



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
Escuela de Salud Pública**



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2010-2012

Tesis para optar al Grado de Máster en Salud Pública

**Transmisión Vertical del VIH-SIDA
Hospital Regional Santa Teresa, de Comayagua, Honduras,
Enero 2010 Hasta Mayo 2011**

Autora: Ana Narciza Lagos Canales

Tutor: Dr. Pablo Cuadra Ayala

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Diciembre 2011

DEDICATORIA

En primer lugar le dedico este trabajo a Dios todo poderoso el que cada día me dio la fortaleza y me cubrió con su manto a lo largo de este tiempo para lograr culminar esta maestría como me lo propuse.

A mi familia en especial a mi esposo, Marco Tulio Núñez mis hijos, Christian Fernando Núñez ,Tulio Rolando Núñez y Susan Tatiana Núñez ya que ellos han formado parte de este logro de mis aspiraciones quienes en todo este tiempo con paciencia y comprensión han podido apoyarme y ayudarme para el logro de mis estudios.

A Todas las personas con VIH /sida que a pesar de sus sufrimientos y complicaciones propias de la enfermedad y del entorno saben enfrentar los problemas con esperanza, empeño, alegría y decididos a tener una mejor vida bajo un tratamiento oportuno y eficaz

AGRADECIMIENTO

Agradecerle en primer lugar a Dios por amarme tanta y por haberme regalado estos dos años, por proveerme mi salud, la de mi familia y el sustento ya que sin ello no viese sido posible el logro de esta maestría.

A mi Tutor Pablo cuadra Ayala por la confianza el apoyo, dedicación y entrega demostrada durante la tutoría de esta tesis y todo el tiempo de la maestría.

Al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) por haberme dado la oportunidad y facilidad de realizar estos estudios de post grado.

A todos los Profesores del CIES, por el empeño, dedicación y profesionalismo desarrollado durante los dos años de maestría.

A mis compañeros de grupo, Ramsés vega Mora, Pura María Carranza, María Elvia Jiménez, Jenny María Ortega por haber compartidos todos los buenos momentos de estos dos años de estudio

Al personal del centro de atención integral “Nuevo Amanecer” especialmente a la Dra. Jenny Margot Barahona, Licenciada en enfermería María Dolores Valle y Licenciada en enfermería Saira Fúnez encargadas del programa de transmisión vertical por el apoyo brindado.

A Todas aquellas personas, que de uno u otro forma me ayudaron y apoyaron desinteresadamente en todo este tiempo de estudios para concluir esta maestría.

RESUMEN

La investigación realizada se evaluó de forma descriptiva, retrospectiva sobre la situación de la transmisión vertical del VIH/sida.

Se llevo a cabo en el Centro de Atención Integral (CAI) “Nuevo Amanecer” del Hospital Santa Teresa ubicada en la ciudad de Comayagua, departamento de Comayagua, Honduras, Centroamérica. El cual labora desde finales del año 2004 con el apoyo del Fondo Global de las Naciones Unidas en conjunto con el departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaria de Salud dirigido a pacientes con VIH/SIDA que mantiene y mejora la calidad de vida de estas personas.

Este trabajo se realizo en el periodo comprendido año 2010 a Mayo 2011, la información se tomó de los expedientes de cada paciente embarazada con diagnóstico de VIH/SIDA usando como instrumento una guía de verificación y la encuesta.

Los resultados sobre las Características socio demográficas de las embarazadas en estudio. Se encontró que las edades más frecuentes estaban entre 27-31 y 32-37 años, representando el 58% de la población estudiada siendo este el grupo más afectado y que coincide con otros estudios que esta enfermedad afecta más la población económicamente activa y en edad reproductiva, Procedencia el 64% (9) viven en el área urbana, el estado civil el 64% (9) viven en unión libre y el 36%(5) son solteras, la ocupación 71% (10) se dedican al servicio domestico.

De las14 embarazadas positivas y recibiendo tratamiento están distribuidas de acuerdo a la fecha de su diagnostico. EL 50% (7) fueron diagnosticadas en el año

2010 el 29 % (4) diagnóstico / conocido y el 21% (3) fueron diagnosticadas hasta mayo del año 2011.

