



# Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (1): 50-56

## SIDA en Ginecología y Obstetricia

DR. [EDUARDO GOTUZZO](#)

### **Introducción**

El escenario del desarrollo de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) está cambiando en América Latina. Existen diversos patrones de transmisión. En Brasil y México es multifactorial y donde las transfusiones de sangre son realizadas de manera "informal", representan más del 10 al 15% de casos notificados por estos países. Por otra parte, los drogadictos que comparten jeringas y agujas representan más del 60% de casos en Argentina y Puerto Rico, al igual España e Italia. En Centro América (Honduras, Guatemala, República Dominicana), el patrón es heterosexual en el 70% y las transfusiones y el homosexualismo representan menos del 25% de casos.

En el Perú, los casos de SIDA son notificados; como de transmisión sexual en el 95% y las transfusiones como vehículo son excepcionales. Antes de 1988, cuando se realizó la más grande evaluación en América Latina, en un estudio colaborativo de más de 90 000 donantes en Bancos de sangre de Lima de los 4 estamentos (Ministerio de Salud, IPSS, Hospitales de las Fuerzas Armadas y Clínicas Privadas) se detectó cifras muy preocupantes, de 1: 500 donantes seropositivos al inicio del estudio y 1: 2500 al final del estudio del estudio. La política diseñada posteriormente de selección del donante, junto con el despistaje con prueba ELISA, han permitido reducir en forma notable la infección postransfusiones, pues actualmente menos del 3% de casos de SIDA en el Perú son por transfusiones.

En el Hospital Cayetano Heredia, donde vigilamos a pacientes con SIDA y pacientes asintomáticos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tenemos que, en los últimos 2 años, la tendencia señala un incremento notable de transmisión heterosexual, con 55 a 60 de casos nuevos. Asimismo, la relación hombre: mujer, que a nivel nacional era 10:1 en casos de SIDA, ahora es 4:1 a nivel de infectados. Las mujeres reconocen ser monógamas en 75%, lo que representa una dolorosa lección de contaminación a la mujer peruana, pues se convierte en "una persona de riesgo", sin serlo. Los otros hallazgos notables son la tendencia a ser más casos que en el grupo de 35-44 años. Finalmente, no tenemos drogadictos intravenosos en nuestra serie, pero el consumidor varón de pasta básica de cocaína (PBC) es sexualmente muy agresivo, promiscuo y no se reconoce como persona de riesgo, a pesar de cambios casi diarios de pareja y de tener relaciones sexuales por igual con hombres y mujeres. Finalmente, la transfusión de sangre ha representado, en estos años, menos del 1% de nuestros casos. Todo este escenario muestra un número creciente de mujeres en edad fértil que acudirán al ginecólogo para chequeos y también al obstetra para atender conocimiento de su infección. Asimismo, el perfil epidemiológico permite estimar un número creciente de casos pediátrico, nacidos de madres contaminadas por sus parejas sexuales.

### **Aspectos ginecoobstétricos**

#### *1. Transfusiones sanguíneas*

Un primer plano que debe ser considerada es el uso de transfusiones sanguíneas. En la población femenina peruana, los antecedentes de transfusión sanguínea ha sido reconocido por el 8 a 10% de mujeres adultas, mientras que en hombres este factor es de sólo el 1%; la gran diferencia está asociada a eventos



ginecoobstétricos y, por tal razón, la anemia postaborto, o postparto debe ser manejada cuidadosamente. Las indicaciones de transfusiones deben ser precisas y exigentes. En algunas experiencias peruanas se ha señalado que el 75% de transfusiones son innecesarias y el único argumento ha sido anemia moderada o severa pero en pacientes hemodinámicamente estables.

En razón de que se hace despistaje con pruebas de ELISA, es importante recordar que estas pruebas tienen que ser de marcas reconocidas por su probada seguridad, sensibilidad y especificidad. Hemos visto pruebas falsas negativas asociadas sólo a pobre calidad de reactivos. El otro problema es la necesidad súbita y aguda de sangre en problemas ginecoobstétricos de emergencia; en estos casos, las pruebas ELISA rápidas de 3-5' son las indicadas, con la garantía de un buen reactivo, a pesar de un costo más elevado; o la posibilidad de tener un banco de sangre adecuado con bolsas ya estudiadas.

