

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Es la primera versión

INDICE

1. Etiología, incidencia y transmisión
2. Diagnóstico en embarazo
3. Screening rutinario durante la gestación
4. Tratamiento del herpes genital en gestantes
5. Vía del parto ante primer episodio de herpes genital
6. Vía del parto ante recurrencia herpes genital
7. RPM pretérmino en gestantes con herpes genital
8. Manejo de mujer VIH con infección VHS genital
9. Lactancia y tratamiento del herpes genital
10. Indicadores de evaluación
11. Bibliografía

1. ETIOLOGIA, INCIDENCIA Y TRANSMISIÓN

El herpes genital puede ser producida por el virus de herpes simple (VHS) tipo 1 y el tipo 2. Inicialmente el VHS-2 era el que más se relacionaba con esta enfermedad, actualmente se divide en un 50% entre los dos tipos.

El periodo de incubación para adquirir la infección es 2 – 12 días. Los anticuerpos tipo específicos se desarrollan a las 2 – 3 semanas y persisten indefinidamente.

Durante la gestación se estima que la incidencia es del 2%. La mayor parte cursa de forma asintomática. En mujeres con herpes genital recurrente, un 75% padecerá al menos un episodio de recurrencia a lo largo del embarazo, y 14% en el momento del parto.

En mujeres gestantes, la transmisión al recién nacido ocurre por contacto directo con las secreciones maternas intraparto. El momento de máximo riesgo de transmisión de la infección al recién nacido sería padecer la infección primaria durante 3º trimestre (principalmente durante las 6 semanas previas al parto, ya que el nacimiento se produce antes de que el feto pueda obtener protección materna contra el virus y la diseminación viral persiste). El herpes postnatal se produce por contacto oro-labial. Rara vez la transmisión es de tipo transplacentario (puede ocasionar coriorretinitis, microcefalia, lesiones cutáneas, crecimiento fetal retardado y muerte).

Las formas clínicas de las infecciones herpéticas se pueden clasificar en:

- *Infección asintomática*: carece de historia, signos o síntomas de la enfermedad. El diagnóstico es mediante detección de anticuerpos.
- *Infección sintomática*: se manifiesta con síntomas y signos de la enfermedad y dependiendo del estado inmunológico del paciente, se subdividen en **primoinfección** herpética si en el momento de la enfermedad no se detectan anticuerpos frente a ninguno de los dos tipos de

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo del herpes genital en gestante

VHS, e **infección inicial no primaria o primer episodio no primario** cuando existen anticuerpos frente a uno o ambos tipos. Si la paciente ha sufrido anteriormente al menos un brote, estamos ante una **recidiva o recurrencia**.

2. DIAGNÓSTICO EN EMBARAZO

Existen dos tipos de técnicas diagnósticas:

1. Técnicas de detección viral: PCR y cultivo.
2. Técnicas de detección de anticuerpos

1. Técnica de detección viral:

Es más adecuado en pacientes con afectación cutánea visible, se recoge líquido de vesícula, úlcera u otras lesiones mucocutáneas. Un resultado negativo no excluye la presencia de infección.

- De elección sería la PCR, es de 3 a 5 veces más fiable, su toma se realiza con hisopo seco friccionando sobre las vesículas o lesiones ulceradas en medio de virus.
- Cultivo: se realiza en medio de virus. De escasa utilidad ya que actualmente no existe resistencia a los antivirales.

2. Técnica de detección de anticuerpos:

Pueden ser útiles en pacientes con historia previa de infección no activa en el momento de la realización o en caso de PCR o cultivos negativos.

Distingue entre anticuerpos de VHS tipo 1 y 2.