A las que se les realizó Tamizaje por sífilis al 71% (10), prueba de CD4 al 64% (9). El esquema de tratamiento fue prescrito de acuerdo al caso que presentó la embarazada con VIH al 50% (7) se le prescribió triple terapia con 3TC+AZT+NEVIRAPINA.

La finalización del embarazo el 57% fue a las 38 semanas y la vía del parto fue cesárea electiva en un 71%.

El esquema de tratamiento que se le brindó al recién nacido el 79% (11) AZT*6 Semanas, al 100% de los recién nacidos se les realizó las pruebas de reacción en cadena de la polimeriza (PCR) y el 100% está negativo

INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V. OBJETIVOS.....	7
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	35
VIII. RESULTADOS.....	37
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	40
X. CONCLUSIONES.....	41
XI. RECOMENDACIONES.....	42
XII. BIBLIOGRAFIA.....	43

ANEXOS: Cuestionario, Gráficas, tablas.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial cerca de 14 millones de mujeres en edad reproductiva están infectadas con el VIH/SIDA; se han reportado las cifras más altas en África pero el riesgo se encuentra en aumento en países en vía de desarrollo como Asia y América Latina (1).

En 1982 se describe la transmisión vertical como mecanismo de transmisión del VIH y la principal causa de transmisión de la infección en niños menores de 15 años. La transmisión vertical es la que se da de madre a hijo por la circulación placentaria. Año tras año se incrementa la incidencia de la infección en mujeres la cual es desconocida para la mayoría, aumentando el riesgo de la transmisión vertical (5).

La infección en el recién nacido puede ocurrir en tres momentos: in útero 23%, intraparto 65% y, lactancia 12%. Reducir la transmisión del VIH/SIDA en el recién nacido es un componente de cualquier estrategia de prevención, particularmente en los países de escasos recursos, donde más del 40% de las mujeres embarazadas podrían estar infectadas con el virus del VIH y el 25 al 40% de sus hijos podrían nacer con la infección (2).

La intervención oportuna a la gestante y VIH positiva es de suma importancia porque podría disminuir el riesgo de transmisión vertical hasta en menos del 4-7% con un control prenatal minucioso y continuo.

II. ANTECEDENTES

La alta prevalencia de la infección VIH/SIDA en mujeres en edad fértil a nivel mundial, ha traído como consecuencia un número creciente de niños(as) infectados. En el año 2010, Honduras registró un leve incremento de los casos de VIH-SIDA, en comparación con años anteriores, sin embargo se situó en el país del área centroamericana que más casos reporta.

Después de 25 años que se reportó el primer caso en el país, las estadísticas actuales que maneja la Secretaría de Salud y ONUSIDA, revelan que en Honduras hay 28.000 casos de

VIH/Sida confirmados, sin embargo el número de portadores que aun no presenta los síntomas puede estar arriba de los 70.000 en todo el territorio.

Aproximadamente el 60 por ciento de todos los casos que se registran a nivel de Centroamérica son de Honduras, donde más de 22 mil casos son por transmisión heterosexual, 4 mil 200 por transmisión homosexual y bisexual, cerca de 1.600 casos por la vía de transmisión vertical, y solamente unos 280 casos son por causa de transfusiones sanguíneas

El grupo más afectado es de 20 y 39 años de edad, representando aproximadamente el 70 por ciento de todos los casos. Informes de la secretaría de salud también constatan que en el total de los casos, el número de mujeres infectadas es mayor que los hombres, lo que deja como resultado en muchas ocasiones cientos de niños infectados.

Se estimó que el año 2003 ocurrieron 14,000 casos nuevos a nivel mundial cada día, de los cuales 12,000 son personas entre las edades de 15 a 49 años, el 50% de estas son mujeres y la mitad de ellas están entre los 15 a 24 años. Más del 95% de los casos se presentaron en países de bajos o medianos recursos económicos.

Según las proyecciones para el año 2004, Honduras cuenta con una población de 7,022, 389 habitantes. Las estadísticas de la Secretaria de Salud hasta marzo de 2004 registran 20,624 personas viviendo con VIH/SIDA de las cuales 1,130 son niños (as) menores de 15 años.

