination Assay</i>), pruebas rápidas.
<ul style="list-style-type: none">• Evalúan anticuerpos no treponémicos, útiles para el diagnóstico de infección en curso.• Ambos test tienen similar validez, aunque los resultados cuantitativos de ambas técnicas no son comparables. El resultado de un RPR se puede obtener en unos 10–12 min (lo mismo o menos de lo que demora en leerse un test rápido), sin embargo requiere de un laboratorio para su realización. El resultado de un VDRL demora unos 30 minutos, mínimo.• Se hacen reactivos a las 4-8 semanas de la infección, por eso en las etapas precoces de la infección primaria estas pruebas no son reactivas.• El resultado de los test no treponémicos siempre deben ser reportados cuantitativamente:<ul style="list-style-type: none">• Títulos de ≥ 8 UI: infección activa, aunque títulos menores no la descartan, especialmente en sus etapas tardías.• Títulos de ≤ 4 UI: personas tratadas por sífilis o falsos positivos.• Cuando se realiza RPR o VDRL cuantitativo, los títulos de anticuerpos se correlacionan con la actividad de la infección. Un cambio en 2 diluciones (por ej. de 1:8 a 1:32), es necesario para considerarlo un cambio clínicamente significativo (siempre comparando el mismo test serológico).• Habitualmente se negativizan después del tratamiento, aunque en algunos pacientes pueden persistir positivas de por vida	<ul style="list-style-type: none">• Detectan anticuerpos circulantes anti <i>T. pallidum</i>, por lo que son técnicas con elevada especificidad (95-98%).• En los últimos años, han surgido otras pruebas treponémicas como los son los ensayos inmunoenzimáticos y los ensayos inmunocromatográficos (estos últimos conocidos como "Pruebas Rápidas").• Las pruebas treponémicas son muy específicas, los resultados falsos positivos son raros, pero su reactividad persiste durante toda la vida del paciente.• Como los niveles de anticuerpos detectados con las pruebas treponémicas no se correlacionan con la actividad de la infección, se informan en forma cualitativa ("reactivo" o "no reactivo"). Carecen de utilidad para controlar la respuesta al tratamiento porque nunca se negativizan.• Las pruebas treponémicas siempre deben realizarse frente a la presencia de un VDRL/RPR reactivo, independientemente del título de éstas. Las pruebas treponémicas permiten detectar los anticuerpos específicos anti <i>T. pallidum</i> y por tanto confirmar que se trata de una sífilis.• Los ensayos inmunocromatográficos (Pruebas Rápidas), utilizan antígenos treponémicos y detectan anticuerpos circulantes específicos anti <i>T. pallidum</i>. NO se negativizan luego del tratamiento persistiendo positivas por el resto de la vida del paciente, por lo que no permiten diferenciar entre infección actual e infección pasada.

Tabla 1. Resultados e interpretación de las pruebas serológicas para sífilis.

Resultado		Interpretación
NT	T	
(-)	(-)	Ausencia de infección. Si la exposición es menor a 2 semanas se recomienda repetir la prueba
(+)	(+)	Infección activa, en especial con títulos altos (>1/8) de la prueba NT. A títulos bajos puede deberse a una sífilis antigua tratada
(-)	(+)	En general, se trata de una sífilis antigua tratada. Excepcionalmente puede ser un falso (+) de la prueba treponémica
(+)	(-)	Se recomienda repetir utilizando otro método de prueba treponémica. Si continúa siendo negativa se trata de un resultado falso positivo de la prueba NT y ausencia de infección, especialmente con títulos bajos.

Aclaraciones. NT: no treponémica (RPR o VDRL); T: treponémica (FTAabs, TPHA, prueba rápida).

Puntos clave en el diagnóstico de sífilis

- Los test no treponémicos (RPR o VDRL) se utilizan en el tamizaje de sífilis y su determinación debe ser cuantitativa
- El seguimiento y respuesta al tratamiento se realiza con los test no treponémicos y siempre debe utilizarse el mismo
- Todo test no treponémico “REACTIVO” debe ser seguido de un test treponémico (FTAabs), dado que éste confirma la infección
- El test treponémico permanece, reactivo de por vida en toda persona que haya tenido sífilis (independientemente si fue o no tratada), por lo que no son útiles para el seguimiento
- La prueba rápida de sífilis es treponémica, por lo que un resultado reactivo siempre debe ser seguido de una prueba no treponémica (RPR o VDRL), para confirmar o descartar, una sífilis actual o pasada, respectivamente.
- Las pruebas rápidas de sífilis están indicadas en poblaciones de difícil captación y en embarazos no controlados, en la consulta de la embarazada (por cualquier causa) que desconoce su estado serológico y en aquellas gestantes que pertenecen a poblaciones con condiciones de vulnerabilidad que hagan sospechar dificultades en el control (usuarias de drogas, escasa comprensión de la importancia de los controles obstétricos, poblaciones marginadas por condiciones socio-económico-culturales, etc). En estas circunstancias está indicado el tratamiento inmediato



TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN EL EMBARAZO

El tratamiento de la sífilis durante el embarazo no varía sustancialmente de la sífilis en el adulto, aunque se deben realizar algunas consideraciones especiales.

- En el embarazo se debe indicar tratamiento inmediato con un test de tamizaje positivo (RPR, VDRL o test rápido)
- El tratamiento de la sífilis en el embarazo siempre debe realizarse con penicilina, dado que es el único antibiótico efectivo para prevenir la SC
- En caso de alergia a penicilina debe realizarse la desensibilización
- Las mujeres tratadas para sífilis durante la segunda mitad del embarazo, tienen mayor riesgo de reacción de Jarisch-Herxheimer, la que puede precipitar trabajo de parto prematuro¹
- Se debe estudiar a los contactos sexuales y tratar a los positivos (la reinfección cuando la pareja no es tratada, es uno de los principales determinantes de SC)

Tabla 2. Tratamiento de la sífilis en el embarazo.

Etapa de la sífilis	Tratamiento
Primaria, secundaria, latente temprana	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades i/m, 1 ó 2 dosis con un intervalo de 1 por semana
Latente tardía o de duración desconocida	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades i/m, 3 dosis, 1 por semana
Terciaria	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades i/m, 3 dosis, 1 por semana (neurosifilis: Penicilina cristalina G acuosa 18-24 millones de unidades por día, dividida c/4hs o en infusión continua, 10 a 14 días)

El seguimiento debe realizarse cada 2-3 meses con la misma prueba serológica no treponémica utilizada en el diagnóstico inicial (RPR o VDRL), sabiendo que el descenso de los títulos en el embarazo puede ser más lento.

Se recomienda que:

- ante un aumento de los títulos, se sospeche reinfección y se indique un retratamiento, con énfasis en el tratamiento de los contactos sexuales y uso de preservativos
- sí a los 6 meses no hubo un descenso de al menos 4 veces, realizar retratamiento. Sí bien esto puede corresponder a una respuesta normal es imprescindible considerar la posibilidad de falla al tratamiento inicial.



Sí el diagnóstico de sífilis se realiza en el tercer trimestre del embarazo, donde el tratamiento guiado por el seguimiento serológico resulta dificultoso o se trata de una embarazada con mayor probabilidad de reinfección (relaciones sexuales sin preservativos, no captación de la pareja o no hay certeza de su tratamiento) se recomienda considerar el tratamiento mensual con penicilina benzatínica hasta el parto, a efectos de evitar la transmisión.

Tratamiento en la mujer alérgica a la penicilina:

La alergia grave a la penicilina es infrecuente. Sin embargo sí la paciente refiere este antecedente, se recomienda su traslado a un segundo nivel de atención para desensibilización.

Tabla 3. Pauta de desensibilización oral.

Penicilina V (*)	Cantidad (**) (UI/mL)	mL	UI	Dosis acumulada (UI)
1	1.000	0.1	100	100
2	1.000	0.2	200	300
3	1.000	0.4	400	700
4	1.000	0.8	800	1.500
5	1.000	1.6	1.600	3.100
6	1.000	3.2	3.200	6.300
7	1.000	6.4	6.400	12.700
8	10.000	1.2	12.000	24.700
9	10.000	2.4	24.000	48.700
10	10.000	4.8	48.000	96.700
11	80.000	1.0	80.000	176.700
12	80.000	2.0	160.000	336.700
13	80.000	4.0	320.000	656.700
14	80.000	8.0	640.000	1.296.700

(*) Intervalo entre las dosis de 15 minutos.

(**) La cantidad de penicilina se diluye en 30ml de agua para su administración oral.



El o los contactos sexuales alérgicos a la penicilina pueden ser tratados con regímenes alternativos.

Tabla 4. Regímenes alternativos para tratamiento de la sífilis en contactos sexuales de embarazadas.

Etapa de la sífilis	Tratamiento
Primaria, secundaria	Doxiciclina 100mg c/12hs, v/o, por 14 días Ceftriaxona 1g/día, i/m o i/v, por 10 a 14 días
Latente tardía o de duración desconocida	Doxiciclina 100mg c/12hs, v/o, por 28 días



SÍFILIS CONGÉNITA.

La infección del recién nacido (RN) puede ser asintomática o sintomática, considerándose 2 formas: precoz y tardía. Esta se revela después de los 2 años, lo más a menudo, si no hubo tratamiento neonatal.