El otro aspecto, además de hacer la prueba de ELISA, es tener un "buen donante", de preferencia la pareja sexual de la paciente o un donante altruista, habitualmente familiar, que no sea promiscuo ni tenga historia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), consumidor de cocaína PBC, que no haya tenido prisión ni comportamiento homo o bisexual. Incluso las mujeres son donante más seguros que los varones y por lo tanto, estimular la donación femenina es una práctica recomendable.

## 2. Enfermedades que asocian al VIH

Las enfermedades de transmisión sexual representan un factor asociado muy importante en la transmisión del VIH. Esta relación es especialmente importante en las lesiones ulcerativas; como las del chancroide y herpes genital, las que han sido extensamente reconocidas como "puertas de entrada" del VIH. Otras ETS, como la gonorrea y las infecciones por clamidia, han sido señaladas con menos frecuencia como cofactor de riesgo. Recientemente las enfermedades pélvica inflamatoria (EPI), producida por una infección polimicrobiana mixta (anaerobios, *Neisseria gonorrhoeae* y chlamydia) ha sido reconocida que aumenta los signos inflamatorios ginecológicos, produce mayor lesión en los anexos y también vehiculiza al VIH. Una enfermedad más común y benigna, como la vaginosis bacteriana, producidas por los cambios en la flora vaginal por incremento de los anaerobios (especialmente *Mobiluncus*) y disminución de lactobacilos, de manera directa favorece a la EPI y otras complicaciones moderadas, y pueden aumentar la asociación con VIH.

También, se ha asociado al ectropión de cérvix con una mayor transmisión del VIH. En dos estudios conducidos en África, el antecedente de uso de anticonceptivos orales ha producido un "riesgo algo mayor" de adquirir VIH. Este tema es aún motivo de controversia. Así mismo, la cervicitis (inflamación local con más de 30 leucocitos por campo) favorece la adquisición del VIH, pero también la transmisión, por tener una carga elevada de virus, hasta cinco veces más que el cérvix indemne.

Así como las ETS son la "puerta entrada" o de transmisión de VIH, varias condiciones deben hacer sospechar que un paciente tiene VIH:

- Candidiasis vaginal recurrente. que responde lentamente o que tiene una tendencia a recurrir rápidamente después de terminar tratamientos efectivos. Al igual que en los diabéticos, se puede encontrar levaduras y pseudohifas y puede preceder a la aparición de candidiasis oral en 1 a 2 años.
- EPI de curso clínico severo o de respuesta lenta al tratamiento adecuado con doxiciclina o clindamicina/quinolonas.
- La infección por papilomavirus humano (PVH) ha sido asociada al cáncer de cérvix. Los pacientes con VIH tienen de persistencia de molestias clínicas, con condilomas recurrentes o resistentes a los tratamientos estándar. Lo más notable es la frecuencia elevada (10 veces más) de displasia cervical en mujeres VIH con Papanicolaou anormal.

Recientemente, se ha reconocido que la progresión de lesión premaligna o maligna en la cérvix, vagina y vulva es más rápida en mujeres infectadas con el VIH. Incluso, el CDC, es una nueva clasificación, incluye como estadio IV (o SIDA) a toda mujer con cáncer cervical rápidamente invasivo. Habitualmente, las mujeres con papanicolaou normal y que en menos de 2 años ya tienen cáncer invasivo severo, obligan a la sospecha de infección por VIH.