El estudio de vigilancia centinela en embarazadas (1998) realizado por el Departamento ITS/VIH/SIDA, reporto una tasa de prevalencia de VIH de 1.4% en este grupo de población. Con relación a la tasa de transmisión de madre a hijo(a), en un estudio realizado en el Hospital Escuela en 1996 se encontró una tasa de 36%.

El 95% de los casos de VIH/SIDA en menores de 15 años se debe a transmisión de madre a hijo(a) por lo que se considera factible disminuir los casos en la población pediátrica, mediante el uso de antirretrovirales durante el embarazo, parto y primeras semanas de vida de los niños y niñas, tal como se demostró en 1994 con los primeros resultados del protocolo 076 en Estados Unidos y Francia (administración de AZT durante embarazo, parto y primeras 6 semanas de vida) reduciendo la tasa de transmisión en un 67%.

Desde entonces hay varios esquemas para la prevención de la transmisión de madre a hijo (a) y muchos conceptos relacionados evidencian constante evolución.

La existencia de protocolos de prevención con la relación a esta forma de trasmisión del VIH ha favorecido el desarrollo de estrategias que permiten brindar a la madre la información necesaria sobre la importancia de la prueba para detección del VIH durante el embarazo, y decidir realizarse.

Asimismo en caso de un resultado VIH positivo conocerá las medidas para disminuir el riesgo de transmitirle el virus a su hijo(a), (medicamento profiláctico, finalización del embarazo vía cesárea electiva y técnicas de alimentación infantil.

Adicionalmente, estas medidas dirigidas a disminuir el número de niños (a) infectados, permiten detectar más tempranamente la infección VIH en las madres y en muchos casos también en sus parejas, dando lugar a un seguimiento con Intervenciones oportunas.

Este hecho redundará en la disminución de la morbimortalidad infantil y materna, y permite mantener una buena calidad de vida al binomio madre-hijo(a), con el subsiguiente bienestar familiar.

Entre los años 1999 y 2001, en Honduras se inició la implementación de un proyecto piloto para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) en el año 2003, las autoridades de la secretaría de salud considerando como una prioridad la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) decidieron trascender de un proyecto piloto a la estructuración y desarrollo de un programa Nacional que facilite una mayor cobertura geográfica de estrategias dirigidas a prevenir la transmisión por esta vía.

III. JUSTIFICACIÓN

La identificación de las mujeres infectadas con el VIH antes o durante el embarazo es de importancia crítica, ya que de esta manera se puede brindar una terapia adecuada al binomio: la madre infectada y su hijo.

La determinación ,si el recién nacido de una madre VIH positiva está o no infectado, es de igual importancia para proporcionar consejería a la madres; al igual que un seguimiento clínico a ambos para dar la terapia oportuna y optar las medidas preventivas que se requieran en caso de no estar.

Consideramos que estos resultados son de importancia para las autoridades de Salud Pública, y del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua que servirán como línea epidemiológica de base en relación a transmisión madre a hijo en nuestro medio, e indica la prevalencia de infección por el VIH en mujeres embarazadas en la Región Sanitaria #3; al igual que proporciona indicadores para el diseño de otros estudios que puedan tomar en cuenta la experiencia previa para el diagnóstico de la infección en recién nacidos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta del estudio es la siguiente:

¿Cuál es la situación en la atención de la transmisión vertical a las embarazadas con VIH-SIDA, que asistieron en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras, en el año 2010 hasta mayo 2011?

Las interrogantes derivadas de la pregunta son:

¿Cuáles son las características demográficas y sociales, de las embarazadas con VIH-sida, que se atienden en el Hospital Regional Santa Teresa?

¿Cuál fue la eficacia en el cumplimiento de las normas de atención que se dio a la embarazada con VIH?

¿Cuál fue el porcentaje de reducción de transmisión vertical en niños de madres positivas con VIH- Sida.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la transmisión vertical de las embarazadas con VIH-SIDA, que asistieron al Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras, en el año 2010 a mayo 2011.

Objetivos Específicos

1 .Conocer las características demográficas, sociales de las embarazadas con VIH-sida que se atienden en el Hospital Regional Santa Teresa.