El 60% al 78% de los niños con sífilis congénita temprana son asintomáticos al nacer de los cuales 2/3 presentarán síntomas entre las 3 y las 8 semanas de vida. La sífilis congénita en los dos primeros años de vida se manifiesta por hepatoesplenomegalia, anemia, ictericia, rash cutáneo, rinorrea persistente y pseudo parálisis. Luego de los 2 años de edad es una causa importante de déficit neurológico, falla de crecimiento, alteraciones neuromusculares.

La sífilis congénita precoz: asocia lesiones cutáneo mucosas y periorificiales ricas en *T. pallidum*: máculo-papulosas, bullosas (pénfigo palmoplantar), rinitis bilateral con dificultad respiratoria, secreción serosa o seropurulenta y a menudo sanguinolenta; hepatoesplenomegalia, poliadenopatías, ictericia, meningitis, trombocitopenia, periostitis y osteocondritis de los huesos largos que origina la pseudoparálisis de Parrot, a veces síndrome nefrótico y lesiones de coriorretinitis.

La sífilis congénita tardía: asocia lesiones óseas: periostitis de huesos frontal y parietales, maxilares superiores cortos, paladar ojival, hidrartrosis sobre todo de rodilla, deformaciones de tibia en sable, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, lesiones cutáneomucosas: sifilides máculo-papulosas, lesiones fisurarias de las comisuras bucal y del ano; queratitis intersticial, hepatoesplenomegalia, sordera por compromiso del VIII par, retraso mental, etc.



Diagnóstico

El diagnóstico de sífilis congénita es dificultoso por la transferencia transplacentaria de anticuerpos de tipo IgG de la madre al feto.

El diagnóstico de sífilis congénita es difícil de confirmar, no disponiéndose en la actualidad de un método rápido, sensible y específico que asegure el diagnóstico, especialmente en aquellos que nacen asintomáticos.

La identificación de los recién nacidos con riesgo de sífilis connatal se basa en la serología materna.

A todos los recién nacidos hijos de una madre con serología positiva se les debe realizar VDRL o RPR en sangre periférica.

EL VDRL/RPR de cordón umbilical presenta baja sensibilidad y alta frecuencia de falsos negativos y falsos positivos, por lo que no debe realizarse diagnóstico de lúes connatal basándose en su análisis.

En los recién nacidos tratados en forma adecuada los títulos deberían descender a los 3 meses de edad y ser no reactivos a los 6 meses, tanto si estaban infectados como si no lo estaban.

En nuestro país se adopta la definición de caso de sífilis congénita la recomendada por OPS-OMS:

- Recién nacido, óbito fetal o aborto espontáneo de una mujer con sífilis en el embarazo que no ha recibido un tratamiento apropiado; o,
- RN con títulos de VDRL o RPR que cuadruplica los títulos de la madre; o,

-RN con manifestaciones clínicas sugerentes de sífilis congénita y serología positiva independientemente de los títulos; o,

-Producto de gestación o placenta con evidencia de infección por *T. pallidum* en estudios histológicos.



Evaluación y tratamiento del niño expuesto a sífilis en el embarazo

Por lo que la decisión de tratamiento del niño se basa en: 1) identificación de la sífilis en la madre; 2) adecuado tratamiento materno; 3) presencia de evidencia clínica, serológica o radiográfica de sífilis en el niño; y, 4) comparación de títulos no treponémicos en la madre (al parto) y en el niño, usando el mismo test y laboratorio.

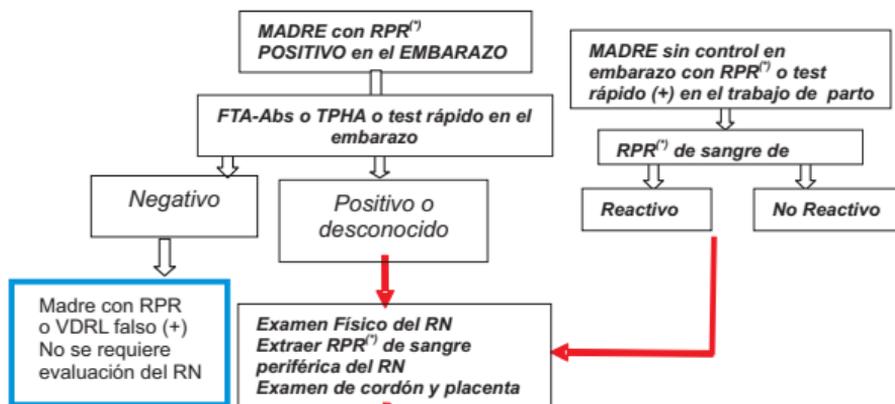
Todos los hijos de mujeres que han presentado una o más pruebas serológicas de sífilis reactivas en el embarazo, deben ser estudiados para determinar si presentan evidencias de la enfermedad. Se recomienda realizar:

- Estudio anatomopatológico de la placenta
- Pruebas serológicas en sangre (en nuestro país se realiza en forma sistemática como tamizaje VDRL o RPR de sangre del cordón, sin embargo para el diagnóstico se requiere que la muestra sea de sangre del recién nacido)
- Examen de VDRL o RPR de sangre periférica del niño
- Sí está disponible, examen de campo oscuro de secreciones y lesiones del niño
- Examen físico completo del niño
- Sí se realiza el diagnóstico de sífilis congénita, se debe realizar punción lumbar para descartar neurosífilis
- Otros estudios se indicarán según la sospecha clínica
- Según los resultados anteriores, se establecen protocolos de actuación definidos por escenarios (según CDC) y modificados de acuerdo a la nuestra realidad epidemiológica.



ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN EL RECIÉN NACIDO

ALGORITMO DE RECIÉN NACIDO DE MADRES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS



Evaluar:

**Se conoce serología materna para sífilis?
Madre correctamente tratada?(1)
Recibió tratamiento la pareja?
RPR(*) materna con títulos en descenso?**

1) Sífilis congénita(2)

RN con ex físico compatible y/o RPR(*) de suero > 4 veces materno y/o campo oscuro positivo

EVALUACION

VDRL en LCR, hemograma, Rx huesos largos. Según clínica otros.

Tratamiento

Penicilina cristalina 10 d.
Neurosifilis: 14 días

Seguimiento

RPR a los 3, 6 y 12 meses. Si: títulos aumentan o no descienden 4 títulos al año, debe retratarse.
VDRL en LCR. Si: títulos no descienden al menos 4 títulos a los 6 meses tratar. Control oftalmológico, auditivo y de neurodesarrollo

2) Probabilidad de sífilis congénita(3)

RN ex físico normal y RPR(*) de suero < 4 veces materno y/o Madre no tratada o tratamiento inadecuado.

EVALUACION

LCR, hemograma, Rx huesos largos.

Tratamiento

Penicilina cristalina 10 d.
Neurosifilis: 14 días

Seguimiento

Si el LCR es (-): RPR en suero a los 3, 6 y 12 meses
Si LCR es (+): idem anterior + VDRL en LCR a los 6 meses

3) Bajo riesgo de sífilis congénita.

RN ex físico normal y RPR(*) de suero < 4 veces títulos materno y Tratamiento materno adecuado y Madre sin evidencia de reinfección o recaída.

SIN EVALUACION.

Tratamiento

No está indicado salvo que:

No se asegura el seguimiento y adherencia: Penicilina benzatínica 50.000 UI I/M.

Seguimiento RPR al mes

4) Muy bajo riesgo de sífilis congénita.

RN ex físico normal y RPR(*) de suero < 4 veces materno y Tratamiento materno adecuado durante el embarazo y títulos maternos bajos antes y durante embarazo y parto: (VDRL < 1/2 o RPR < 1/4).

SIN EVALUACION

SIN TRATAMIENTO

Seguimiento
RPR a los 3 meses

Registro en el SIP y notificación a MSP DEVISA, tel: 24091200;
Fax: 24082736; o al sistema web: www.msp.gub.uy

(*) RPR o VDRL

“Madre correctamente tratada” a) en sífilis primaria, secundaria: penicilina benzatínica 2.400.000 U i/M 1 o 2 dosis, antes de las últimas 4 semanas de gestación; b) sífilis latente o de duración desconocida: penicilina benzatínica 2.400.000 U i/M 3 dosis, antes de las últimas 4

Sífilis congénita. Los exámenes para clínicos serán guiados por la clínica. En el caso de clínica compatible con sífilis o que los títulos de VDRL persistan positivos al año indicar control con fondo de ojo durante el seguimiento. Reiterar PL a los 18 meses. Control oftalmológico, auditivo y de neurodesarrollo.

Existe una alta probabilidad de enfermedad, aunque no se puede asegurar el diagnóstico. Si la paraclínica es normal y se asegura el seguimiento cercano con el estudio de líquido céfalo raquídeo normal puede optarse por realización de penicilina benzatínica.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La sífilis, congénita y en adultos, es un evento de notificación obligatoria. El nuevo decreto de enfermedades y eventos de notificación obligatoria (41/02) de febrero del 2012, establece que ambos eventos deben de notificarse ante la sospecha, dentro del plazo de una semana desde que se toma conocimiento del mismo. El procedimiento de notificación puede realizarse por cualquiera de las vías disponibles que se citan a continuación:

- Teléfono: 24091200. Disponible las 24 horas del día.
- Fax: 24085838
- e-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy
- Online: a través de la página web del Ministerio de Salud Pública: www.msp.gub.uy

El sistema se encuentra en funcionamiento para todas las instituciones y maternidades del país. Las instituciones deben contar con un usuario y contraseña para el uso del sistema. El mismo se solicita directamente al Dpto. de Vigilancia en Salud, por teléfono o e-mail.



