



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

DOCUMENTO DE CONSENSO

PATOLOGIA GINECOLÓGICA EN VIH

INTRODUCCIÓN

Las mujeres infectadas por VIH presentan mayor riesgo de desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales y lesiones invasoras del tracto genital inferior (TGI) en relación a la población general. Desde 1993 el carcinoma cervical invasor constituye una enfermedad marcadora de SIDA en tanto la displasia cervical o lesión intraepitelial (SIL), fue incluida como enfermedad relacionada al VIH (categoría B de CDC). En las pacientes con VIH las lesiones evolucionan en forma más rápida y respondiendo en menor medida a los tratamientos habituales. El propósito de esta norma es aportar elementos que sirvan de guía en la atención y seguimiento de las pacientes con VIH.

MÉTODOS DE SCREENING

El screening citológico de cuello uterino (PAP) en éstas pacientes es de fundamental importancia, al igual que el examen completo y minucioso de todo el tracto genital inferior. Esto permite el diagnóstico y tratamiento de lesiones preneoplásicas. Recordemos que la neoplasia intraepitelial cervical es 4 a 5 veces más frecuentes en mujeres adolescentes y adultas con VIH.

Se recomienda realizar dos PAP (con intervalo de 6 meses) durante el primer año de control de la paciente y en caso de ser ambos negativos, se continuará con un PAP anual.

En las pacientes con VIH histerectomizadas por causas benignas, dado que existe una mayor incidencia de lesiones intraepiteliales vaginales, se recomienda continuar con el screening citológico anual tomado de la cúpula vaginal.

El Hospital Ramos Mejía dispone de los siguientes métodos diagnósticos para estudiar el Tracto Genital Inferior:

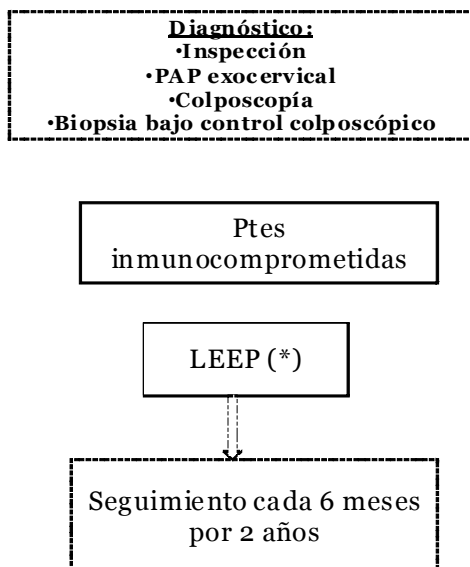
- PAP → estudio citológico del cuello uterino.
- Colposcopia → visión directa a gran aumento de todo el TGI.
- Cepillado Endocervical → estudio citológico del canal endocervical.
- Biopsia (Bajo Control Colposcópico) → estudio anatómopatológico del TGI.
- Legrado endocervical (LEC) → estudio anatómopatológico del canal cervical.

(*) En las pacientes que presentan patología perianal en la consulta ginecológica, realizarán interconsulta con Proctología.

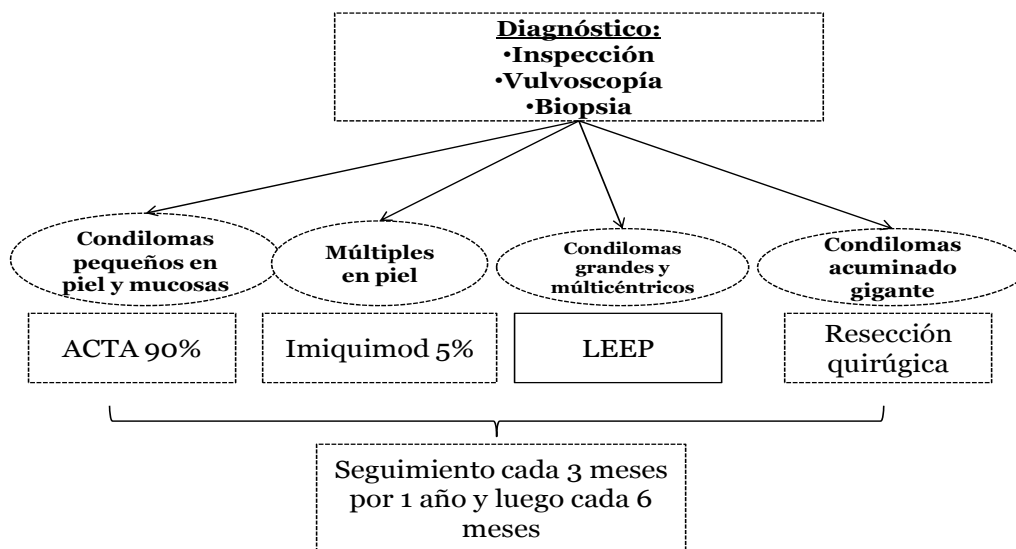
A continuación se incluyen los algoritmos aplicados al estudio de la patología del tracto genital inferior en pacientes con VIH:

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Manejo de las pacientes con condilomas acuminados en cuello y vagina



Manejo de las pacientes con condilomas acuminados vulva



En caso de no disponer de LEEP, se utilizarán tratamientos químicos locales como topicaciones con ácido tricloroacético al 90% o tratamiento local con 5-fluorouracilo. El uso de imiquimod como inmunomodulador es una buena opción así como la asociación de éste con métodos quirúrgicos.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Indicaciones de Biopsia de Vulva bajo control colposcópico:

- Diagnóstico diferencial con infecciones de transmisión sexual (ITS) como el Molusco contagioso, sífilis secundaria.
- Diagnóstico diferencial con enfermedades dermatológicas benignas (nevo, queratosis seborreica, angioqueratomas).
- Sospecha de otras patologías tumorales (VIN II-III, Papulosis Bowenoide, tumor de Buschke Loewenstein, Melanoma maligno).

La elección del tipo de tratamiento depende de:

- Edad de la paciente
- **Pacientes inmunocomprometidas (HIV +) → se preferirán las técnicas escisionales o combinación de escisionales con métodos químicos como el ACTA**
- Pacientes embarazadas.
- Por parte de la paciente: tolerancia al dolor, adherencia al tratamiento, posibilidad de realizar tratamiento en varias etapas
- Persistencia o recidivas de condilomas post-tratamiento.
- Tamaño, número y multicentricidad de las lesiones.
- Localización de los condilomas (áreas cutáneas, semimucosas o mucosas)
- Tiempo de evolución

LESIONES CITO-COLPOSCOPICAS EN CUELLO

Dos grandes estudios como el *Women's Interagency HIV Study* y el *HIV Epidemiology Research Study* demostraron que la incidencia de lesión intraepitelial cervical en pacientes con HIV es del 18%, mientras que en mujeres con iguales factores de riesgo pero sin HIV, es del 3 al 5%. A su vez, en la población con HIV, aquellas pacientes con mayor inmunocompromiso (menor recuento de CD4), presentaron mayor prevalencia aún.

En cuanto al tratamiento de las lesiones intraepiteliales en el TGI en las pacientes con y sin HIV, las principales diferencias a destacar, corresponden a la conducta ante las lesiones de bajo grado o L-SIL (condiloma plano, CIN I, condiloma acuminado). En pacientes HIV con estas lesiones, no se puede optar por el seguimiento como en el caso de mujeres menores de 30 años de bajo riesgo (*). La infección por HIV en sí misma constituye un factor de riesgo y las lesiones de bajo grado deben ser tratadas. A su vez son de preferencia los tratamientos escisionales (LEEP, bisturí frío) por sobre los destructivos locales (químicos y/o físicos).

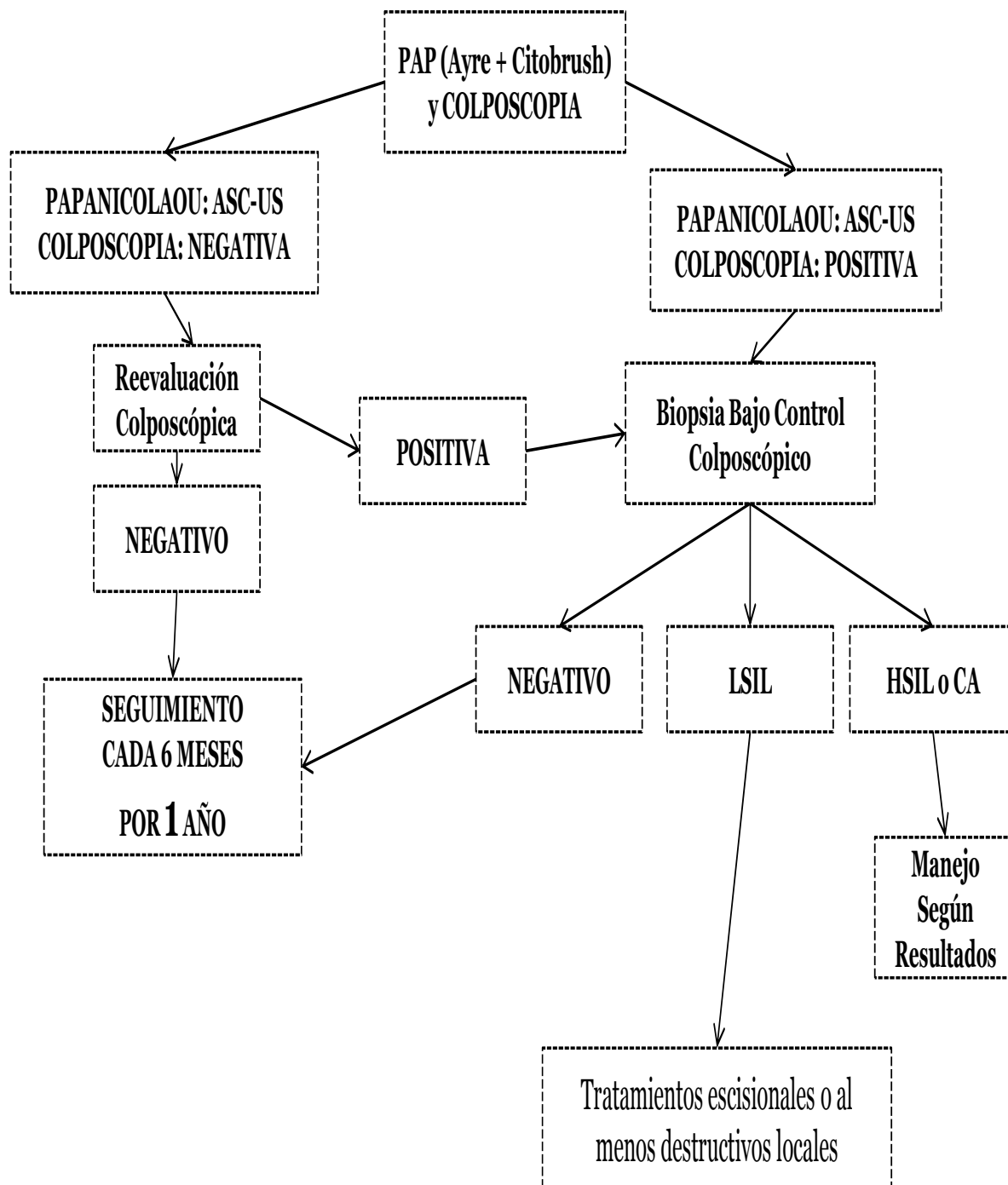
(*) Factores de riesgo que determinan la conducta activa en una lesión intraepitelial de bajo grado (L-SIL):