2. Valorar la eficacia en el cumplimiento de las normas de atención que se brindó a la embarazada con VIH/sida.

3. Describir el porcentaje de reducción de transmisión vertical en niños de madres positivas con VIH- Sida.

VI. MARCO DE REFERENCIA

6. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Perinatología

Historia de la infección por VIH en Medicina Perinatal

El concepto de transmisión perinatal abarca todas las posibilidades de contagio que pueden ocurrir durante el periodo de gestación, labor, parto y la exposición a leche materna durante el postparto. Transmisión perinatal es la vía de contagio por VIH más frecuente en la población menor del mundo.(10)

Desde que las primeras pacientes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana quedaron gestantes hasta la actualidad, hemos asistido a una profunda evolución en cuanto al conocimiento de la enfermedad, de sus mecanismos de contagio, de la transmisión perinatal, De los factores involucrados en ella, y de la conducta prenatal y postnatal tanto en la paciente Seropositiva como en el recién nacido.

En 1984 se describió el primer caso documentado de SIDA y embarazo, que tuvo lugar en una paciente afecta de sarcoma de Kaposi diseminado (Rawlison, 1984). En los cuatro años posteriores llegaron a ser 902 los casos comunicados de SIDA pediátrico por parte del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, lo que suponía un 1,2% del total de los casos registrados de la enfermedad en los Estados Unidos (CDC, 1988).

Todas las estimaciones que se han ido realizando por parte de organismos internacionales, como la OMS y ONUSIDA, en cuanto a los posibles nuevos casos que se sucederían en determinadas partes del mundo y en un determinado momento, como podía ser a uno o dos años vista, han quedado siempre muy por debajo de la realidad. Poco se podía pensar que a finales del año 2001 existieran en el mundo más de 40 millones de personas que vivieran con la infección por el

VIH, que sólo en el año 2001 se produjeran 5 millones de nuevas infecciones (declaradas), y que en ese mismo año hubieran muerto en el mundo un total de 3 Millones de personas, haciendo un total de 24,8 millones las muertes relacionadas con el VIH desde el comienzo de la epidemia.

En los países desarrollados, estas cifras parece que se han estabilizado gracias a la introducción de la terapéutica antirretroviral, pero la verdadera epidemia se encuentra localizada en unas determinadas áreas geográficas como son: el África subsahariana y el Sur y Sudoeste asiático, donde se concentra el mayor número de casos y la más alta tasa de transmisión perinatal. En estos momentos se están poniendo en marcha una serie de programas, que tienen como finalidad controlar el crecimiento de la epidemia en estas zonas, mediante la utilización de medidas para impedir el contagio y disminuir la transmisión vertical.

En España, y tras los datos publicados por el registro nacional del sida, actualizados a junio del 2001, parece observarse una franca disminución de los casos de sida producidos.

6.1 Transmisión perinatal del VIH

Al igual que otros agentes infecciosos, el VIH puede transmitirse al feto intraútero a través de la placenta, por colonización fetal en el momento del parto y a través de la leche materna.

Para conocer cuáles son los principales factores de riesgo de transmisión vertical debemos conocer las principales vías de transmisión del virus y la importancia de cada una de ellas.

6.2 Transmisión transplacentaria

Este mecanismo de transmisión perinatal del VIH fue el primero en conocerse desde el inicio de la difusión de la enfermedad. En los estudios de Lapuente (Lapointe, 1985) y de Jovaisas (Jovaisas, 1985) en 1985 se llega a demostrar la

presencia del VIH en tejido fetal, el primero en un prematuro de 28 semanas cuya madre falleció por SIDA terminal a las dos horas del parto y el segundo en un feto de 20 semanas nacido de madre seropositiva. Posteriormente, Sprecher en 1986 (Sprecher, 1986) aisló el virus en líquido amniótico y en el timo de un feto de 16 semanas. Otros hechos que abogarían por la posible transmisión transplacentaria serían, la presencia del Virus en sangre periférica en la primera semana de vida en recién nacidos infectados y la rápida progresión de la enfermedad en algunos niños, lo que demostraría que la infección se ha adquirido en etapas recientes de la gestación.

Tras estas evidencias, todos los autores aceptaron la vía transplacentaria de la transmisión, creyendo que se produce entre las semanas 15 y 20 de gestación (Jovaisas, 1985; Sprecher, 1986) aunque en algunos casos el virus había sido aislado con anterioridad, por ejemplo, en vellosidad corial en la 8ª semana de amenorrea (Lewis, 1990). El virus también ha sido aislado a partir de cultivos placentarios (Hill, 1987).