El procedimiento para el uso del mismo es el siguiente:

1. Cada maternidad o institución debe tener su usuario
2. Se ingresa al sistema a través de la página web del MSP: www.msp.gub.uy
3. Para notificar acceda a través de “NOTIFIQUE AQUÍ”, como muestra la imagen.



Suscríbase al boletín de MSP
Ingresa tu email aquí

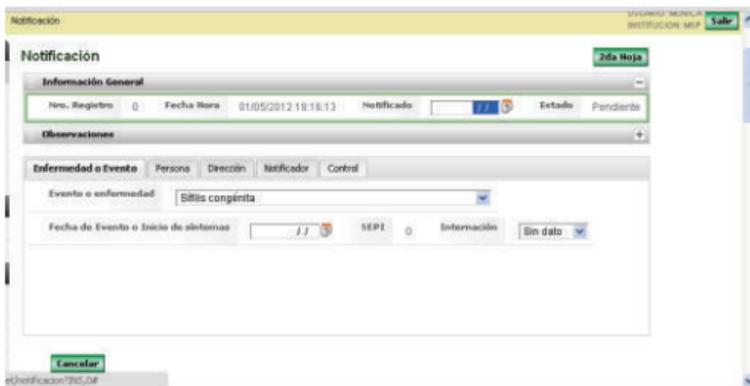
MSP Principal
Epidemiología Principal **Epidemiología** Relaciones Internacionales y Cooperación
Junasa Derechos Economía de la Salud

Notificación Obligatoria de Enfermedades
Reglamento Sanitario Internacional 2005
Manuales y Guías Técnicas
Boletines y Reportes Epidemiológicos
Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
Noticias
Influenza (Gripe)
Vacunas / Inmunizaciones
Laboratorio Salud Pública
Reportes Técnicos Enf. no Transmisibles

Novedades destacadas
VIDEOCONFERENCIA NACIONAL: 10ª SEMANA DE LA VACUNACIÓN DE LAS AMÉRICAS EN URUGUAY
21.09.2011 CAMPAÑA POR UN URUGUAY SIN DENGUE
18.03.2011 INFORME: SISTEMA DE NOTIFICACION DE ESAVI.

Información general
MENINGITIS POR ENTEROVIRUS
CONTACTOS: GUARDIA EPIDEMIOLOGICA
NOTIFIQUE AQUÍ
Enfermedades de Notificación Obligatoria
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
09.01.2012 COBILICACION A LA POBLACION: ACCIDENTES POR OFIDIOS
03.08.2011

4. Una vez ingresado el usuario, el sistema le solicitará datos patronímicos del caso



Notificación

Notificación

Información General

Nro. Registro: 0 Fecha Hora: 01/05/2012 19:16:13 Notificado: Estado: Pendiente

Observaciones SEPI: 0 Internación: Sin dato

5. Y luego los datos específicos para sífilis congénita. Con la información aportada el sistema clasificará la notificación para su posterior seguimiento.

Madre				
Embarazo	Sin Dato			
Último VDRL o RPR cuantitativo	Sin Dato	Titulación 1/	0	
			Fecha	
Diagnostico de Sífilis	Sin Dato			
ASB Tratamiento	Sin Dato	Tratamiento en el último mes	Sin Dato	
Pareja Tratada	Sin Dato			

Niño					
VDRL o RPR Cuantitativo en sangre de cordón	Sin Dato	Titulación 1/	0		
			Fecha		
VDRL o RPR Cuantitativo en sangre periférica	Sin Dato	Titulación 1/	0		
			Fecha		
FTA Abs-IgM	Sin Dato	Fecha			
Punción Lumbal	Sin Dato	Resultado	Sin Dato	Fecha	
Radiografía de Huesos Largos	Sin Dato	Resultado	Sin Dato	Fecha	

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

El Sistema Informático Perinatal, implantado por ley en todas las maternidades del país desde 1986, es un instrumento de gran importancia para la vigilancia centinela de diversos aspectos considerados estratégicos para lograr el control y la eliminación de la Sífilis Congénita: la detección precoz y el tratamiento oportuno de la Sífilis durante el embarazo, el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción del inicio temprano del control prenatal y la disminución de reinfección mediante el tratamiento de las parejas sexuales y la consejería sobre ITS y uso del preservativo.

La última versión de la HCPB-SIP (Historia Clínica Perinatal-Sistema Informático Perinatal) incluye un conjunto de campos relevantes en el apartado del Embarazo Actual: Prueba treponémica y no treponémica, realización de las mismas antes o después de las 20 semanas, semana de realización de las pruebas, resultado



CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ELECTRÓNICO (CNVe)

A partir del año 2013, el CNVe registra los siguientes campos en relación al tema:

1) Estudio sífilis realizado durante el embarazo (VDRL/RPR/test rápido u otro)

- Opciones de respuesta:

Se Desconoce/Si/No

2) Momento de realizado

- Opciones de respuesta:

Se Desconoce/Antes de las 20 semanas/Después de las 20 semanas/Durante Trabajo de Parto

3) Resultado

- Opciones de respuesta:

Se Desconoce/Positivo/Negativo

El Programa Nacional ITS-VIH/Sida del MSP, planifica acciones en función de los datos que mensualmente recupera y analiza procedentes de estos sistemas de información.

Los profesionales de la salud deben ser conscientes que del correcto y completo llenado del CNVe, del SIP y de la correcta notificación de casos, dependerá la calidad de las estadísticas nacionales, que al ser confiables permitirán planificar acciones sanitarias efectivas y oportunas.





GUÍA CLÍNICA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

EQUIPO TÉCNICO

- **Programa Nacional ITS-VIH/Sida. MSP**
Dras. Susana Cabrera, Ana Visconti
- **Comisión de Guías de Tratamiento Antirretroviral:**
Dr. Héctor Chiparelli, Dr. Aníbal Dutra, Dra. Alicia González,
Dra. Mariela Mansilla
- **Programa de Salud Integral de la Mujer. MSP**
Dr. Rafael Aguirre
- **Programa de Salud de la Niñez. MSP**
Dr. Gustavo Giachetto; Dra. Yelenna Ramírez
- Policlínica de VIH Pediatría. CHPR. ASSE
Dr. Jorge Quian, Dra. Stella Gutiérrez, Dra. Silvia Güimil,
Psic. Elena Bernadá.
- **Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. UDELAR**
Dra. Zaida Arteta; Dra. Graciela Pérez Sartori
- **Unidad de Información Nacional en Salud. MSP**
Dra. Giselle Tomasso
- **Departamento de Vigilancia en Salud. MSP**
Lic. Mónica Castro



VIH EN EL EMBARAZO

Las mujeres con VIH tienen derecho a:

- tomar sus decisiones libres de coacción
- una vida sexual segura y satisfactoria y a acceder a todos los servicios de Salud Sexual y Reproductiva existentes en todas las instituciones
- a que no se les realice un prueba diagnóstica sin su consentimiento
- a recibir un trato digno e igualitario por parte del personal de salud, sin que las creencias personales, valores o actitudes constituyan una barrera para una atención oportuna y de calidad

DIAGNÓSTICO de VIH en el EMBARAZO

El VIH puede ser una infección previa en la mujer al momento de la concepción o puede ser diagnosticado durante la gestación. En el año 1997 (Decreto 295/997) se establece la obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba de VIH a toda mujer embarazada previo a su consentimiento informado.



Se debe ofrecer prueba de VIH a toda mujer embarazada:

- *En el primer control del embarazo.*
- *entre las 18 y 23 semanas de gestación.*
- *con las rutinas del 3er trimestre.*

Según Ordenanza N° 447/2012 los prestadores con mal control obstétrico deberán contar con test rápidos de Sífilis y VIH en los servicios de primer nivel y servicios de emergencia.

Indicaciones para el uso de test rápidos en la mujer embarazada:

- En el primer control en aquellas usuarias de difícil captación o seguimiento o en el los casos que no se dispone de laboratorio
- En período de pre-parto, parto y puerperio en mujeres sin antecedentes de control en el último trimestre del embarazo **o** cuando se carece de dicha información
- Al parto o puerperio inmediato en mujeres con factores de riesgo de transmisión de VIH (independientemente del control del embarazo).
- En aquellas mujeres amamantando que han estado expuesta a situación de riesgo para infección por VIH.