- Edad mayor de 30 años
 - Inicio precoz de relaciones sexuales
 - Nº parejas sexuales/promiscuidad
 - Tabaquismo
 - Estado inmunológico: HIV, transplantadas, tratamiento con glucocorticoides, etc.
 - Asociación con otras enfermedades de transmisión sexual
- Imposibilidad de seguimiento: factores sociales, económicos, geográficos, cognitivos,



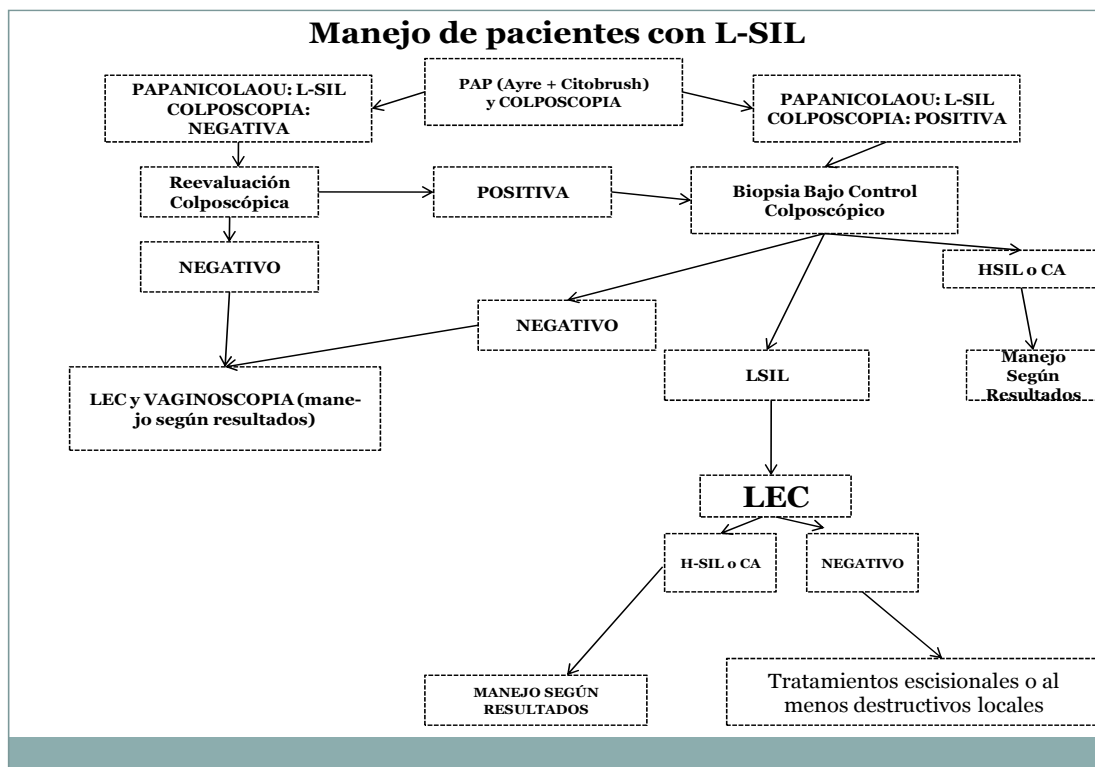
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Manejo de pacientes con atipía de células Escamosas de significado indeterminado (ASC-US)