La transmisión transplacentaria puede producirse de tres formas distintas: por transferencia del virus libre en casos con antigenemia materna positiva, por el paso de linfocitos o macrófagos portadores del pro virus en su material genético de la madre al feto (Shafer, 1988) y a través de una infección primaria de la placenta con posterior transmisión fetal, estando involucradas las llamadas células de Hofbauer (macrófagos placentarios) debido a su elevada concentración en placenta y por poseer receptores CD4 en su membrana (Shafer, 1988).

6.3 Transmisión Intraparto

Este tipo de transmisión se produce en el momento del paso fetal a través del canal del parto, de forma similar a los casos de infección por herpes virus genital. Se ha aislado el VIH en las secreciones vaginales de mujeres infectadas (Wofsy, 1986), encontrándose asimismo hasta un 3% de células linfocitarias conteniendo antígenos p-17 y p-24 en dichas secreciones (Sprecher, 1988). No se ha conseguido, sin embargo, la replicación viral in vitro en tejido vaginal, obtenido por

histerectomía tras exposición prolongada con VIH (Sunstrum, 1989). Una circunstancia a favor de esta vía es que en los casos de gestaciones gemelares se afecta con más frecuencia el primer gemelo (Goedert, 1991), por lo que parece demostrada la importancia de esta vía en la contaminación-infección fetal.

El hecho de que se intercambie sangre materna y fetal en el momento del parto es otro factor a considerar como vía de transmisión del VIH (Newell, 1990).

Otras evidencias que demuestran la importancia de esta vía son, la ausencia del virus en sangre periférica en el 50% de los recién nacidos infectados en la primera semana de vida, la disminución de la transmisión vertical mediante la realización de cesáreas electivas, los bajos niveles de transmisión al administrar Zidovudina a la madre en las últimas semanas de gestación, en el parto y al neonato, la existencia de dos patrones de progresión de la enfermedad en los recién nacidos infectados y la ausencia de malformaciones congénitas que se podrían producir por la acción directa del virus en las primeras etapas de la gestación.

6.4 Transmisión a través de la lactancia materna:

El VIH ha sido aislado en la fracción celular del calostro humano (Thiry, 1985). La posibilidad de transmisión vertical de la infección mediante lactancia ha sido demostrada en aquellos casos en que la infección materna ha sido adquirida por transfusión en el postparto presentando el neonato posteriormente seropositividad (Oxtoby, 1988; Ziegler, 1985).

Algunos trabajos indican la posibilidad de que puedan existir determinados factores que favorezcan la transmisión del virus a través de la leche materna. Así, la presencia de células infectadas o el déficit de sustancias anti infecciosas en la leche, o ambos factores, pueden facilitar esta transmisión (Van de Perre, 1993).

A pesar del gran número de trabajos realizados sobre el tema, siguen existiendo dudas respecto al papel de esta vía de transmisión, así Blanche (Blanche, 1989) y Ryder (Ryder, 1989) encuentran altas tasas de transmisión en los niños con

lactancia materna mientras que Hutto (Hutto, 1991) encuentra sólo un leve y marginal aumento de la transmisión vertical. En el European Collaborative Study - ECS- (ECS, 1992) el riesgo de transmisión en niños con lactancia materna fue del 31%, significativamente superior al riesgo de los niños con lactancia artificial (11%).

La OMS (WHO, 1987) recomienda la necesidad de valorar los beneficios de la lactancia materna con respecto al riesgo adicional de transmisión vertical, sobre todo en el ámbito de los países en vías de desarrollo, donde la introducción de fórmulas lácteas podría acarrear más problemas de malnutrición y otros trastornos gastrointestinales graves.

Han sido varios los intentos para cuantificar cual de las tres vías de transmisión tiene mayor importancia, y se han usado distintos modelos metodológicos. Uno de los primeros modelos fue el utilizado por Rouzioux y colaboradores (Rouzioux, 1995), usando el modelo matemático de Markov y los resultados de 95 niños infectados nacidos de madres seropositivas para el VIH y no alimentados con lactancia materna.