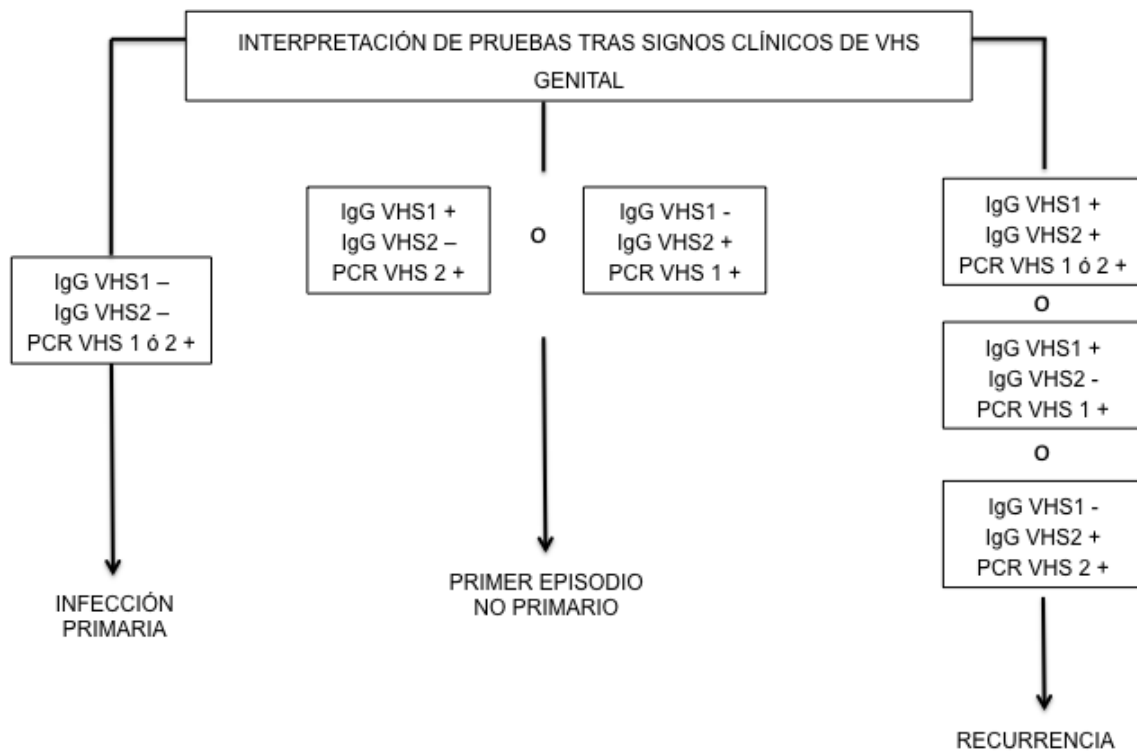
Se hace detección de anticuerpos, no titulación. La petición se realiza en serología enviándolo a microbiología. El resultado está disponible en 3-4 días.

Se desarrollan durante la primera o segunda semana de infección y permanecen de forma indefinida en el organismo.

La existencia de anticuerpos para VHS-2 suele indicarnos con más certeza que los de tipo 1 afectación genital, ya que no es común la presencia de herpes oro-labial por este tipo. Sin embargo los anticuerpos contra VHS1 hace que no podamos distinguir un herpes oro-labial del genital salvo por la clínica asociada.

Para distinguir una primoinfección de una recurrencia deberemos obtener una prueba de detección viral positiva y la serología negativa.

Es importante destacar que ante una embarazada con vesículas sospechosas en el Servicio de Urgencias deberemos tomar PCR de las mismas para descartar la presencia de Herpes Genital en la gestación.



3. SCREENING RUTINARIO DURANTE LA GESTACIÓN

El screening rutinario del herpes genital no está recomendado en el embarazo. Tampoco es necesario en gestantes asintomáticas con historia previa de herpes genital anteparto.

4. TRATAMIENTO DEL HERPES GENITAL EN GESTANTES

1. Aciclovir: Es el fármaco de elección en gestantes, incluso durante el 1º trimestre. Disminuye la carga viral y las lesiones persistentes. No se han registrado efectos adversos con su tratamiento en gestantes.

Se usa vía oral. La forma tópica no han demostrado beneficios.

Ante una infección severa se podría administrar Aciclovir de forma intravenosa.