La consejería y control pre - concepcional en la mujer VIH positiva es esencial. Los mismos están orientados a:

- Informar que la posibilidad de procreación no difiere de la de las personas sin VIH
- Evaluar el uso de antirretrovirales y otros fármacos
- Informar sobre los riesgos potenciales, las conductas adecuadas para minimizar el riesgo de transmisión vertical del VIH y los beneficios y riesgos potenciales de la medicación antirretroviral sobre el feto
- Explicar que la reducción de la carga viral a niveles indetectables a través del TARV es fundamental para reducir el riesgo de transmisión vertical
- Explicar que mejorar o preservar la condición inmunológica mejorará la condición de su propia salud
- Evaluar y eventualmente tratar otras ITS
- Evaluar posibles comorbilidades (hepatitis, tuberculosis, etc)
- Comprobar si tiene la vacunas al día
- Evaluar y corregir dependencias a drogas, alcohol y tabaco
- Promover la comunicación a contacto/s sexual/es y la evaluación de su status VIH
- Planificar el embarazo, buscando como ideal la concepción mediante la inseminación asistida (con las variantes de la misma, en caso de parejas sero-discordantes o concordantes). Debe mediar una consulta con un equipo especializado en concepción.
- Indicar suplementos de hierro y ácido fólico según pautas nacionales.
- Establecer un equipo multidisciplinario que guíe y acompañe a la mujer en el proceso, incluyendo el apoyo a su salud mental
- Inicio precoz del control obstétrico
- Control en policlínica con un equipo capacitado

La consejería en la mujer que se realizará la prueba de VIH en el embarazo, debe considerar, en un lenguaje adecuado:

- Significado de la prueba y posibles resultados
- Intervenciones frente a un eventual resultado reactivo
- Promover la realización de la prueba en la pareja
- Estimular las preguntas para evacuar dudas en la mujer
- **PROMOCIÓN ENFÁTICA DEL USO DEL PRESERVATIVO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA²**

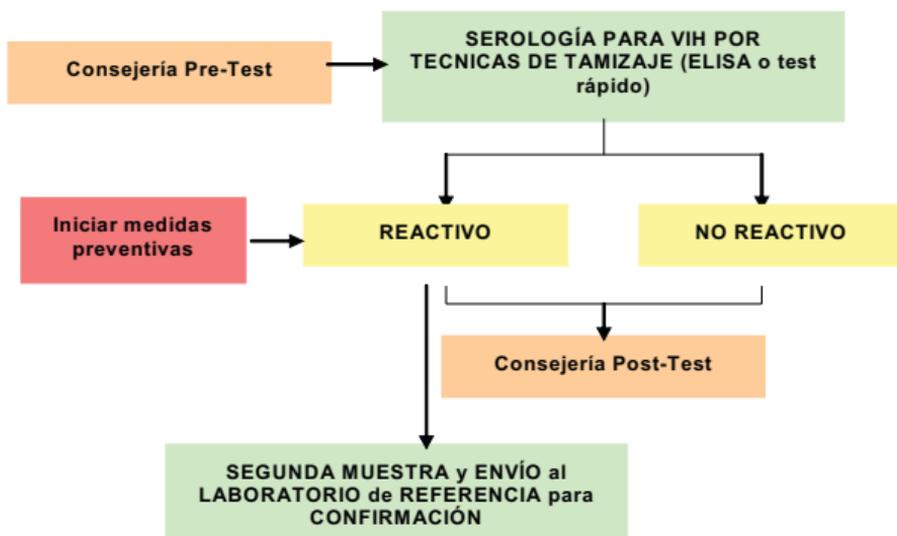
² Se han notificado casos de TV que han ocurrido por adquisición de VIH en el curso del embarazo o lactancia.



Frente a un resultado de VIH positivo en una mujer embarazada se recomienda las siguientes acciones psicoeducativas:

- Actitud empática y escucha activa: se debe permitir a la paciente exteriorizar conceptos previos de la mujer en relación a la temática. Brindando la información adecuada, con información lo más clara posible. Teniendo en cuenta como se ha desarrollado el diagnóstico de VIH que genera casi siempre una carga importante de angustia y confusión
- Valorar recursos internos y externos: redes familiares y sociales de apoyo con los que cuenta. Trabajar en conjunto con la mujer, a quién COMUNICARÁ o NO el diagnóstico y que reacciones puede esperar en los diferentes ámbitos.
- Reforzar la importancia de los controles y la CORRECTA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. Es importante capitalizar el momento del embarazo y el acercamiento de la mujer al servicio de salud para motivarla a continuar con los controles propios de la patología luego de nacido el hijo. Es frecuente que las mujeres controlen el embarazo, realicen el tratamiento para evitar la transmisión al hijo, concurren a los controles del niño, pero no realizan sus propios controles.
- Explicar que la reducción de la carga viral a niveles indetectables a través del TARV es fundamental para reducir el riesgo de transmisión vertical
- Explicar que mejorar o preservar la condición inmunológica mejorará la condición de su propia salud
- Reforzar la importancia del USO DEL PRESERVATIVO aunque la pareja tenga VIH para evitar la reinfección y en caso de no saber la condición de la misma reforzar la importancia de realizar la prueba y captación de la misma.
- Informar acerca de la necesidad de INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA. Es importante trabajar precozmente este aspecto con la mujer, ya que de no ser así podría provocar dificultades en el desarrollo de adecuadas conductas de apego. Es importante transmitir que al no amamantar está protegiendo a su hijo y que por lo tanto es un acto de amor. También enseñar y promover otras conductas importantes para favorecer el apego como hablarle, acariciarlo, mirarlo a los ojos y estar especialmente atentas a él/ella durante la alimentación.
- Indagar posibles situaciones de violencia o consumo problemático de sustancia (alcohol, cannabis, cocaína, pasta base de cocaína).
- Desde el comienzo de la intervención es necesario coordinar acciones con trabajador/a social, para valorar la situación de la mujer en este aspecto. Informar y facilitar el usufructo de beneficios sociales.
- La valoración y acompañamiento desde el área de salud mental es necesaria para la elaboración de lo antes expuesto. En caso de no ser posible la participación de rutina de salud mental, atender particularmente síntomas de depresión o malestar psico emocional y realizar consulta con psicología y o psiquiatría para elaborar acciones conjuntas, paciente y equipo de salud.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE VIH EN SERVICIOS DE SALUD



- La muestra que se envía para estudio confirmatorio puede ser de la primera o de la segunda extracción.
- En caso que la primera muestra reactiva sea a partir de un test rápido se deberá extraer una segunda muestra por punción venosa. Esta extracción, en lo posible, debe realizarse en el mismo acto y se registrará que corresponde a un usuario con prueba rápida reactiva.
- En esta instancia, se completa el **formulario de notificación** y se envía con la segunda muestra al laboratorio de referencia.



Información a ser brindada: consejería post-test

Cuando es necesario extraer una segunda muestra de sangre, se realiza la consejería post test. En esta instancia debe participar personal entrenado y debidamente capacitado para realizar la consejería sobre:

- Comunicar que el primer resultado es **“REACTIVO”** o **“POSITIVO PRELIMINAR”**
- Que se requiere de un nuevo examen para llegar al diagnóstico final con certeza
- Que la sensibilidad y especificidad de la prueba es de aproximadamente 99%, pero que existe reactividad inespecífica o “falsos positivos” en los test de tamizaje, por ello es necesario realizar pruebas complementarias (confirmatorias)
- Que es necesario iniciar el TARV sin esperar la confirmación dado que su inicio precoz es una medida fundamental para evitar la transmisión al niño y sí el resultado definitivo es negativo se suspenderá.
- Es necesario brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo énfasis en que los riesgos de teratogénesis y/o malformaciones son casi inexistentes
- Qué ante el resultado de VIH reactivo es posible que sea necesario realizar cesárea
- Qué ante el resultado reactivo de VIH se deberá suspender la lactancia
- Qué ante el resultado reactivo se deberá realizar seguimiento con exámenes al RN y tratamiento para disminuir la transmisión

- **CUANDO EL RESULTADO ES “NO REACTIVO”, SE INFORMARÁ QUE LA PRUEBA SE REPETIRÁ A LAS 28 SEMANAS Y EN EL TRABAJO DE PARTO SÍ ES NECESARIO**
- **SE PROMOVERÁ ENFÁTICAMENTE EL USO DEL PRESERVATIVO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA.**



CONSIDERACIONES DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Métodos serológicos	Métodos moleculares
<ul style="list-style-type: none"> * Los métodos serológicos para el diagnóstico de infección por VIH, son habitualmente clasificados como test de tamizaje y como test complementarios o confirmatorios. * Los test de tamizaje, de máxima sensibilidad, brindan un diagnóstico presuntivo de infección y están diseñados para detectar: <ul style="list-style-type: none"> o Anticuerpos anti VIH-1 y VIH-2 o o Anticuerpos anti VIH-1 y VIH-2 y antígenos (Ag) combinados, conocidas como técnicas de 4ta. generación. Estas pruebas permiten realizar un diagnóstico presuntivo de infección en forma temprana y por lo tanto reducir el período de ventana serológica (15 días). * Los test confirmatorios, por ejemplo Western Blot (WB), de elevada especificidad, corroboran o no el resultado REACTIVO del tamizaje. * Dentro de los métodos serológicos se encuentran también los test rápidos. Para la realización de los mismos no se requiere de equipos automatizados, son de simple realización, análisis e interpretación la cual es visual. Deben ser realizadas por personal que haya recibido entrenamiento. El resultado reactivo se indica por la aparición de una señal coloreada que se obtiene luego de 20 a 30 minutos. Estas pruebas están diseñadas para su uso en centros de asesoramiento, maternidades o laboratorios y/o centros de salud con instalaciones limitadas o con bajo número de procesamiento de muestras, pacientes de difícil seguimiento. 	<p>Los métodos moleculares utilizados para diagnóstico de infección por VIH, son técnicas cualitativas, que detectan la presencia del virus a través de la amplificación de una secuencia genómica (PCR de ADN proviral).</p> <p>Estos procedimientos tienen indicaciones bien definidas que pueden resumirse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) transmisión vertical en niños menores de 18 meses b) en mayores de 18 meses de edad con resultados indeterminados en técnicas confirmatorias. c) Diferenciar la infección por VIH-1 de la infección por VIH-2, conjuntamente con la investigación específica de anticuerpos anti VIH-2.