Hicieron una estimación del momento de la transmisión, el tiempo desde el nacimiento hasta el momento de la detección del virus y el tiempo desde el nacimiento hasta la seroconversión.

El modelo indicó que aproximadamente el 35% de las infecciones neonatales se producían intraútero y el 65% restante lo hacía en las etapas cercanas al parto o intraparto. Posteriormente otros autores, usando diferentes métodos encontraron resultados similares (Chouquet, 1997; Dunn, 1995; Kalish, 1997; Kuhn, 1996).

Independientemente de los métodos estadísticos utilizados, todos estos datos sugieren que en aquellas poblaciones con lactancia artificial, aproximadamente una cuarta parte o un tercio de los niños infectados lo han sido intraútero.

6.5 Factores de riesgo de transmisión vertical

Es de gran importancia el conocimiento de una serie de factores que al incidir en la gestación, favorecen, o en el mejor de los casos impiden o disminuyen el riesgo de transmisión perinatal del VIH.

En la bibliografía médica existen multitud de trabajos que analizan toda una serie de factores o situaciones, implicados de una u otra forma, en la transmisión vertical del virus.

El trabajo que ha analizado un mayor número de factores de riesgo fue el realizado por el European Collaborative Study (ECS) en 1992 (ECS, 1992), presentando un amplio estudio estadístico de cada uno de los factores implicados y de su interrelación multifactorial junto con el seguimiento de 721 hijos de madre seropositiva. A continuación expondremos los factores de riesgo, que de alguna forma, han estado implicados en la transmisión vertical; algunos de ellos ya están totalmente rechazados.

6.6 Factor geográfico

El primer punto que se planteó al observar las diferentes tasas de transmisión que existían en el mundo era si existía algún factor geográfico relacionado con variaciones estructurales del virus que determinara estas tasas.

Diferentes cepas del virus podrían influir en la variabilidad de transmisión. Sin embargo, Ryder, encontró tasas de transmisión perinatal del 33 y 73% en dos hospitales de la misma ciudad (Ryder, 1989). Todo ello obligó a investigar las características de las gestantes. En el ECS no se detectaron diferencias significativas de las tasas de transmisión entre ninguno de los centros participantes del estudio (ECS, 1992).

6.7 Edad materna y paridad

La edad materna se valoró como factor de riesgo a partir de la descripción de Hutto, donde se concluía que las mujeres con edad superior a los 30 años tendrían un mayor riesgo de transmisión vertical de la enfermedad (Hutto, 1989).

En una serie presentada por Foradada en 1991, con una tasa de transmisión baja, la edad media de la madre fue de 22,8 años (Foradada, 1990). En el ECS no se encontraron diferencias de transmisión con respecto a la edad de la madre en el momento del parto ni con la paridad (ECS, 1992). En la actualidad tanto el factor geográfico, como la edad materna y la paridad han sido descartados como actores de riesgo de transmisión perinatal.

6.8 Adicción a drogas por vía parenteral

Otro factor de riesgo invocado en la transmisión perinatal ha sido la adicción a drogas por vía parenteral (ADVP), apoyándose en la hipótesis de que en estas pacientes se produciría una alteración del sistema inmunitario la cual favorecería la transmisión vertical del virus.

A pesar de que en Europa el factor de riesgo más frecuente en la gestante es la adicción a drogas, en el ECS la tasa de transmisión para ADVP fue del 19%, cifra que no difería, de forma estadísticamente significativa, de la tasa de aquellas pacientes que nunca habían consumido drogas (13,9%).

Landesman en 1996 concluye, en un gran trabajo sobre factores obstétricos de transmisión vertical, que la ADVP es un factor de riesgo independiente de transmisión (Landesman, 1996).

6.9 Estadio clínico materno

El estadio clínico de la madre y la duración de la enfermedad pueden influenciar la tasa de transmisión. Éste se evalúa por las manifestaciones clínicas y por el recuento de las subpoblaciones linfocitarias. Los estudios sobre niveles de linfocitos CD4 y CD8 positivos y riesgo de transmisión vertical fueron contradictorios (Goedert, 1989; Ryder, 1989) y la existencia de antigenemia se asoció con un aumento de la infección neonatal.

