

**SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA EN LA GESTANTE. CONDUCTA
ANESTÉSICA PARA CESÁREA ELECTIVA.**

**Autores: Dres. Dilia Coba Varona *, Dania de Miranda
Remedios **, José Antonio Pozo Romero *** y Dra
Aimee Capote Betancourt******

Hospital Provincial Materno Infantil Ana Betancourt de Mora. Camaguey

* Jefa Servicio Anestesiología y Reanimación. Especialista de Primer
Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Instructor

** Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación

*** Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.
Diplomado en Medicina Intensiva del Adulto. Profesor Asistente

**** Residente Tercer Año Anestesiología y Reanimación

RESUMEN

Introducción: La epidemia mundial del SIDA continua creciendo, en 2006, 20,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con este. El VIH infecta a 1000 niños cada día en el Mundo, el 90% se contamina durante el embarazo, parto o lactancia, a partir de la madre infectada. **Objetivos:** Exponer los resultados de la conducta anestésica, en pacientes gestantes VIH positiva propuesta para cesárea electiva. **Método:** Se administró anestesia peridural en cinco pacientes con dosis única de Lidocaína y adrenergico. **Resultados:** Predominaron las adolescentes menores de 18 años, con tres pacientes (60 %). El tiempo de gestación fueron pretérminos tres y solamente dos casos a términos (40 %); la evolución intraoperatoria fue satisfactoria. Un sólo caso presentó hipotensión arterial que resolvió con volumen y efedrina. Todos los niños tuvieron Apgar adecuados. **Conclusiones:** La anestesia peridural ofrece estabilidad cardiovascular a la gestante con poca influencia sobre el feto y protege al Anestesiólogo al mantenerse intacta la duramadre.

Palabras Clave: Infección VIH, embarazo, anestesia obstétrica, regional, peridural

INTRODUCCIÓN

La epidemia mundial de SIDA continúa creciendo y existen indicios preocupantes de que en algunos países que hasta fechas recientes tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso éstas vuelven a aumentar; de acuerdo con los datos más recientes que se dan a conocer. La situación de la epidemia de SIDA 2006 del ONUSIDA/OMS, estima que actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas. En 2006, 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA¹.

Los nuevos datos indican que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se mantienen estables o vuelven a subir¹. Las mujeres representan actualmente 36 % de los 1,7 millones de adultos que viven en América Latina con SIDA².

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad de alta mortalidad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual se caracteriza por un defecto adquirido aparentemente irreversible en la inmunidad celular, que predispone al huésped a infecciones oportunistas severas y/o neoplasias inusuales. Se estima que el VIH infecta a 1000 niños cada día en el mundo, 90 % se contaminaron durante el embarazo, parto o lactancia, a partir de una madre infectada³. La mayoría de estas mujeres y niños pertenecen al mundo subdesarrollado, más de 2,6 millones de niños son portadores de VIH transmitido por su madre. La transmisión materno infantil (TMI) es la principal fuente de infección por el VIH en los niños menores de 15

años. En Cuba el sistema de salud es universal, de fácil acceso y gratuito, además se realiza el análisis sistemático de las donaciones de sangre, por lo que la transmisión perinatal representa la principal fuente de infección en los niños pequeños la única intervención que ha probado ser efectiva en la reducción de la transmisión madre a hijo es el uso de drogas antirretrovirales (zidovudina, AZT) sola o en combinación con otras durante el embarazo, parto y en las 6 primeras semanas de vida del bebé, unido a la terminación del embarazo por cesárea y la eliminación de la lactancia materna; la cesárea electiva evitaría el contacto del feto con las secreciones cérvico-vaginales maternas y, por tanto, ayudaría a prevenir la transmisión directa o perinatal ^{4,5}.

Es objetivo de nuestra investigación, exponer los resultados de la conducta anestésica, en pacientes VIH positiva propuestas para cesárea electiva.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 5 pacientes VIH positiva en que se empleó anestesia peridural para cesárea electiva, en el período comprendido entre Enero del 2004 a Diciembre del 2006 en nuestra institución. De cada una de ellas se recolectó los siguientes datos clínicos: edad, tiempo de gestación, método anestésico, agente anestésico utilizado, evolución de cada una de las pacientes y Apgar del niño al nacer.