1. *Hemograma*: en pacientes que comienzan Tratamiento Antirretroviral (TARV) con AZT se recomienda realizar un control a las 4, 8 y 12 semanas
2. *Prueba tolerancia glucosa oral* (PTGO): se solicitará a las 28 semanas en aquellas mujeres que tengan factores de riesgo para diabetes y en aquellas pacientes recibiendo inhibidores de proteasa (IP) *se realizará a los 2 meses de iniciado el TARV*.
3. *Toxoplasmosis*: en caso de ser IgG negativa se reiterará a las 28 y 36 semanas
4. *Función renal*: En particular en pacientes con alto riesgo de efectos adversos asociados a TDF (enfermedad renal previa, IMC bajo, diabetes, hipertensión, y uso concomitante de IP reforzados con RTV u otros nefrotóxicos).
5. *Enzimas hepáticas*: En particular en pacientes con recuento de CD4 mayor 250 cél/mL que reciben NVP, individuos coinfectados con el VHB o VHC u otras enfermedades hepáticas y en pacientes con tratamiento antituberculoso.
6. *Población linfocitaria*: en situaciones de imposibilidad de acceso a recuento de linfocitos T-CD4, el hemograma puede auxiliar en la valoración del grado de inmunosupresión y necesidad de introducción de profilaxis primarias (quimioprofilaxis con sulfametoxazol + trimetropim), para pacientes con linfocitos totales inferior a 1.000 células/mL, especialmente si la hemoglobina fuera menor que 11 g/dl, por la probabilidad que corresponda a un recuento de linfocitos T-CD4 inferior a 200 células/mL.
7. *Carga viral (CV)*: reiterar a los 30 días de inicio de TARV para valorar respuesta. No es aconsejable realizarla durante y hasta las 4 semanas después del tratamiento de infecciones recurrentes o inmunizaciones.
8. *Test de Resistencia*: se solicitará en las siguientes situaciones:
 - a) Mujeres cursando embarazo recibiendo TARV por un período mayor a 1 mes y con CV mayor o igual a 1.000 copias/mL
 - b) Mujeres cursando embarazo con infección VIH conocida que hayan estado expuesta a antirretrovirales (TARV previo o profilaxis de la transmisión madre-hijo) y con CV mayor o igual a 1.000 copias/mL
9. Citología anal: se recomienda en mujeres que practican sexo anal



VACUNAS EN EL EMBARAZO y PUERPERIO

La vacunación de las mujeres embarazadas es una estrategia útil para la prevención de enfermedades en la madre, en el hijo por nacer y también para prevenir enfermedades en el niño hasta los 6 meses de edad por los anticuerpos transferidos. El puerperio también puede ser el momento de administrar vacunas que no se dieron previamente.

Hay vacunas indicadas a todas las mujeres embarazadas y algunas especialmente indicadas en las infectadas por el VIH.

La mayoría de las vacunas a virus vivos atenuados están contraindicadas en el embarazo y puerperio así como en personas con VIH con severa inmunodepresión.

No se ha observado riesgo para el feto con las vacunas inactivadas o las desarrolladas a partir de bacterias o toxinas.

Se debe interrogar a la mujer embarazada acerca de las vacunas recibidas previamente, oportunidad de las mismas y enfermedades previas para definir cuales vacunas necesita.

Siempre se debe indicar la vacuna de la gripe en mujeres que cursan su embarazo durante la época invernal. Puede administrarse en cualquier trimestre del embarazo.

La vacuna difteria, tétanos (dT) está indicada en el caso que la última dosis fuera administrada hace más de 10 años. Actualmente se prefiere la triple bacteriana dTPa que protege también contra la pertussis.

La vacuna contra la hepatitis B puede administrarse en cualquier momento del embarazo. Está recomendada para mujeres embarazadas con VIH que no hayan presentado la enfermedad y que no la hayan recibido previamente. Son 3 dosis (0, 1 y 6 meses)

La vacuna antineumocócica está indicada en mujeres embarazadas infectadas por VIH que no la hayan recibido previamente.



VACUNAS	EMBARAZADA	PUÉRPERA
Influenza	Recomendada	Recomendada
Difteria, tétanos (dT)	Recomendada si última dosis fue hace 10 años o mas Administrar en 2º o 3er trimestre	Si está indicada y no se administró durante el embarazo
Difteria, tétanos, pertussis (dTPa)	Recomendada. Preferir esta vacuna En lo posible administrar a todas las embarazadas en 2º o 3er trimestre.	Si no se administró durante el embarazo
Hepatitis B	Recomendada	Recomendada
Antineumocócica	Recomendada en 2 o 3 trimestre	Recomendada
Hepatitis A	A ser considerada en situaciones de riesgo especiales	Puede administrarse si lo requiere

CONTRAINDICADAS en el EMBARAZO:

Varicela / Zoster	Durante todo el embarazo independientemente del nivel de LCD4
Paperas/Sarampión/Rubeola (SRP)	



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL EMBARAZO

Los objetivos del TARV en la gestación es prevenir la TV y preservar la salud de la madre. Para lograr estos objetivos es necesario que la carga viral plasmática (CVP) disminuya a valores indetectables dado que la presencia de viremia es el principal factor de riesgo para que ocurra la TV.

Los aspectos a resaltar del TARV en la gestante son los siguientes:

1. A toda mujer embarazada con diagnóstico de VIH siempre se debe indicar independientemente del estado inmunológico.
2. El TARV es fundamental para reducir el riesgo de TV, pero también es importante para la salud de la mujer.
3. Se hará especial énfasis en la necesidad de lograr una buena adherencia al tratamiento a fin de suprimir la carga viral plasmática disminuyendo la TV e impedir el desarrollo de resistencias.
4. La embarazada debe recibir información, tanto sobre los aspectos beneficiosos del tratamiento (reducción de la carga viral plasmática y por consiguiente del riesgo de TV) como los posibles riesgos y efectos adversos, así como de la necesidad de suprimir la lactancia
5. Las gestantes que ya reciben TARV en el momento de la concepción no deben suspenderlo si no es por indicación de especialista en la temática.
6. Luego del parto, está indicada la continuación del TARV, independientemente del recuento de CD4
7. En todos los casos se suprimirá la lactancia



RECOMENDACIONES DE ESQUEMAS DE TARV EN MUJERES EMBARAZADAS

Tabla 2. Recomendaciones preferenciales en embarazadas que no están recibiendo TARV

Régimen de elección	Indicado en:	Precauciones
AZT+3TC+LPV/r	CD4 > 250/mL	Evitar AZT con Hb < 10g/l
AZT+3TC+NVP	CD4 ≤ 250/mL	Evitar AZT con Hb < 10g/l NVP: Alteraciones hepáticas, coinfección con VHB y/o VHC

Aclaraciones. AZT: zidovudina; 3TC: lamivudina; LPV/r: lopinavir/ritonavir; NVP: nevirapina

Sí existen contraindicaciones o situaciones que desaconsejan el uso de alguno de los componentes anteriores, o cuando aparecen efectos adversos o toxicidad existen opciones alternativas que pueden ser utilizadas con datos de seguridad y eficacia.



Tabla 3. Recomendaciones alternativas en embarazadas que no están recibiendo TARV

Alternativos a INTR	Indicado en:	Precauciones
INTR alternativos:		
ABC + 3TC	Anemia (Hb < 10g/l)	CV > a 100.000 copias/mL Realizar HLA-B*5701 previo inicio de ABC
TDF + 3TC (o FTC)	Anemia (Hb < 10g/l) Coinfección con VHB	Insuficiencia renal
AZT + 3TC + ABC	Dificultades en adherencia	CV > a 100.000 copias/mL
INNTR alternativos:		
EFV	Edad gestacional > a 14 semanas	Convulsiones, trastornos psiquiátricos
IP/r alternativos:		
ATV/r	Intolerancia o contraindicación a NVP y/o LPV/r	Uso concomitante y/o anti H ₂
SQV/r	Intolerancia o contraindicación a NVP y/o LPV/r	Prolongación del QT

Aclaraciones. ABC: abacavir. TDF: tenofovir. FTC: emtricitabina. EFV: efavirenz. ATV/r: atazanavir/ritonavir. SQV/r: saquinavir/ritonavir. HLA-B*5701: predictor de riesgo de reacción de hipersensibilidad



Tabla4. Fármacos antirretrovirales

Nombre genérico	Dosis
<i>Inhibidores nucleosidos-nucleótidos de la transcriptasa reversa</i>	
Zidovudina (AZT)	250–300 mg dos veces al día
Lamivudina (3TC)	150 mg dos veces al día o 300 mg una vez al día
Abacavir (ABC)	300 mg dos veces por día o 600 mg una vez al día
Emtricitabina (FTC)	200 mg una vez al día
Tenofovir (TDF) ⁽¹⁾	300 mg una vez al día
<i>Combinaciones de ITRNs de dosis fija</i>	
ABC + 3TC	600 + 300 una vez al día
ZDV + 3TC	300 + 150 dos veces al día
TDF + FTC	300 + 200 una vez al día
ABC + 3TC + ZDV	300 + 150 + 300 dos veces al día
<i>Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa</i>	
Efavirenz (EFV)	600 mg una vez al día
Nevirapina (NVP) ⁽²⁾	200 mg una vez al día por 14 días, seguido de 200 mg dos veces al día
<i>Inhibidores de la Proteasa</i>	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Tabletas combinación dosis fija (LPV 200mg/RTV 50mg) 2 tabletas (400mg/100mg) dos veces al día o 800mg/200mg una vez al día (en naive)
	Consideraciones en individuos con tratamiento antituberculoso En presencia de RFB, no requiere ajuste de dosis. En presencia de Rifampicina, usar ritonavir "super reforzado" (LPV 400 mg + RTV 400mg dos veces al día) o LPV 800 mg + RTV 200mg dos veces al día con monitoreo clínico estricto de la función hepática.
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	300 mg + 100 mg una vez al día ATV sin rtv: 400 mg una vez al día (solo en naive)
Saquinavir + ritonavir (SQV/r)	1.000 mg + 100 mg dos veces al día
	Consideraciones en individuos con terapia antituberculosa En presencia de RFB, no requiere ajuste de dosis En presencia de Rifampicina, usar ritonavir "súper reforzado" (SQV 400mg + RTV 400mg dos veces al día) con monitoreo clínico estricto de la función hepática.