## 3. Anticoncepción y SIDA

Aunque habitualmente se deba hacer consejería de no alentar gestación en mujeres infectadas con el VIH, la pareja debe decidir por sí sola, reconociendo que:



- Existe un 20-40% de riesgo de transmisión materno-fetal. Este niño habitualmente tendrá SIDA antes que sus padres.
- Si nace no infectado, el niño tendrá riesgos muy altos de ser huérfanos a los 10 años de edad. Deberá evaluarse esta dramática opción y el cuidado futuro de él, si es que ocurriera.
- Si la pareja es "discordante" (es decir uno de ellos positivos y el otro negativo), una relación sexual para fecundar será riesgosa para la pareja negativa. Aún la inseminación artificial homóloga de un paciente varón positivo puede ser peligrosa para su pareja negativa. Las técnicas inactivación del virus en el semen no han demostrado ser tan útiles.

Si ambos en la pareja son positivos al VIH, pueden usarse procedimientos hormonales tradicionales, como progestágenos de depósitos, que afectan en forma mínima la función hepática y la inmunidad. Incluso, el ectropión sucede con menos frecuencia que cuando se usa anticonceptivos orales. No hay experiencias suficientes en mujeres con VIH, tanto con el diafragma como con el DIU, los que son reconocidos como elementos útiles en anticoncepción.

Cuando las parejas son discordantes. La indicación es el uso del condón, que debe de ser marca reconocida y con fecha de expiración en la envoltura. El condón debe ser usado durante toda la relación y en todas las relaciones. El uso de lubricantes oleosos dañan y rompen con facilidad el condón, especialmente cuando se practica relaciones pene-ano. Un reciente estudio publicado en el New England Journal of Medicine, en 1994, reconoció que la protección puede ser tan alta como 100% cuando la pareja usa siempre condón y sí además hay eyaculación externa (cuando el hombre es positivo). Esta protección fue estimada en 15 000 relaciones habidas en ese grupo importante. Cuando se usó el condón sólo ocasionalmente, es decir, en 50% o menos de las relaciones sexuales, la protección es mínima y es igual que si no lo usara.

La experiencia con uso de nonoxinol-9 es interesante, pero la información es incierta. Se reconoce que *in vitro* inactiva al VIH y el hallazgo ha permitido que numerosas fábricas usen una capa de este espermicida en el condón, para reducir la transmisión del VIH; sin embargo, este químico produce inflamación leve en la mucosa vaginal y daría una vulnerabilidad leve a adquirir el VIH. Se está desarrollando nuevas investigaciones para encontrar una respuesta a estas interrogantes.

#### 4. Inseminación artificial

Este avance técnico notable en el mundo de la ginecoobstetricia, ha ocasionado problemas nuevos y ocasionales, no solamente éticos sino también en el área de la infectología. Se ha reconocido que en el semen de un paciente seropositivo tiene una carga importante de virus y existe una publicación sobre varios casos de contagio del VIH a través de donantes de semen.

Las recomendaciones son las mismas que con el donante de sangre: Realizar despistaje con ELISA y evaluar la calidad del donante, pues el "periodo ventana" (el tiempo que media entre el contagio reciente y que su ELISA sea positivo) puede ser de 2 a 4 meses. Es muy recomendable incluir preguntas en donantes en relación de comportamientos sexual de riesgo en los últimos 6 meses, además de la prueba de ELISA.

### **Sida y gestación**

Al inicio de la epidemia del SIDA, se describió un "síndrome infección fetal" de hijos; nacidos de madres infectadas (peso bajo, alteración nasal y maxilar inferior corto, entre otros); sin embargo, luego se reconoció que básicamente el efecto de drogadicción y el alcohol de las primeras mujeres afectadas por el VIH. Ahora, se reconoce que una gestante en fase asintomática y bien nutrida no tiene tasa de aborto, partos prematuros o niños de bajo peso o con malformaciones.

Una gestante con infección avanzada y CD4 bajo puede adquirir una diversidad de infecciones que empobrecen el pronóstico fetal:

- Diarrea crónica con malnutrición
- TBC pulmonar o extrapulmonar.
- Vaginosis bacteriana y corioamnonitis, entre otros.