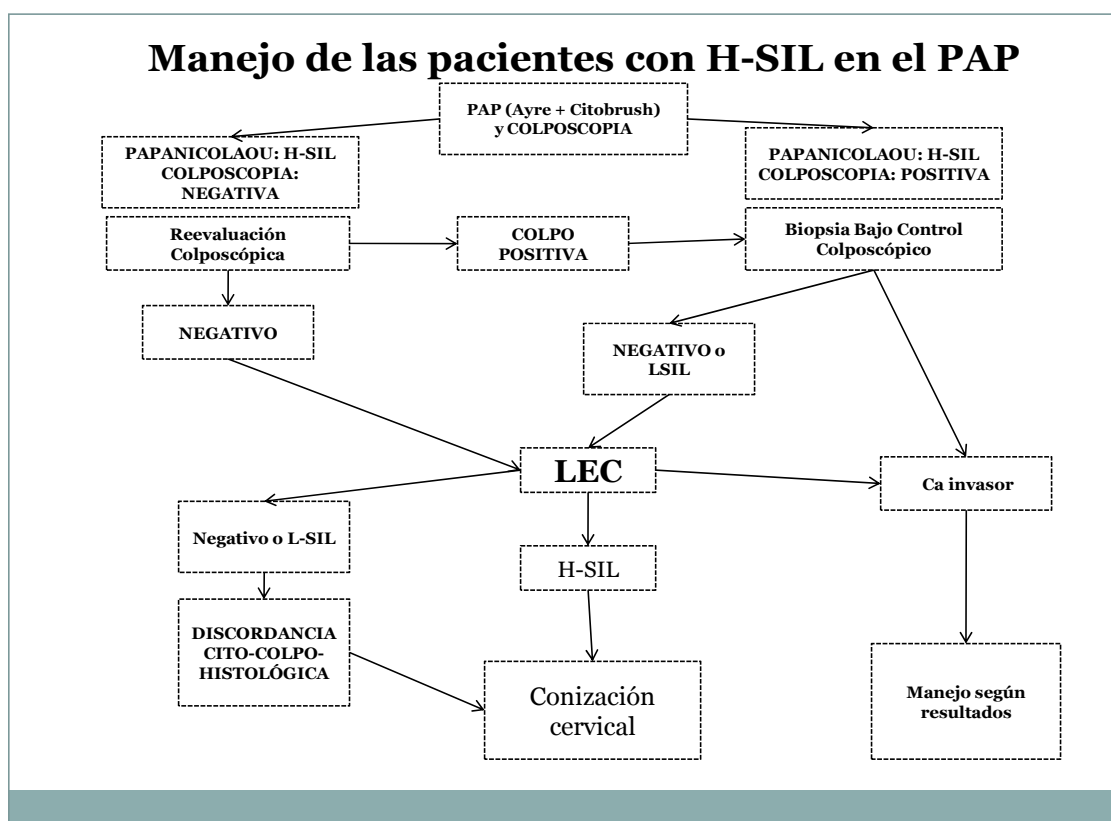




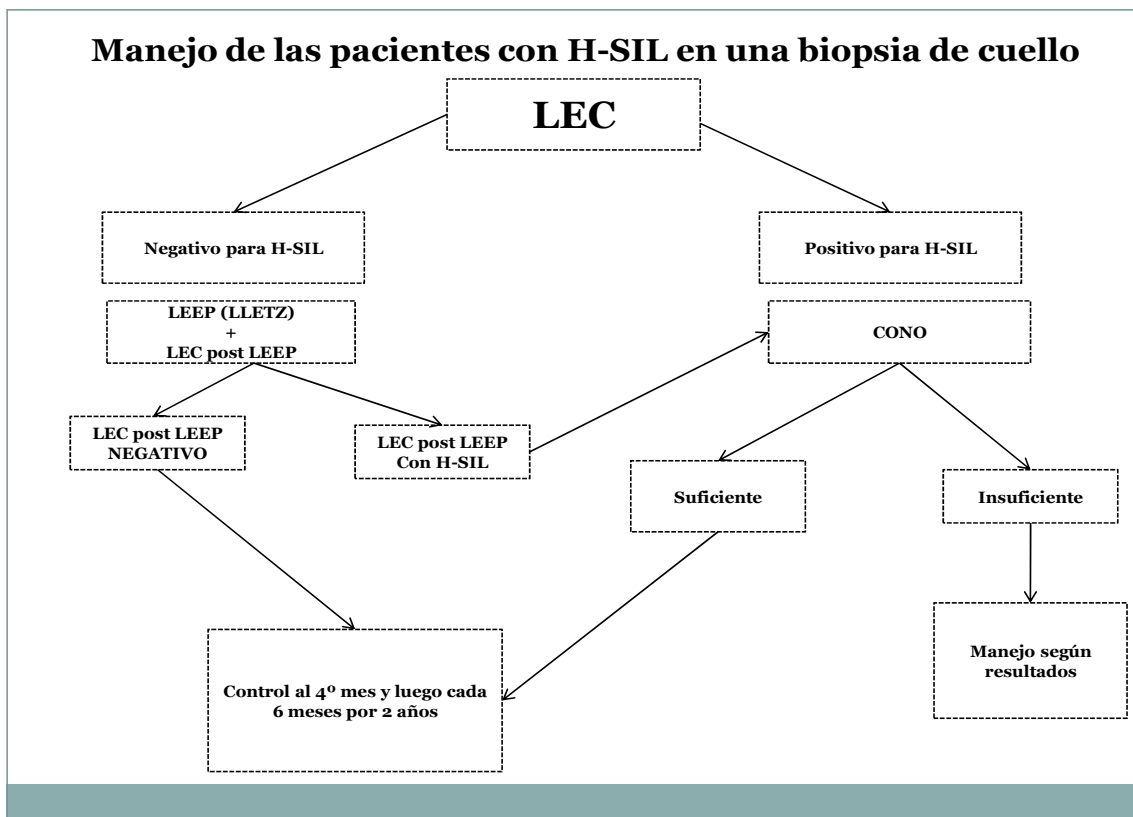
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA



Resumiendo, en las lesiones de bajo grado de pacientes con VIH, deberá tomarse conducta activa. Los tratamientos serán preferentemente escisionales (LEEP). De no contarse con estos medios se realizará tratamiento destructivo local.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS constituyen las principales causas de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y morbilidad en el mundo. Se ha estimado que las úlceras genitales aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión del VIH en cada relación sexual sin protección.

Diagnóstico y tratamiento etiológico: utiliza pruebas de laboratorio para determinar el agente causal → si bien es lo ideal, no siempre es lo posible; además puede retrasar el inicio del tratamiento.

Diagnóstico clínico y manejo: utiliza la experiencia clínica para identificar síntomas y signos propios de cada ITS.

Etiología de las ITS

Bacterias:

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

Virus:

- VIH.
- VHS.
- HPV.
- VHB.
- CMV.
- Molluscum contagiosum.

Protozoarios:

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

Ectoparásitos:

- *Pthirus pubis*.
- *Sarcoptes scabiei*.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

SÍNDROME ULCEROSO GENITAL (SUG)

Entre los agentes etiológicos destacamos: Sífilis; Chancroide; Virus del Herpes Simple (VHS tipo2); Linfogranuloma venéreo (LGV); Granuloma inguinal.

La presencia del VIH puede alterar las manifestaciones clínicas y los patrones del SUG.

Tratamiento recomendado en el SUG:

- Tener en cuenta principalmente las dos etiologías más frecuentes en nuestro medio: VHS y sífilis. Tratar empíricamente para VHS cuando corresponda y pedir siempre VDRL.
- Para chancroide, donde es prevalente.
- Para granuloma inguinal, donde es prevalente.
- Para linfogranuloma venéreo, donde es prevalente.

1-Sífilis

En pacientes con VIH la sífilis evoluciona rápidamente de un estadio al siguiente. Ante la sospecha clínica de sífilis, se solicitará VDRL y se evaluará la necesidad de descartar compromiso de SNC (Neurolúes). Al descartar ésta última, se decidirá tratamiento semanal con penicilina benzatínica 2.400.000 U IM (4 dosis) de no presentar contraindicación para la misma. En caso de alergia: doxiciclina 100 mg cada 12 hs durante 2 semanas VO.

2-Chancro Blando o Chancroide

Su agente etiológico es el *Haemophilus ducreyi*, que produce lesiones extensas o múltiples vésiculas pustulosas o ulceradas acompañadas por manifestaciones sistémicas, como fiebre y escalofríos. El 50% de los casos se asocia con la presencia de adenomegalias dolorosa asociada que pueden fistulizar hacia el exterior.

También en pacientes con VIH se reportó la presencia de lesiones atípicas dolorosas, ulceradas de fondo sucio y maloliente. Ante la sospecha se indicará biopsia y cultivo; el cual es dificultoso.

Tratamiento: azitromicina 1g oral monodosis o bien ceftriaxona 250 mg IM monodosis. Otras opciones son ciprofloxacina (500 mg cada 12 hs por siete días) o eritromicina (500 cda 12 hs por 14 a 28 días).

3-Herpes Genital

En individuos con VIH, las lesiones por herpes pueden presentarse como úlceras múltiples, dolorosas y persistentes. La mayoría de las lesiones herpéticas responden al aciclovir, pero en algunos casos puede ser necesario administrar el tratamiento por un período más prolongado. Los pacientes pueden beneficiarse posteriormente con un tratamiento crónico supresivo que reduce la frecuencia de las recurrencias.