(1) TDF requiere ajuste de la dosis en individuos con aclaramiento de creatinina alterado, según fórmula de Cockcroft-Gault ($\text{ClCr} = (140 - \text{edad}) \times (\text{peso en Kg}) \times (0.85 \text{ si es mujer}) / (72 \times \text{Cr})$):

- Aclaramiento de creatinina ≥ 50 ml/min 300 mg una vez al día
- Aclaramiento de creatinina 30–49 ml/min 300 mg cada 48 horas
- Aclaramiento de creatinina ≥ 10 –29 ml/min (o diálisis) 300 mg una vez cada 72–96 horas

(2) En presencia de rifampicina o cuando los pacientes cambian de efavirenz a nevirapina no se requiere un aumento escalonado de la dosis.



1. Mujeres con captación temprana o con diagnóstico de VIH previo sin TARV

En esta situación es ideal iniciar el TARV aproximadamente a las 14 semanas de gestación.

Si el resultado de la prueba de tamizaje reactiva es precoz en el embarazo, es posible esperar hasta las 18-20 semanas de gestación para iniciar el TARV, **siempre y cuando en este período se obtenga el diagnóstico definitivo de la confirmación del VIH**. De no ser así, se iniciará el TARV al obtener la prueba de tamizaje reactiva (ver consejería), el cual podrá suspenderse si se descarta definitivamente la infección.

2. Mujeres con captación tardía

Aquellas mujeres que se captan tardíamente fundamentalmente en el 3er trimestre de embarazo deben iniciar TARV de forma inmediata con el objetivo de disminuir la TV sabiendo que el riesgo es mayor cercano al parto.

No se debe retardar el tratamiento en espera de la paraclínica, se debe iniciar el TARV en la primera consulta y conjuntamente solicitar los exámenes que serán valorados posteriormente.

Si el diagnóstico de VIH se realiza al término del embarazo:

- por prueba de tamizaje (rápida o ELISA) **NO** se debe diferir el TARV en espera del resultado confirmatorio
- Se realizará la extracción de la segunda muestra (según algoritmo), pero esto **NO** retardará el inicio del TARV
- se realizará consejería en VIH y TARV, explicando claramente el riesgo potencial de TV, la necesidad URGENTE de iniciar TARV y las otras medidas preventivas (cesárea, suspensión de lactancia, tratamiento al RN), dejando constancia expresa en la historia clínica
- posteriormente se revalorará con el resultado confirmatorio.

En aquellas mujeres que se captan previo al parto y no están recibiendo TARV se recomienda administrar NVP 200 mg v/o 2 hs o más previo a la finalización del embarazo



3. Mujeres embarazadas que están recibiendo TARV

En una mujer infectada por VIH que está bajo TARV y se diagnostica un embarazo se deberá evaluar el potencial teratogénico del esquema de tratamiento, la respuesta virológica y la edad gestacional.

Si está recibiendo fármacos con potencial acción teratogénica (EFV u otro³) se encuentra cursando un tiempo MENOR a 12 semanas de edad gestacional se recomienda el cambio de los mismos, si la edad gestacional es mayor puede continuarse el mismo plan.

Tras esta primera valoración, nos podemos encontrar ante dos posibles situaciones: replicación o no replicación vírica.

a. Gestante con TARV previo y sin replicación vírica (CV indetectable)

En esta situación se recomienda el mantenimiento de la terapia. El cambio de un plan que está siendo supresivo, puede determinar elevaciones de la CV con el consecuente riesgo de TV. En aquellas mujeres que estén recibiendo Nevirapina con CV indetectable se recomienda continuar con la misma independiente de los valores de CD4.

Si la paciente estuviera recibiendo una pauta sin ZDV, se recomienda modificar el TARV de forma que ésta, esté incluida siempre y cuando no existan mutaciones que condicionen resistencias a ZDV.

b. Gestante con TARV previo y con replicación vírica (CV detectable)

El primer paso es valorar si estamos frente a un fallo terapéutico, el que se confirma por dos CVP detectables, y evaluar la causa probable: mala adherencia o resistencia. Sin embargo es poco probable en la práctica, que sí la paciente tiene una única CV detectable, podamos realizar la confirmación del fallo, por razones de tiempo.

³ Respecto al uso de Efavirenz, existen datos recientes que no lo asocian a mayor riesgo de malformaciones. Dado que este efecto teratogénico solo es posible en las primeras 6 semanas de gestación y que frecuentemente el embarazo es captado posterior a este período actualmente se considera aceptable mantener la indicación de Efavirenz en aquellas mujeres que lo vienen recibiendo con buena respuesta virológica.



EN TODOS LOS CASOS SE TENDRA QUE VALORAR LA EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO SABRIENDO QUE LOS PLAZOS SON FINITOS PUDIENDO AUMENTAR EL RIESGO DE TV SI NO SE ACTUA EN TIEMPO Y FORMA ADECUADA

Tabla 5. Recomendaciones para embarazadas recibiendo TARV con CV detectable

Edad Gestacional	Recomendación	Comentarios
< a 14 semanas	Realizar test de resistencia e indicar el nuevo plan de acuerdo al resultado	Independientemente que el fallo esté confirmado con 2 CV detectables
> a 14 semanas	Realizar test de resistencia y cambiar TARV de acuerdo a la historia terapéutica y luego ajustar de acuerdo al resultado del test	<p>Recibiendo 1er plan con NVP: pasar a IP-r recomendado</p> <p>Recibiendo 1er plan con IP-r: asociar NVP</p> <p>Recibiendo 2º plan o más: consulta con expertos</p>

VIA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN MUJERES CON VIH

El momento del nacimiento es el período de mayor riesgo de transmisión vertical.

En general enfatizamos que realizar cesárea disminuye la probabilidad de transmisión sobre todo en mujeres que presentan carga viral detectable o desconocida a las 36 semanas o más de edad gestacional, por lo que las recomendaciones son las siguientes:

<p>Escenario 1:</p> <p>Captación tardía (36 semanas o más) o diagnóstico tardío de VIH, con carga viral detectable o desconocida, sin TARV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio de TARV rápidamente y mantenerlo post nacimiento ▪ Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones (TARV, cesárea, suspensión de lactancia) ▪ Cesárea programada a las 38 – 39 semanas ▪ Realizar AZT i/v ▪ Administrar NVP 200mg v/o 2 hs o más previo a parto o cesárea ▪ Suspender lactancia
---	---

<p>Escenario 2: 36 semanas o más, bajo TARV, con buena respuesta virológica, pero que no está indetectable (es decir más de 50 copias/ml) o se desconoce la carga viral de las 36 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar TARV post parto ▪ Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones (TARV, cesárea, suspensión de lactancia) <ul style="list-style-type: none"> * Cesárea programada a las 38 -39 semanas (teniendo en cuenta situación obstétrica y opinión de la mujer). * Realizar AZT i/v * Suspender lactancia
<p>Escenario 3: 36 semanas o más, bajo TARV, CV indetectable (menor o igual a 50 copias/ml)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar TARV y seguirlo en el post nacimiento ▪ El riesgo de transmisión es menor al 1%, tanto si se realiza parto como si se realiza cesárea. Valorar situación obstétrica y opinión de la mujer. (Si es parto realizar la mínima cantidad de maniobras obstétricas invasivas. Ej: rotura artificial de membranas ovulares, episiotomía, aplicación de fórceps) ▪ Información clara a la mujer de beneficios y riesgos de cesárea Vs parto vaginal ▪ Realizar AZT i/v ▪ Suspender lactancia
<p>Escenario 4: Tiene programada realización de cesárea por su condición de VIH, carga viral mayor a 50 copias/ml (no está indetectable) o desconocida que se presenta con RPM y/o trabajo de parto, mayor a 34 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones con objetivo de reducir la transmisión vertical ▪ En TODAS las situaciones iniciar AZT I/V ▪ Valorar situación obstétrica: <p>si se encuentra en trabajo de parto franco dejar evolucionar parto manteniendo el AZT</p> <p>si se encuentra al inicio del TDP (dilatación < 4cm) membranas ovulares íntegras, se puede indicar útero-inhibición en espera de completar 3hs de AZT i/v, revalorar y si la situación se encuentra incambiada realizar cesárea</p> <p>si la RPM es menor a 2hs y la edad gestacional es > 34 semanas, realizar al menos 1h de AZT i/v y se podrá realizar cesárea</p> <p>si la RPM es > 2hs, iniciar AZT i/v según pauta dejar evolucionar a parto vaginal (no se justifica cesárea)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es parto realizar la menor cantidad de intervenciones posible • Si está bajo TARV continuarla en el post nacimiento

En todos los casos desde el inicio del trabajo de parto o 4 hs o más previo a cesárea se debe indicar AZT i/v comenzando con una dosis carga de 2 mg/kg/peso diluido a pasar en 1 hora continuando con 1 mg/kg/peso/hora hasta el clampeo del cordón umbilical.