Se reconoce que una gestación normal produce una depresión progresiva de la inmunidad celular, con disminución de CD4, especialmente entre las semanas 30 y 34 de la gestación. Este hallazgo explica cómo algunas infecciones intracelulares son más severas durante la gestación (por ejemplo, fiebre tifoidea) o recurren con frecuencia asociada al tercer trimestre o en el postparto (por ejemplo, brucelosis y tuberculosis).

La influencia de la gestación sobre la historia de la infección por VIH aún es un tema de controversia. La mayoría de autores sugieren que, cuando hay progresión de la deficiencia, el embarazo puede causar progresión de la enfermedad. Sin embargo, otros estudios muestran que la gestación no deterioró a las gestantes asintomáticas. Nosotros tenemos la impresión clínica de que la gestación puede deteriorar el curso de la enfermedad en algunas gestantes, pero que no haya datos científicos suficientes.

### ***Transmisión madre-feto (recién nacido)***

En las diversas series se acepta que la transmisión es de 15 a 55%, notando que la mayoría de series señalan transmisión entre 20 y 40%. Se ha reconocido los siguientes factores:

#### 1. Estado clínico materno.

Durante la fase I ó seroconversión, la viremia es alta y por lo tanto, la transmisión es elevada. Asimismo cuando la paciente sale de fase asintomática y pasa a la fase sintomática, casi siempre asociada a disminución de CD4, se reconoce que la opción de infectar al producto en pacientes sintomáticos es 9 veces mayor que en gestantes infectadas asintomáticas. El estado inmune contra el VIH, medido con los niveles de transmisión altos. Así mismo, las gestantes con historia de drogadicción (especialmente EV) producen una transmisión del VIH.

#### 2. Condiciones de la placenta.

Se reconoce que la placenta es una barrera para el pasaje del VIH al feto. Aunque el virus ha sido aislado en fetos de 8 semanas y que la positividad crece según avanza la gestación, se estima ahora que la mayor transmisión ocurre al final de la gestación o el parto. Las infecciones comunes, como la sífilis, la corioamnionitis, la toxoplasmosis y otros, producen una disrupción del tejido placentario y aumenta la transmisión del VIH. Por otro lado las complicaciones obstétricas, como carioamnionitis, son más frecuentes en mujeres con VIH que en mujeres sin VIH (26% vs 14%).

#### 3. Estado nutricional de la gestante y la vitamina A.

Recientemente se ha dado énfasis en reducir la mortalidad de niños mal nutridos con sarampión, neumonía, entre otros, con dosis elevadas de vitamina A. Así mismo, la sepsis como neumonía con fiebre elevada se acompaña de gran excreción urinaria de vitamina A. Es probable que los múltiples procesos febriles de una paciente VIH promueva el desarrollo de la deficiencia de vitamina A.

Semba, de J. Hopkins, señaló que la transmisión de VIH de madre a feto es baja si el nivel sérico de vitamina A es normal:  $>1,4$   $\mu\text{mL/L}$  (transmisión de sólo de 5,5%); pero cuando los niveles de vitamina A son moderadamente bajos (1,05-1,4  $\mu\text{mL/L}$ ), la transmisión del VIH se estima es del 25%; pero si los niveles son menores a  $=,7$   $\mu\text{mL/L}$ , la transmisión es mayor de 30%. Se ha indicado que otros nutrientes, como selenio y zinc, también son importantes en la población con VIH/SIDA. Sin embargo, el rol de ellos durante la gestación y la afectación durante la transmisión del VIH. Es de asumir que si mantenemos niveles séricos normales de vitamina A en una gestante, utilizando suplementos adecuados a partir del segundo semestre, sin producir sobredosis, la transmisión podría ser reducida.