2. Valaciclovir: Posee el mismo perfil que el Aciclovir por lo que no resulta perjudicial en gestantes. Se reserva como segunda elección.

3. Famciclovir: No existen estudios en embarazadas por lo que se desaconseja su uso.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo del herpes genital en gestante

| Dosis recomendadas de antiviral en infección VHS en gestantes | | |
|---|---|---|
| Indicación | Aciclovir | Valaciclovir |
| Infección primaria o primer episodio no primario | 400mg/8h por 7–10 días | 1g/12h por 7–10 días |
| Recurrencia | 400mg/8h por 5 días ó 800mg/12h por 5 días | 500mg/12h por 3 días 1g/24h por 5 días |
| Supresión | 400mg/8h desde semana 36 hasta parto | 500mg/12h desde semana 36 hasta parto |
| Severa o diseminada | 5–10mg/kg/8h i.v por 2-7 días, seguir 400mg/8h v.o hasta completar 10 días | |

Aunque el tratamiento profiláctico no se ha demostrado ningún beneficio para reducir el riesgo de herpes neonatal, se recomienda en mujeres con **primer episodio o recurrencia durante el embarazo iniciar profilaxis antiviral desde la 36 semanas de gestación hasta el parto**, para reducir el riesgo de cesárea debido a lesiones de herpes (Grado B).

5. VIA DEL PARTO ANTE EL PRIMER EPISODIO DE HERPES GENITAL

- Si durante la gestación **previa al parto** la paciente desarrolla una primoinfección, nos encontraremos ante dos posibilidades:
 - Si el parto se produce al menos 6 semanas después del episodio y no presenta lesiones en ese momento: es posible el parto vaginal.
 - Si el parto se produce en menos de 6 semanas tras el episodio o la mujer presenta lesiones: se recomienda la realización de cesárea.
- Si la primoinfección ocurre **en el momento del parto o tras la rotura prematura de membranas (RPM)**: se debe de realizar una cesárea.
Parece existir una reducción del beneficio de cesárea si la RPM > 4 h por aumento del riesgo de transmisión, no obstante, sigue siendo recomendada.
- Si finalmente se decide parto vaginal con infección activa se debe administrar 5mg/kg/8h iv durante el parto.

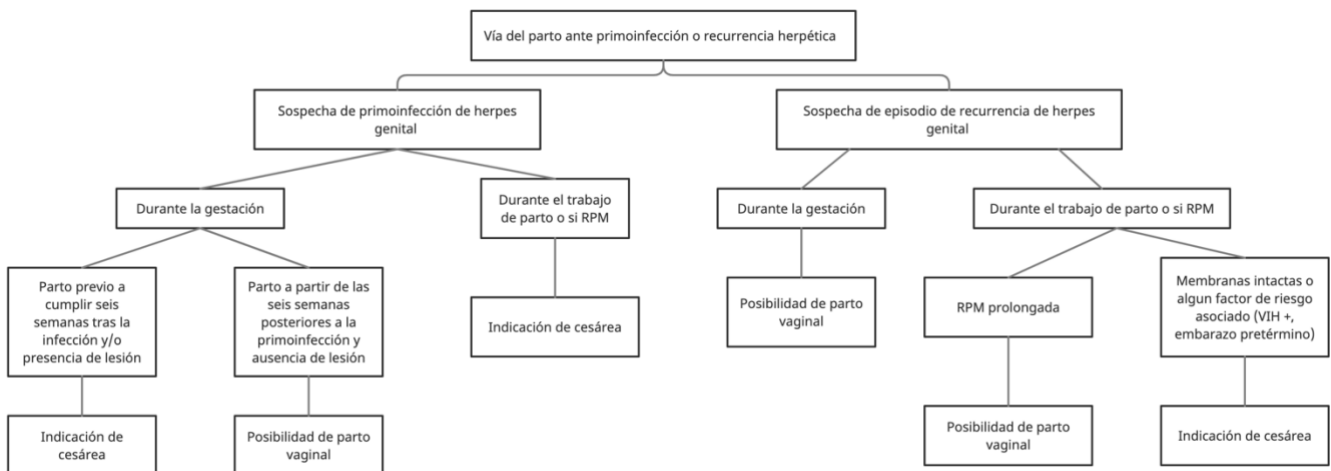
En gestantes con lesiones activas o sintomatología prodrómica evitaremos, en el momento del parto, la aplicación de electrodos de cuero cabelludo fetal, muestreo de sangre fetal, rotura artificial de membranas y/o partos instrumentales.