Tratamiento del episodio agudo: aciclovir 800 mg cada 8 a 12 hs via oral por 7 días.. aciclovir 5 mg/kg cada 8 hs EV. Alternativa: valaciclovir 1 g cada 12 hs por 7días.

Tratamiento de recurrencia: igual dosis por 5 días.

Tratamiento supresivo crónico: aciclovir 400 mg cada 12 hs. Alternativa: valaciclovir 1 g por día. Dado que el tiempo de duración del mismo es controvertido se sugiere consultar con médico de cabecera dicho tratamiento



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

4-Linfogranuloma Venéreo (LGV)

Es producido por los serotipos L1, L2 y L3 de ***Chlamydia Trachomatis***. El período de incubación es 3 semanas. Tiene una fase inicial fugaz con un chancro de inoculación en forma de vesícula herpetiforme en labios menores o cara interna de labios mayores, que suele ser asintomática y se cura espontáneamente. En una segunda etapa aparecen adenopatías dolorosas que involucran varios ganglios, que se vuelven fluctuantes y luego fistulizan cada uno por separado (poradenitis). Por último, incluso años después, puede haber manifestaciones rectales y vulvares con ulceraciones que luego evolucionan a la esclerosis y retracción cicatrizal. En general se observan directamente las manifestaciones linfoganglionares.

Tratamiento: doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 3 semanas. Alternativas: eritromicina 500 mg cada 6 hs, azitromicina 1 gr/semana ambas por 3 semanas.

5-Granuloma Inguinal (Donovanosis)

Es endémica en países tropicales y subtropicales y no frecuente en Argentina, por tanto se debe sospechar ante viajes y/o contactos con viajeros. Se transmite por vía sexual principalmente por relaciones anales. Su agente etiológico es la ***Klebsiella Granulomatis*** (anteriormente llamado ***Calimatobacterium Granulomatis***). Tiene un periodo de incubación de hasta 3 meses; clínicamente es similar al chancroide en una primera etapa (pero las úlceras son indoloras) y al LGV.

Tratamiento: doxiciclina 100 mg c/12 hs por 3 semanas. Alternativa: TMS160-800 mg c/12 hs por 3 semanas.

LGV y CHANCROIDE → pueden producir bubones inguinales y femorales que consisten en un aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos, dolorosos y fluctuantes.

Descarga uretral - Uretritis

Las uretritis pueden ser: **INFECCIOSAS Y NO INFECCIOSAS.**

-Causas infecciosas: ***Neisseria gonorrhoeae*** y ***Chlamydia trachomatis*** son los principales patógenos responsables.

-Causas no infecciosas:

- Irritaciones crónicas.
- Traumáticas (cuerpos extraños).
- Alérgicas por contacto, por causas tóxicas locales o sistémicas (S. Jhonson, Wegener).

Tratamiento: se recomienda el uso de dosis única y cobertura contra clamidia en todos los pacientes con gonorrea: ceftriaxona 250 mg IM o ciprofloxacina 500 mg + azitromicina 1g. La persistencia o recurrencia de los síntomas de uretritis puede deberse a resistencia antibiótica o reinfección. Debe recomendarse a los pacientes que realicen una nueva consulta si los síntomas persisten a los 7 días de haber realizado el tratamiento.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

FLUJO VAGINAL Y CERVICITIS

Representan la consulta de mayor frecuencia en la mujer con VIH. Las infecciones ginecológicas se presentan en un 65% de las pacientes con VIH y en un 85% de las mujeres hospitalizadas por SIDA. La candidiasis vaginal generalmente se comporta como recurrente y de escasa respuesta a los tratamientos específicos. En el caso de la vaginosis bacteriana, se presenta con la misma prevalencia que en la población general. En cuanto a la infección por trichomonas, la prevalencia es mayor con respecto a la población general, siendo estimada en un 12% de las pacientes con VIH. Las causas más comunes de infección vaginal son ***T. vaginalis***, ***C. albicans*** y la vaginosis bacteriana (VB).

La ***N. gonorrhoeae*** y la ***C. trachomatis*** causan infección cervical (cervicitis) que es dificultosa de diagnosticar por cursar en forma asintomática en gran proporción. A veces puede observarse secreción cervical mucopurulenta o simplemente una ectopia edematizada y sangrante.

Manejo recomendado para cervicitis y flujo vaginal:

- Tratamiento para gonorrea no complicada, más tratamiento para clamidia en las cervicitis (igual que para uretritis infecciosa).
- Tratamiento para trichomonas, más tratamiento para vaginosis bacteriana en el flujo vaginal según sus características clínicas (metronidazol 2 gr oral monodosis o 500 mg cada 12 hs por 7 días). Para vaginosis también es útil Clindamicina local 100 mg por noche por 3 noches o 300 mg cada 12 hs VO por 7 días.
- Cuando corresponda, se agregará cobertura para ***Cándida albicans*** con un antimicótico tópico por 7 a 14 días + fluconazol 150 mg VO en 2 dosis separadas por 72 hs)

RECORDAR EN TODOS LOS CASOS EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE DE LAS PAREJAS SEXUALES

ENFERMEDAD PELVIANA INFLAMATORIA (EPI)

Los síntomas que sugieren presencia de EPI incluyen dolor abdominal, dispareunia, flujo vaginal, menometrorragia, disuria, fiebre, náuseas y vómitos.