En aquellas usuarias que no recibieron ARV durante el embarazo con el objetivo de disminuir la TV se puede asociar al AZT i/v una dosis única de Nevirapina (200 mg v/o) por lo menos 2 hs previo a la finalización del embarazo.

En el puerperio inmediato iniciar TARV en base a tripleterapia de acuerdo a la guía para diagnóstico, monitorización y TARV (NVP o LPV/r según CD4 inicial).



ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA EN LA MUJER VIH POSITIVA

- El concepto de orientación anticonceptiva debe ser entendido en un proceso de comunicación bidireccional, donde los individuos y/o parejas en conjunto con el orientador, reconocen sus necesidades en materia de anticoncepción, comprenden las implicancias del uso de un método, su uso adecuado y eligen en forma libre el mejor método para su persona.
- La calidad de la información brindada es de gran relevancia, siendo las recomendaciones basadas en la evidencia brindadas por la OMS claves al respecto. No debe existir una imposición sobre el método a usar, ni sobre la cantidad de hijos a tener.
- En base al conocimiento actual se puede afirmar que las mujeres con VIH pueden utilizar toda la gama de métodos anticonceptivos (preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos orales combinados, anticoncepción de emergencia, inyectables, implantes, DIU, ligadura tubaria y vasectomía) respetando las opciones de la mujer y las ventajas y desventajas de cada método para la situación en particular.
- Es importante recordar que la anticoncepción en las mujeres con infección por el VIH ha de combinar un método de barrera y otro adicional
- Se debe tener en cuenta que el uso simultáneo de algunos ARV y anticonceptivos hormonales puede dar lugar a interacciones que se deben tener en cuenta.



RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE CON VIH

PUNTOS CLAVES

- Bañar al Recién Nacido (RN)
- Desinfección ocular habitual
- Aspirar vía aérea y gástrico lo menos traumático.
- Contraindicar lactancia
- Solicitar paraclínica
- Iniciar tratamiento profiláctico según corresponda
- No dar BCG
- Comunicación con Vigilancia Epidemiológica MSP
- Coordinación adecuada al alta con policlínica pediátrica

TRATAMIENTO PREVENTIVO AL RN

El tratamiento profiláctico en el recién nacido hijo de madre VIH + debe realizarse siempre .

El tratamiento se intensificará si la madre no fue correctamente tratada en el embarazo.

Se reconocen distintos escenarios:

ESCENARIO 1: Madre tratada en el embarazo y previo parto

Zidovudina suspensión vía oral o intravenoso si tiene vía oral contraindicada por 6 semanas

Zidovudina (AZT) por 6 semanas	RN \geq 35 Sem de EG	4mg/Kg c/12hs v/0
	30 a 35 Sem	2 mg/Kg cada 12 hs v/o los primeros 14 días y luego 3 mg/Kg cada 12 hs los siguientes 15 días)

El tratamiento profiláctico se suspende si se realiza diagnóstico de infección VIH en el niño, donde se completará la paraclínica y se valorará el inicio de tratamiento antirretroviral y la realización del test de resistencia.



ESCENARIO 2: Madre no tratada en el embarazo.

Zidovudina (AZT) por 6 semanas	RN \geq 35 Sem de EG	4mg/Kg c/12hs v/o
	30 a 35 Sem	2 mg/Kg cada 12 hs los primeros 14 días y luego 3 mg/Kg cada 12 hs los siguientes 15 días)
Nevirapina al recién nacido, 2° día y 4° día de la segunda dosis	1.5 a 2 kg	8 mg v/o
	> 2 kg	12 mg v/o

Paraclínica en el Recién Nacido

En el recién nacido así como en el niño menor de 18 meses hijo de madre VIH positivo el diagnóstico es por técnicas moleculares.

Los anticuerpos maternos IgG atraviesan la barrera placentaria y pueden persistir hasta los 18 meses de edad. Por este motivo el diagnóstico de la infección en este grupo etario se realiza por la presencia de componentes de ADN proviral en linfocitos de sangre periférica. (PCR-VIH)

La sensibilidad de la PCR-VIH en las primeras 48 horas de vida es cercana a 40%, aumenta a 90%-93% en la 2ª semana y a 96% a la 4ª semana de vida.

Los falsos negativos de esta técnica pueden estar asociados a baja concentración de linfocitos circulantes, bajo número de copias de ADN proviral, a variantes genotípicas o a la adquisición de la infección en el momento del parto.

Se presume que la infección se adquirió in útero si la PCR-VIH es positiva en las primeras 48 horas.

Todo resultado positivo de PCR-ADN debe ser repetido a la brevedad para confirmar el diagnóstico.



PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE VIH

Los estudios virológicos (PCR-ADN) deben ser utilizados para el diagnóstico de infección por el VIH de transmisión perinatal

- El estudio virológico se solicitará en tres oportunidades; 1º) entre las primeras 48hs y 14 días de vida; 2º) entre el 1º y 2º mes de vida; 3º) entre el 4º y 6º mes de vida
- La confirmación de la infección por VIH se realizará con 2 estudios virológicos positivos de muestras separadas de sangre
- Para excluir la infección por VIH se debe contar con 2 estudios virológicos negativos, uno a la edad igual o mayor de 1 mes y el otro a la edad igual o mayor a 4 meses, siempre que se haya suspendido la lactancia
- La seroconversión se documenta con la pérdida de anticuerpos maternos: serología de VIH negativa entre los 12 y 18 meses de vida
- Los criterios para exclusión de la infección y la seroconversión se aplican a los niños NO amamantados por la madre con VIH. La lactancia en cualquier período es considerada una nueva exposición.



¿CUANDO SOLICITAR PCR VIH?

La recomendación dependerá del escenario en que se encuentre:

ESCENARIO 1

Si se cumplen **algunas** de estas condiciones:

- Embarazo no controlado o mal controlado,
- diagnóstico tardío de la infección materna,
- madre no recibió TARV en momento oportuno,
- madre tratada pero presenta carga viral mayor de 1000 copias/mL en el último mes de la gestación

Se recomienda solicitar PCR VIH al nacer (sangre periférica), **al mes y a los 4 meses** junto con hemograma.

Si en alguna de esas oportunidades da positivo se repite inmediatamente y se solicita carga viral y poblaciones linfocitarias.

ESCENARIO 2

- Madre con diagnóstico oportuno de infección VIH y correctamente tratada y con carga viral menor de 1000 cel/mL

Se solicitará PCR-VIH a los 14 días, entre 4 y 8 semanas y en caso de ser negativos entre los 4 y 6 meses de vida. linfocitarias.



DEFINICIONES

Se considera EXPUESTO al VIH a todo hijo de madre con infección por VIH que aún no se ha podido confirmar o descartar la infección.

Se considera INFECTADO por VIH LUEGO de confirmar el diagnóstico de infección: en menores de 18 meses se requiere de técnicas directas: 2 PCR-ADN positivas de dos muestras distintas (independiente de la edad del niño).

Se considera NO INFECTADO por VIH luego de descartar el diagnóstico de infección por VIH: 2 PCR-ADN negativas una realizada luego del primer mes de vida y otra luego del cuarto mes, sin clínica sugestiva de infección. También se excluye el diagnóstico si se obtienen 2 PCR-ADN negativas en mayores de 6 meses de edad de dos muestras diferentes, sin clínica sugestiva de infección. La exclusión de infección es definitiva siempre y cuando el niño no haya sido amamantado.

Se considera SEROREVERTIDO a todo hijo de madre con infección por VIH que no se infectó y se comprueba la seroreversión (ausencia de anticuerpos maternos circulantes) con ELISA para VIH negativo luego de los 12-18 meses de vida.



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La infección por VIH en pediatría es de notificación obligatoria semanal, independientemente de la vía de transmisión.

Para la misma se requiere el llenado y envío de los formularios específicos, que se muestran a continuación al Dpto. de Vigilancia en Salud por fax o e-mail.

Ministerio de Salud Pública - División de Epidemiología - Departamento de Vigilancia en Salud.