6. VIA DEL PARTO ANTE RECURRENCIA DEL HERPES GENITAL

El **riesgo** de transmisión neonatal ante recurrencias durante el **parto vaginal** es **bajo 0-3%**. Por ello, la elección de parto vaginal vs cesárea va a depender principalmente de otros factores y riesgos obstétricos que presente la paciente.

1. En aquellas pacientes que presentan un episodio de recurrencia durante la gestación y **previa al inicio del parto**: es posible el parto vía vaginal.
2. Si la recurrencia con lesión típica ocurre **durante el trabajo de parto** se distinguirán varias situaciones:
 - Si no existe RPM, es pretérmino o la gestante es VIH positivo: se optará por una cesárea.
 - Si existe RPM prolongada mayor 4 horas, embarazo ≥ 37 semanas y madre VIH negativa: se podría realizar parto vaginal, con un manejo activo para acortar el tiempo de exposición.

El uso de procedimientos invasivos durante el parto aumenta el riesgo de transmisión neonatal, pero basándonos en el escaso riesgo, se considera clínicamente insignificante por lo que, si es necesario, se realizaran. El parto instrumental tampoco está contraindicado.



7. RPM PRETERMINO EN GESTANTES CON HERPES GENITAL

El manejo ha de ser multidisciplinar (Obstetras y Neonatólogos) con profesionales experimentados en el campo e individualizando cada caso.

En caso de primoinfección si se opta por finalizar de forma inmediata o dentro de las 6 semanas postinfección se recomienda el parto por cesárea.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo del herpes genital en gestante

En caso de recurrencia se recomienda la expectación, maduración pulmonar y tratamiento de la recurrencia, recomendando la cesárea como vía de finalización.

8. MANEJO MUJER VIH CON INFECCIÓN VHS GENITAL

VHS GENITAL PRIMARIO

Manejo **equivalente** a todas las embarazadas con primoinfección.

VHS GENITAL RECURRENTE

Las mujeres VIH positivas que sufren una infección genital por VHS **es mas probable que transmitan el virus del SIDA** independientemente de otros factores.

Por ello, ante mujeres **VIH positivas y antecedentes de episodios de VHS genital**, es recomendable el tratamiento con dosis supresoras de **Aciclovir vo (400 mg, 3 veces al día) desde la semana 32** para evitar el riesgo de transmisión del VIH al feto durante el parto.

Si la paciente es seropositiva para VHS pero sin historia de episodios de herpes genital no existe evidencia en el uso de terapia supresora.

9. LACTANCIA Y TRATAMIENTO DEL HERPES GENITAL

No existe contraindicación para dar lactancia si la paciente esta sometida a tratamiento antiviral para VHS. En concreto, el fármaco mas seguro en la lactancia es el Valganciclovir.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

| Indicador | Fórmula | Fuente | Estándar |
|--------------------|---|--------|----------|
| Diagnóstico herpes | % Casos de herpes genital en gestante correctamente manejados | Audit | >80% |

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Management of Genital Herpes in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 220. Obstet Gynecol. 2020 May;135(5):e193-e202.
2. Hollier LM, Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.:CD004946.
3. 3. Sénat MV, Anselem O, Picone O, Renesme L, Sananès N, Vauloup-Fellous C, Sellier Y, Laplace JP, Sentilhes L. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 May;224:93-101.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo del herpes genital en gestante

| | | | |
|-------------------|--------------------------------|----------|-------------------|
| Autores | Dra Iglesias y Dra Ruiz | | |
| Fecha elaboración | Fecha 14/06/2022 | Vigencia | 14/06/2025 |