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

En algunas series estudiadas se describe mayor cantidad de casos oligosintomáticos con bajo recuento de glóbulos blancos y mayor tendencia a la formación de abscesos tuboováricos entre las pacientes con EPI y VIH. La respuesta al tratamiento oral y EV no parece tener diferencias. Los hallazgos microbiológicos son similares, con mayor incidencia de ***Mycoplasma hominis***, ***Cándida***, ***Streptococo*** y ***HPV*** concomitante.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Se recomienda que el tratamiento se inicie tan pronto se haya hecho el diagnóstico presuntivo, para la prevención de las secuelas a largo plazo.

La decisión de la hospitalización debe basarse en el criterio clínico y estadio de la EPI. En algunos casos con CD4 menor a 200/ml y/o que hayan iniciado tratamiento ARV recientemente (menos de 3 meses) también se evaluará la posibilidad de internación.

Opciones de tratamiento parenteral

Esquema A: Cefoxitina 2 g EV c/ 6 hs hasta mejoría clínica + Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 hs por 14 días

Esquema B: Clindamicina 900 mg EV c/ 8 hs + Gentamicina dosis de carga 2 mg/k EV o IM y dosis de mantenimiento 1,5 mg/k EV c/ 8 hs. Ambos hasta mejoría clínica y completar luego con Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 hs por 14 días.

Esquema C: Levofloxacina 500 mg EV por día + Metronidazol 500 mg EV c/ 8 hs o Ampi/Sulbactam 3 g EV c/ 6 hs y luego continuar con Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 hs por 14 días.

Opciones de tratamiento vía oral

Esquema A: Levofloxacina 500 mg VO por día + Metronidazol 500 mg VO c/ 12 hs, ambos por 14 días.

Esquema B: Ceftriaxona 250 mg IM monodosis y luego Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 hs + Metronidazol 500 mg VO c/ 12 hs, ambos por 14 días.

CONTROL MAMARIO

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

PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

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

Se recomienda realizar una densitometría ósea de control basal al inicio de la menopausia y otra después de los 50 años, aunque la frecuencia apropiada realmente no está definida en esta población. Es importante también tener en cuenta la asociación entre VIH y osteonecrosis (necrosis aséptica), ya que es un diagnóstico diferencial en pacientes con sintomatología sugestiva del cuadro. Si bien la cadera es la articulación más frecuentemente afectada, también puede comprometerse el resto de las grandes articulaciones. El aumento de la incidencia de este cuadro en esta población en los últimos años, se ha relacionado con la toxicidad crónica de los antirretrovirales.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Preservativos

La transmisión sexual ha pasado a ser, en la Argentina, la principal vía de transmisión del VIH, tanto para hombres como para mujeres. La experiencia acumulada desde el inicio de la epidemia nos muestra que el uso difundido, correcto y constante del preservativo es la estrategia más efectiva y de mayor disponibilidad e impacto para la prevención de la transmisión sexual del VIH. Aunque desde el punto de vista ético y logístico resulte imposible efectuar estudios clínicos controlados para llegar a un cálculo directo de la eficacia del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH, existen estimaciones realizadas a partir de estudios observacionales que muestran una muy alta efectividad potencial global y reducción proporcional de seroconversiones de VIH mediante el uso del preservativo en parejas serodiscordantes, en comparación con parejas serodiscordantes que no lo utilizan.

Anticoncepción hormonal

La anticoncepción hormonal no tiene contraindicaciones particulares en pacientes sin tratamiento antirretroviral. Existen interacciones medicamentosas documentadas entre ciertos antirretrovirales y etinilestradiol. A pesar de no existir hasta el momento contraindicaciones generales para el uso de anticonceptivos orales en mujeres bajo terapia ARV, en base a las evidencias disponibles obtenidas de estudios de farmacocinética, se recomiendan las siguientes adaptaciones posológicas:

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

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

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

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



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

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

En relación con la anticoncepción de emergencia (que puede ser empleada en caso de no uso de métodos anticonceptivos eficaces, rotura del preservativo, olvido de píldoras, situaciones de violencia sexual, etc.), debe ser empleada dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual no protegida.

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

El DIU es el método anticonceptivo apropiado para mujeres infectadas por el VIH, sin patología cervical y con acceso adecuado a los servicios médicos para el seguimiento. Estudios reportan que **no habría un incremento del riesgo** de complicaciones en pacientes con VIH que no estén severamente inmunocomprometidas (menos de 200 CD4/mL.) En estos casos se tomarán decisiones individuales basadas en riesgos y beneficios aportados por el uso de DIU.