En la técnica anestésica peridural se prefirió la posición sentada, previa hidratación con cloro sodio 0.9 % 12 mls/Kg., a nivel de L-3-L-4. Se identificó el espacio peridural por la pérdida de la resistencia. Se inyectó Lidocaína 400 mgs con epinefrina como adrenérgico. Se colocó la paciente en decúbito supino colocándose una cuña debajo del glúteo derecho. Se monitorizó EKG, tensiones arteriales no invasivas, oximetría de pulso. Se mantuvo máscara con oxígeno al 100 %.

Se creó una base de datos en el software Excel de Microsoft Windows XP. Se analizaron las variables antes expuestas y realizamos estadística descriptiva, creamos tablas que nos ayudaron a exponer los siguientes.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de las gestantes VIH positivas, según la edad. Predominaron las adolescentes menores de 18 años, con 3 pacientes lo que representó 60 % del total, siguiéndole en ese orden entre 19-35 años, una paciente (20 %) y mas de 35 años igualmente.

Tabla 1. Grupos etáreos

Grupo de Edades	Numero de Pacientes	%
Menores de 18 años	3	60
De 19 a 35 años	1	20
Mayor de 35 años	1	20
Totales	5	100

Fuente: HC Anestesia

Según el tiempo de gestación 60 % eran pretérmino (3 pacientes) y solamente dos fueron a términos (40 %) Tabla 2

La evolución de las pacientes durante el intraoperatorio fue satisfactoria. Sólo una paciente presentó hipotensión arterial que cedió con volumen y efedrina endovenosa.

Todos los niños tuvieron Apgar al nacimiento 9/9 y a los cinco minutos 9/9.

DISCUSIÓN

En el mundo hay infestado 50 millones de personas con SIDA y 43 % son mujeres. La transmisión vertical perinatal es la causa de más casos pediátricos. La cesárea electiva, es uno de los factores que hace disminuir el nacimiento de niños infectados con el virus ^{8, 9}. Durante la última década, hubo un aumento dramático en el número de mujeres infectadas con el VIH ¹⁰.

El anestesiólogo debe ser consciente de la enfermedad y su impacto, en las técnicas anestésicas y las posibles interacciones entre drogas anestésicas y los agentes terapéuticos ⁹.

La decisión de la administración de anestesia en pacientes VIH positiva es motivo de debate ^{10, 11}. Avidan y su grupo ¹⁰, plantearon que la cesárea electiva bajo anestesia espinal para mujeres infectadas con VIH tratadas con terapia antiretroviral no esta asociadas a complicaciones intra o postoperatorias; sin embargo, Bremerich y colaboradores ⁶, utilizaron mepivacaina combinada con sufentanil y constataron hipotensión arterial en 65 % de los pacientes.

Siempre que sea posible se debe evitar la anestesia general, debido a la inmunosupresión y se recomienda una técnica locorreional; sin embargo, los bloqueos espinales son controvertidos, pues se trata de enfermos inmunodeprimidos, con enfermedad neurológica y alteraciones de la coagulación en ocasiones ¹².

En nuestra serie, se decidió realizar bloqueo peridural, porque con una precarga a base de cristaloides y coloides se produjo estabilidad cardiovascular. La madre puede deambular precozmente y se evitaron las

complicaciones tromboembólicas y el niño nació con un Apgar elevado (9/9), además el Anestesiólogo no estuvo en contacto con el LCR. La escasa influencia del método y los agentes anestésicos empleados como la lidocaína, en cuanto al riesgo de neurotoxicidad de los anestésicos locales en la progresión de la enfermedad, parece ser mínimo, aunque se han descrito cambios del tipo de denervación muscular al utilizar fármacos de acción prolongada, como la bupivacaína, en el caso de que éstos se produzcan, son totalmente reversibles por regeneración muscular en un plazo de 2 semanas ¹³.

Hernández y colaboradores ¹³, demostraron que la anestesia peridural en cesáreas la hemodinámica se mantuvo estable sin complicaciones maternas y el puntaje de Apgar fue satisfactorio. Diversos estudios corroboraron lo planteado, por Figueredo et al ¹⁴, Mugí ¹⁵, Santiago y su grupo ¹⁶; sin embargo, con anestesia espinal la ocurrencia de hipotensión arterial está asociada a Apgar bajos según reseñó Ariza y colaboradores ¹⁷. Además, otros investigadores lo asociaron con hipoperfusión placentaria y asfixia perinatal ¹⁸.