 Notificación de infección por VIH en pediatría 			
Fecha de Notificación / /		Notificado por: _____ Tel. _____	
Servicio o Institución de Salud: _____		Teléfono de la Institución: _____	
Cédula de Identidad del Niño: _____		Cédula de Identidad de la Madre: _____	
AUTOGENERADO			
Fecha de nacimiento: / /		Iniciales _____	
AA / MM / DD		Sexo _____	
Departamento de residencia: _____		Ciudad o Localidad: _____	
La captación del niño fue:		durante la gestación () durante el parto () durante el puerperio () en el primer año de vida () posterior al año de vida ()	
Indique estado clínico N () A () B () C () / 1 () 2 () 3 () En caso de estado B o C, especifique la enfermedad al pie			
Vía probable de transmisión			
Sexual ()		Observaciones: _____	
Sanguíneo ()		Transfusión () UDI () Accidente ()	
Vertical ()		Si marcó esta opción completar "Datos de la Exposición"	
Fecha de diagnóstico: / /			
DATOS DE LA EXPOSICIÓN			
Datos del Parto		Via final del parto: cesárea () vaginal ()	
Parto institucionalizado () en domicilio () otro ()			
Profilaxis de la Transmisión Vertical			
¿La madre recibió TARV?: durante embarazo SI () NO () Previo a las 20 semanas SI () NO () durante parto: SI () NO ()			
Tiene carga viral de la madre en el mes previo al parto SI () NO () (Menor 100? SI () NO ()			
¿El niño recibió profilaxis VIH al nacer?: SI () NO () Alimentación del recién nacido: natural () artificial ()			
Categoría B			
Citopenias persistentes (>1 mes): anemia () ; neutropenia () ; plaquetopenia ()		Candidiasis orofaríngea persistente en niño > a 6 meses de vida ()	
Diarrea recurrente/crónica ()		Fiebre > 30 días () 1 episodio único de: meningitis bacteriana; neumonía; sepsis ()	
Enfermedad por virus Herpes simple: estomatitis recurrente () ; bronquitis, neumonitis, esofagitis en niño > a 6 meses de vida ()			
Citomegalovirus en niño > 30 días de edad ()		Herpes Zoster recurrente o de más de 1 dermatoma () Varicela diseminada () Neumonía Intersticial Linfocítica ()	
Hepatitis ()		Micondriopatía () Nefropatía () Toxoplasmosis de inicio en niño < 30 días de edad () Neurocistosis () Leiomiocarcoma ()	
Categoría C			
Infección bacteriana recurrente (al menos 2 episodios en un período de 2 años): sepsis, neumonía, meningitis, infección osteoarticular, abscesos profundos ()			
Tuberculosis Extrapulmonar o diseminada ()		Otra micobacteria diseminada () Neumonía a Pneumocystis jirovecii () Bacteriemia recurrente a Salmonella ()	
Diarrea por Cryptosporidium o Isospora > 1 mes ()		Citomegalovirus en niño > 30 días, diferente a hígado, bazo o ganglios () Síndrome de desgaste ()	
Enfermedad por virus Herpes simple: mucocutáneo persistente () ; bronquitis, neumonitis, esofagitis en niño > a 30 días de vida ()			
Criptococcosis extrapulmonar ()		Histoplasmosis diseminada () Candidiasis esofágica o pulmonar () Toxoplasmosis encefálica en niño > 30 días de edad ()	
Linfoma no-Hodgkin () Linfoma Primario del SNC () Sarcoma de Kaposi () Otro: _____			
Remitir datos una vez completados al e-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy ; al FAX: 24085838 o por correo a 18 de Julio 1892 piso 4 oficina 402. DEvisa-MSP. Los mismos datos le serán requeridos si hace la denuncia telefónicamente al tel: 24091200.			

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

Debido a la importancia que el Uruguay le da al monitoreo del VIH, el país decidió incorporar modificaciones locales a la HCP del SIP (CLAP/SMR).

076 - Diag - Tratamiento					
<20 sem		Prueba		TARV	
solicitada	result	en emb.			
Si <input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>			
No <input checked="" type="radio"/>	- <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
n/c <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>			
	s/d <input checked="" type="radio"/>				
≥20 sem		Prueba		TARV	
solicitada	result	en emb.			
Si <input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>			
No <input checked="" type="radio"/>	- <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
n/c <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>			
	s/d <input type="radio"/>				

076 en RN					
Expuesto		Tto.			
no <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>				
si <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>				
s/d <input checked="" type="radio"/>	s/d <input checked="" type="radio"/>				
	n/c <input type="radio"/>				

TDP					
Prueba	-	+	n/r	n/c	si
Sifilis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	no <input type="radio"/>
076	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>

A partir del 2012 se registra la siguiente información sobre VIH en la HCP y el CP

Para mantener la confidencialidad se sustituyo el termino VIH por el código 076 de CLAP/SMR.

En la sección **SOLICITADA**: Se deberá registrar si la prueba de detección para VIH fue solicitada antes y después de las 20 semanas de gestación, siendo las opciones: SI, NO y N/C (no corresponde). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre.

En la sección **PRUEBA** se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva, (N/C) cuando no corresponda y (S/D) sin dato.

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de estudiar y tratar a sus parejas sexuales y eventualmente al niño después del nacimiento.



A las mujeres con prueba negativa proveerles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

En la sección **TARV** (tratamiento antiretroviral), la HCP incluye las opciones para registrar si se realizó el tratamiento a la embarazada (SI), si no fue realizado (NO), o no corresponde (N/C).

Sección TDP: En caso de no contar con estudios durante el embarazo, se registrará si se hizo la prueba de detección de VIH durante el Trabajo de parto (TDP) y sus resultados (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva, (N/R) no registrado y (N/C) cuando no corresponda. En la sección TARV (tratamiento antiretroviral) del TDP se registrara si se realizó el tratamiento (SI), si no fue realizado (NO), o no corresponde (N/C).

TDP	-	+	n/r	n/c	si	<input type="radio"/>
Prueba Sifilis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	no	<input type="radio"/>
076	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	n/c	<input type="radio"/>

076 en RN También se incorpora una sección para el registro de VIH en el Recién Nacido.

Expuesto: Corresponde registrar allí, si el recién nacido no estuvo expuesto (NO), si lo estuvo (SI) o si no se dispone del dato(S/D).

Tto (tratamiento): finalmente se deberá registrar si se realizó el tratamiento al recién nacido (SI), si no fue realizado (NO),no se dispone del dato (S/D) o no corresponde (N/C).

076 en RN	
Expuesto	Tto.
no <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>
si <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>
s/d <input checked="" type="radio"/>	s/d <input checked="" type="radio"/>
	n/c <input type="radio"/>



CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ELECTRÓNICO (CNVe)

A partir de la incorporación del CNVe se registran los siguientes datos vinculados con el VIH

Prueba VIH: Se refiere a si la prueba de VIH fue realizada y las opciones son: No especificado, NO o SI

Se observan las opciones en la captura de pantalla de un CNVe.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESTADÍSTICA VIGILANCIA DEL VIRUS DEL SIDA

Fecha: 17/09/13 | Hora: 13:13:05 | Usuario: 31245528 (SUPER)

Inicio Admisiones **Certificados** Comprobante para el Registro Civil Consultas Contraseña CNV Salir

Madre Padre **Embarazo** Parto

◆ Datos médicos del Embarazo

Tipo de Embarazo SIMPLE ▾

Multiplicidad del embarazo 1

Semana de embarazo al realizar la primera consulta 10

Total de consultas prenatales 11

Cantidad de embarazos anteriores 2

Indica si tiene serología para VIH

Si ▾
No Especificado
No
Si
Resultado

Durante el Embarazo ▾
Negativo ▾

Anterior

Momento: Se refiere al momento en que fue realizada la prueba de VIH y las opciones son: No especificado, durante el embarazo, durante el parto.





Inicio Admisiones Certificados Comprobante para el Registro Civil Consultas Contraseña CNV Salir

Madre Padre Embarazo Parto

◆ Datos médicos del Embarazo

Tipo de Embarazo	<input type="text" value="SIMPLE"/>
Multiplicidad del embarazo	<input type="text" value="1"/>
Semana de embarazo al realizar la primera consulta	<input type="text" value="10"/>
Total de consultas prenatales	<input type="text" value="11"/>
Cantidad de embarazos anteriores	<input type="text" value="2"/>
Indica si tiene serología para VIH	<input type="text" value="Si"/>
Momento de realizado	<input type="text" value="Durante el Embarazo"/>
Resultado	<input type="text" value="Durante el Embarazo"/>

Anterior

Ayuda Guardar Siguiente

Resultado: Se refiere al resultado de la prueba de VIH y las opciones son: No especificado, negativo y positivo.



Inicio Admisiones Certificados Comprobante para el Registro Civil Consultas Contraseña CNV Salir

Madre Padre Embarazo Parto

◆ Datos médicos del Embarazo

Tipo de Embarazo	<input type="text" value="SIMPLE"/>
Multiplicidad del embarazo	<input type="text" value="1"/>
Semana de embarazo al realizar la primera consulta	<input type="text" value="10"/>
Total de consultas prenatales	<input type="text" value="11"/>
Cantidad de embarazos anteriores	<input type="text" value="2"/>
Indica si tiene serología para VIH	<input type="text" value="Si"/>
Momento de realizado	<input type="text" value="Durante el Embarazo"/>
Resultado	<input type="text" value="Negativo"/>

Anterior

Ayuda Guardar Siguiente



Se destaca que estos datos no están disponibles en la versión papel del CNV (menos del 1% de los CNV llegan en este formato al MSP).

MARCO NORMATIVO EN RELACION A SIFILIS Y VIH EN EL EMBARAZO

Decreto No 295/97. Pesquisa del VIH en todo el territorio Nacional a toda embarazada y en toda embarazada con VIH, se procederá a la administración del tratamiento con antirretrovirales. El examen diagnóstico y el TARV requieren consentimiento informado (constancia en la historia clínica)

Ordenanza 447/12. Prueba de sífilis en el primer, segundo y tercer trimestre. Test rápidos de sífilis y VIH según los criterios allí establecidos y las presentes pautas. Acciones de seguimiento activo. Tratamiento a la/s pareja/s sexual/es. Auditoría interna en todos los casos de sífilis (congénita, gestacional, infantil y adultos).

Ordenanza 367/13. Complementa la anterior estableciendo realizar auditoría interna en todos los casos de VIH gestacional e infantil, confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública

Notificación obligatoria a DEVISA de ambas infecciones.

En la mujer embarazada con VIH y/o sífilis se aplican **TODAS** las normativas referidas al embarazo y maternidad que existen en el país.