El impacto del uso de DIU en el riesgo de transmisión del VIH de una mujer infectada a una pareja seronegativa es un área de particular importancia, conociendo la posibilidad del incremento del volumen menstrual en portadoras de DIU. El único estudio que abordó este impacto **no reveló una asociación significativa en este hecho**. En ese sentido, diversos estudios muestran que no existe un aumento en la detección de VIH-1 DNA en las secreciones vaginales de mujeres con VIH que utilizan DIU.

Por lo tanto, se concluye que es el método recomendado para anticoncepción en pacientes con VIH.

Anticoncepción quirúrgica

La ligadura de trompas y la vasectomía aparecen como alternativas anticonceptivas válidas para la población afectada por el VIH. Son métodos seguros, sumamente eficaces y permanentes. Al igual que con otros métodos, se debe aconsejar a las parejas acerca de la importancia del uso concomitante de preservativos para prevenir infecciones y/o reinfecciones. La ley 26.130 establece el derecho de todas las personas a acceder a las prácticas quirúrgicas mencionadas. Esta norma nacional entró en vigencia en septiembre de 2006 (Boletín Oficial 30.978) y establece que estas prácticas deben realizarse, en forma gratuita, en hospitales y clínicas del país, sean públicos o privados, de obras sociales o prepagas. Con esta norma, toda persona mayor de 21 años tiene derecho a realizarse una ligadura tubaria o vasectomía, sin necesidad de consentimiento de la pareja ni autorización judicial, salvo en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces.

Microbicidas

Microbicida es el nombre que se ha dado a un número de productos en investigación, que podrían convertirse en una nueva clase de métodos de barrera de uso vaginal y/o anal para proteger contra el VIH, prevenir y/o tratar otras ITS y/o funcionar como anticonceptivo. Uno de los primeros agentes que han sido considerados para este fin ha sido el nonoxinol-9. A pesar de que estudios *in vitro* lo mostraban activo contra el VIH y otros agentes transmitidos sexualmente, estudios controlados han mostrado que



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

el nonoxinol-9 no tiene un efecto significativo sobre la transmisión del VIH, *N. Gonorrhoeaeni* y *C. Trachomatis*.

A su vez, el uso frecuente de nonoxinol-9 está asociado, *in vivo*, a cambios inflamatorios con expresión histológica y colposcópica en el tracto genital, reducción en el número de lactobacilos de la flora vaginal, mayor incidencia de vaginitis candidiásica y ulceraciones genitales, con el consiguiente aumento en el riesgo de transmisión viral. Sobre la base de la evidencia actual, no es posible recomendar y promover el nonoxinol-9 desde los programas de prevención del VIH.

Otros métodos anticonceptivos

No existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos, tales como diafragmas y métodos naturales solos o combinados. También para estos métodos vale la pena enfatizar la recomendación del uso concomitante del preservativo.

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



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

APENDICE

Glosario:

CMV: citomegalovirus.

EPI: enfermedad pelviana inflamatoria.

HPV: papilomavirus humano.

H-SIL: lesión escamosa intraepitelial de alto grado (por su sigla en inglés).

LEC: legrado endocervical (por su sigla en inglés).

LEEP: escisión por asa diatérmica (por su sigla en inglés).

LEETZ: escisión amplia por asa diatérmica de la zona de transformación. (por su sigla en inglés).

LGV: linfogranuloma venéreo.

L-SIL: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (por su sigla en inglés).

PAP: papanicolaou.

SIL: lesión escamosa intraepitelial (por su sigla en inglés).

TGI: tracto genital inferior.

VHS2: virus herpes simple tipo 2.

-LEEP (Loop Electro Excision Procedure) o Escisión por Asa Diatérmica: este procedimiento utiliza un alambre muy delgado en forma de asa conectado a un generador de corriente eléctrica de alta frecuencia, lo cual permite escindir con gran precisión el área afectada y, al mismo tiempo, coagula los vasos sanguíneos. Debido a esta alta precisión, y al diámetro reducido del alambre utilizado, el daño causado a los tejidos normales que rodean la lesión es mínimo. Además, se obtiene una pieza para su estudio anátomo-patológico a diferencia de los tratamientos destructivos locales como la criocirugía, la vaporización láser o las topicaciones con ácido tricloroacético. Es un procedimiento que se utiliza para diagnóstico y/o tratamiento, según el caso.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Autores:

Arrupe Mercedes; Raya Stella Maris; Festa Horacio; Bruguera José María; Ivalo Silvina; Losso Marcelo H. en representación del Comité de SIDA y miembros del equipo de consenso.

Comité de SIDA:

Dr. Javier Toibaro, Dra. Viviana Ybarra, Enf. Juan Ebenrstejin, Dr. Alejandro Hakim, Dra. Irene Foradori, Lic. Liliana León, Farm. María Inés Morales, Dr. Eduardo Marini.

Equipo de Consenso:

Dr. Mario Oxilia, Dra Viviana Ybarra.