### ***Transmisión del VIH durante el parto***

Aunque la transmisión del VIH puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, la mayoría de casos (50 a 75%) ocurre alrededor del parto. Se ha reconocido que las investigaciones iniciales sobre la indicación de la cesárea no redujeron la transmisión del VIH, pero se debió a que se espera tener una indicación obstétrica, como ruptura prematura de membranas, parto prolongados y otros, y donde había contacto sanguíneo (por ejemplo,



episiotomía) entre la madre y el feto. Además el feto tenía contacto con la secreción cervical que contiene una carga importante de virus. Estudios recientes señalan que la cesárea electiva reduce la transmisión en comparación con el parto vaginal. Incluso hay experiencias numerosas donde, el parto gemelar, el primer gemelo tiene un riesgo elevado (35% de transmisión) en relación del segundo gemelo, que tiene sólo 8%. Probablemente, los eventuales traumas microscópicos de la placenta durante el trabajo de parto, así como el contacto con la secreción cervical y la sangre de la madre con el recién nacido; permite asumir que la cesárea electiva puede ser una indicación necesaria.

### ***Transmisión del VIH por lactancia materna***

En los estudios iniciales de mujeres con VIH, era muy difícil precisar el rol de la lactancia en la transmisión del VIH. Recién cuando se identifica a mujeres negativas al dar a luz, recibir sangre contaminada sin percatarse de ello y luego dar a lactar normalmente y contagiar a sus recién nacidos, es que se pudo definir con precisión este mecanismo. Se reconoce, en general, que la lactancia materna es el mejor mecanismo que tenemos de reducir, durante el primer año de vida, en 30% la diarrea infantil y un 25% la infección aguda de las vías respiratoria del lactante, además de otros efectos sobre estas enfermedades y el valor psicoafectivo, tanto para el niño como para la madre. En esta medida, la OMS ha recomendado seguir la lactancia en países del tercer mundo, en mujeres infectadas con VIH, por el efecto riesgo-beneficio.

Recientes estudios realizados por Lepage en Ruanda muestran que la lactancia tiene un rol elevado de transmisión, especialmente en mujeres malnutridas o con infección VIH avanzada. En este sentido, para situaciones como las de Perú, donde todavía no es elevado la frecuencia y el costo-beneficio es enorme a favor de subsidiar la lactancia si es que conocemos que la madre está infectada. Obviamente, esta aseveración tendrá que ser revisada en forma periódica de acuerdo con los hallazgos de nuestra realidad.

### ***Reducción de la transmisión del VIH con el uso de AZT***

Recientes estudios demuestran que el empleo de zidovudina (AZT) es seguro en la gestación, con una buena concentración fetal y amniótica. Los estudios de seguridad han señalado efectos notables negativos en la madre, en el recién nacido y en la placenta. En un estudio doble ciego (ACTG 076) publicado por E. Connor y colaboradores, se utilizó AZT 100 mg 5 veces/día vs. Placebo en gestaciones incluidas entre 14 y 34 semanas, la que continuaron hasta a dar a luz. Se incluyó dosis EV el día del parto y 2 mg/kg/día administrados al recién nacido hasta la sexta semana de vida. De las 183 gestantes que sólo recibieron placebo, el 25,5% de niños tuvieron infección al seguimiento de 72 semanas. Este hallazgo notable, señala una reducción de 2/3 en la transmisión, con escasos efectos adversos. Obviamente, estos hallazgos dan luces promisorias para reducir la transmisión, aunque debe reconocerse que su costo elevado no lo hace una alternativa fácilmente accesible en nuestro país.

### ***Despistaje de infección por VIH en gestantes***

El uso de despistaje de infección por VIH ha sido desalentado, en general, porque el costo-beneficio no lo amerita y porque el resultado habitual ha sido de discriminar a los seropositivos en el trabajo, en sus centros de estudios, y otros. En caso de gestantes, además, porque no se tenía algún despistaje en nuestro servicios de obstetricia, al igual que evalúa sífilis y bacteriuria asintomática y, en áreas hiperendémicas, hepatitis B.

Los argumentos para apoyar esta recomendación actual son:

- No se discrimina a los seropositivos y se puede dar el apoyo psicoafectivo pertinente
- Se puede reducir la transmisión del VIH con el uso de AZT y, por tanto, tener menos niños con SIDA. Es probable que el uso racional de vitamina A contribuya a esta reducción.
- Se pudiera reducir la transmisión durante el parto con una cesárea electiva y hacer una lactancia exclusiva artificial, con la reducción de la transmisión por este mecanismo



- Se podría dar consejería a la pareja para anticoncepción futura, para así reducir próximas gestaciones que tendrán el riesgo que tendrán el riesgo de infectarse.
- Se puede prevenir la transmisión a hombres no infectados si es que así fuera el caso.