Se concluye que la anestesia peridural es una técnica que ofrece estabilidad cardiovascular a la gestante con poca influencia sobre el feto y protege al Anestesiólogo, de contaminarse con fluidos corporales como puede ser el LCR, al mantenerse intacta la duramadre. Según estadísticas de Organizaciones de Salud Internacionales la pandemia del SIDA, va en aumento y es necesario que el Anestesiólogo este familiarizado con la enfermedad y su tratamiento, realice un trabajo en equipo para asegurar un tratamiento perfeccionado de la gestante propuesta para cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONUSIDA. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA: Comunicado de prensa. La Habana: Infomed Red Telemática de Salud; 1999-2006. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=1881>
2. Alfonso R A C. Sexual and reproductive health from the women's view. Rev Cubana Salud Pública. [En línea]. Jan.-Mar. 2006, vol.32, no.1 [Citado 17 December 2006], p.0-0. Available from www: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
3. Guerra ME, Casanova ME, Suárez JA, Salazar A. Tratamiento odontopediátrico de un paciente VIH (+) bajo anestesia general: primer caso en el Postgrado de Odontología Infantil en la Facultad de Odontología de la UCV. *Acta Odontol. Venez*; 2003; 41(1):81-92
4. Mayo A D. VIH/SIDA en gestantes. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Online]. Sep.-dic. 2005, vol.31, no.3 [citado 17 Diciembre 2006], p.0-0. Disponible en www:cielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0138-60
5. González N I, Díaz J M, Pérez AJ. La transmisión materna infantil del VIH/SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop. [En línea]. Sep.-dic. 2000, vol.52, no.3 [citado 17 Diciembre 2006], p.220-224. Disponible en la www <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-6-7- <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es> Acceso 1-12-2006.

6. Bremerich DH, Ahr A, Büchner S, Hingott H, Kaufmann M, Faul-Burbes C, Kessler P. Anesthetic regimen for HIV positive parturients undergoing elective cesarean section. *Anaesthesist* 2003; 52(12):1124-31
7. Evron S, Glezerman M, Harow E, Sadan O, Ezri T Human immunodeficiency virus: anesthetic and obstetric considerations *Anesth Analg*. 2004; 98(2):503-11
8. Ahdieh L. Pregnancy and infection with human immunodeficiency virus. *Clin. Obstet. Ginecol* 2001; 44(2) 154-66
9. Kuczkowski KM. Human immunodeficiency virus in the parturient. *J. Clin. Anesth*. 2003; 15(3): 224-33
10. Avidan MS; Groves P; Blott M; Welch J; Leung T; Pozniak A; Davies E; Ball C; Zuckerman M Low complication rate associated with cesarean section under spinal anesthesia for HIV-1-infected women on antiretroviral therapy *Anesthesiology* 2002;97(2):320-4
11. Schwartz D, Schwartz T, Cooper E, Pullerits J Anaesthesia and the child with HIV infection. *Can J Anaesth* 1991; 38: 626-33.
12. Uña OR, Ureta TP, Uña OS, Maseda GE, Criado JA. Sida y Anestesia *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*. 2000; 47: 114-125
13. Hernández LLF, Herrera HR, Vasallo CVJ, Gonzalez LA. Ropivacaina y Lidocaína peridural en la operación cesárea. *Rev. Cuba. Med. Mil* 2004; 33(3)
14. Figueredo CCA, Sanchez OA, Fernando CLL, Schubert F, Marsaioli SM, Taia FS, Taia C. Estudio comparativo entre bupivacina a 0,5 por ciento, mistura enantiomérica de bupivacaína (s75-r25) a 0,5 por ciento e ropivacaina. *Rev. Bras. Anesthesiolo* 2003; 53(2):177-187

15. Mugí MG. Uso peridural de levobupivacaina en operación cesárea: experiencia clínica reducida Rev. Arg. Anesthesiol. 2003; 61(5): 295 -300
16. Santiago RG, Posi G, Ogas M, Dicuatro N, Gonzalez VM. Uso comparativo de bupivacaina vs. ropivacaina peridural asociados a fentanilo en cesáreas. Rev. Argent. Anesthesiol. 2002; 60(4): 209- 226
17. Ariza NC, Brand DK, Tejada PP. Anestesia subaracnoidea para cesarea segmentaria .Efectividad de ropivacaina a diferentes dosis Rev. Mexicana DE Anestesiología 2004: 16(1) disponible en: www.clasa-anestesia.org acceso 2-1-2007
18. Marino T. Gordas LC, Steinbok V, Craigo SD, Yarnell RN. The anesthetic management of triplet cesarean delivery: a retrospective case series of maternal outcomes. Anesth. Analg. 2001; 93: 991- 995