Los argumentos en contra serían:

- Discriminación de gestantes por el personal médico o enfermera, cuando no están entrenados en forma apropiada. Asimismo, el despistaje habitualmente tiene aristas éticas.
- Elevado costo para aún una tasa de infección baja en mujeres gestantes peruanas.
- Elevado costo del AZT.

El balance final sugiere que una política adecuada es alentar descubrir las gestantes infectadas por VIH, en su primer control, evaluarlas y seguirlas con un flujograma racional, así como un manejo en equipo entre el obstetra, el infectólogo y el pediatra. Debe considerarse el gran objetivo final, reducir el número de casos de niños con SIDA, nacidos de madres infectadas, pero siempre y cuando se cumpla las recomendaciones arriba expuestas.

### **Referencias recomendadas**

1. Blanche S, Mayeux Mj, Rouzioux C, et al. Relation of the cause of HIV infection in children to the severity of the disease in their mothers at delivery. N Engl J Med 1994; 330: 308-12.
2. Connor EM, Esperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type I with zidovudine treatment N Engl J Med 1994; 331: 1173-80.
3. De Martino M, Tovo PA, Tozzi AE, et al. HIV-1 transmission through breastmilk: Appraisal of risk according to duration of feeding. AIDS 1992; 9 : 991-7
4. De Vicenzi I. European Study Group of heterosexual transmission of HIV A longitudinal study of human immunodeficiency virus. Transmission by heterosexual partners. N Eng J Med 1994; 331: 341-5.
5. Goedert J, Duliege A, Amos CH, et al. High risk of HIV-1 infection for first born twins. Lancet 1991; 338: 1471-75.
6. Gollub EL, Stein Z. Nonoxinol-9 and the reduction of HIV transmission in women. AIDS 1992; 6: 599-600.
7. Lindgren S, Anzen B, Bohlin AB, et al. HIV and child bearing: Clinical outcome and aspects of mother to infant transmission. AIDS 1991; 5: 11
8. Lindsay MK, Feng TI, Peterson HB, et al. Routine human immunodeficiency virus infection swelling in unregistered and registered inner-city parturients Obstet Gynecol 1991; 77: 599-603.
9. Mofenson L. Epidemiology and determinant of vertical HIV transmission. Semin Pediatr Infect Dis 1994; 5: 252-65.
10. Moss GB, Clemetson D, Costa L, et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: Results of a study of couples in Nairobi, Kenya. J Infect Dis 1991; 164: 588-9.
11. Newell ML, Peckham CS, Lepage P, et al. HIV-1 infection pregnancy: Implications for women and children. AIDS 1990; 4 (Supp 1): S111-7.
12. Recommendation of the US Public Health Service Task Force on the use zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus MMWR Morb Mortal WKLY Rep 1994; 43 (RR-11): 1-20.
13. Sánchez J, Mazzotti g, Cuéllar L, Campos P, Gotuzzo E. SIDA: Epidemiología Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Infección VIH/SIDA, 1994.
14. Sperling RS, Stratton P, O'Sullivan MJ. A survey of zidovudine use in pregnant women with human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med 1992; 326: 857-61



15. Sperling RS, Robot J, Dische R, et al. Zidovudine pharmacokinetics during pregnancy. *Am J Perinatol* 1992; 9: 247-9.
16. Sulachni CH, Alva Greco M, Khush Mittal, et al. Pathology and hum immunodeficiency virus expression in placentas of seropositive, women. *J Infect Dis* 1991; 163: 1134-38.
17. The Europe Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1994; 343: 1464-67.
18. Watts D, Brown Z, Tartagione T, et al. Pharmacokinetic disposition zidovudine during pregnancy. *J Infect Dis* 1991; 163: 226-31.