En el ECS, se encontró asociación entre la existencia de antigenemia positiva, recuento de linfocitos CD4 positivos inferior a 700/mm³ y aumento de la tasa de transmisión vertical (ECS, 1992). Este aspecto tenía gran interés en las pacientes que consultaban al inicio del embarazo ya que si se detectaba un valor de CD4 inferior a 700 y la antigenemia era positiva, el riesgo de transmisión era aproximadamente el doble con respecto a las pacientes con normalidad inmunológica y sin antigenemia.

Otra cifra de CD4 relacionada con una mayor transmisión fue aquella por debajo de un 29% de CD4 (Landesman, 1996). Aquellas pacientes afectas de alguna enfermedad de las llamadas defensoras de SIDA, tienen un mayor riesgo de transmisión perinatal, al igual que aquellas en las que la primera infección se produce durante el embarazo, ya que es en este momento de la infección donde la viremia es alta, aumentando el riesgo de transmisión vertical (Nesheim, 1996).

6.10 Enfermedades de transmisión sexual

La presencia concomitante de enfermedades de transmisión sexual en aquellas pacientes seropositivas, provoca un aumento de la carga viral a nivel genital, aumentando también la plasmática (Plummer, 1998) por lo que aumenta la posibilidad de transmisión perinatal. Distintos autores han descrito un aumento en la tasa de transmisión vertical en pacientes afectas de Sífilis (Lee, 1998), vaginosis

bacteriana (Taha, 1998) y malaria a nivel placentario, así como en pacientes con un elevado grado de células inflamatorias a nivel del tracto genital (Panther, 2000).

6.11 Déficit de vitamina A

Uno de los factores de transmisión de los que más se ha hablado en los últimos años es el déficit de vitamina A. La vitamina A es esencial para el mantenimiento de la integridad de la superficie de las mucosas, para modular la normal respuesta de los anticuerpos y para la función y crecimiento de las células T y B (Semba, 1994), el aumento del riesgo de transmisión podría ser debido a una alteración de la inmunidad de las mucosas que provocaría alteraciones tanto en el ámbito genital como en la superficie placentaria.

Otro posible mecanismo sería el relacionado con un desarrollo defectuoso del sistema inmunológico fetal, aumentando la susceptibilidad de éste a la infección. Basados en estas hipótesis aparecieron una serie de trabajos que apoyaban estas suposiciones. Greenberg y colaboradores comunicaron, en un estudio prospectivo realizado en zonas urbanas de Nueva York, un aumento de 4 a 5 veces en el riesgo de transmisión vertical (Greenberg, 1997), corroborando los resultados obtenidos en Kenya por Nduati (Nduati, 1995) y en Malawi por Semba (Semba, 1997).

En estudios posteriores no se ha llegado a demostrar que el aporte continuado durante la gestación de vitamina A consiga disminuir la tasa de transmisión (Fawzi, 2000; Kennedy, 2000).

6.12 Prematuridad

Uno de los aspectos más controvertidos es si la tasa de transmisión es más alta en los neonatos nacidos prematuramente. Goedert (Goedert, 1989) describió una alta tasa de transmisión en los niños nacidos antes de la 38ª semana y lo atribuyó a la baja concentración de anticuerpos maternos transferidos al feto. Una mayor

tasa de infección neonatal podía deberse también, a que el neonato prematuro era más sensible a la infección por su baja inmunocompetencia.

Por otra parte, existe un aumento de la tasa de prematuridad en aquellas pacientes con una disminución de la cifra de linfocitos CD4 positivos (Zurrer, 1995) o por la frecuente existencia en ellas, de flora vaginal patógena capaz de desencadenar el parto prematuro. Kuhn en los años 1997 y 1999 también ratificó a la prematuridad como factor de transmisión, pero añadiendo otro, que probablemente, tenga una mayor importancia, la ruptura prolongada de membranas (Kuhn, 1997; Kuhn, 1999).

6.13 Maniobras Intraparto

La utilización de electrodos internos de frecuencia cardiaca fetal y la realización de micrótopo de Calota, para el estudio de equilibrio ácido-base, están relacionados con un mayor riesgo de Transmisión, por lo que no se recomienda su práctica.

6.14Tiempo de amniorrexis

Uno de los factores de riesgo reconocido en la actualidad, es la duración del segundo estadio del parto y el tiempo desde la ruptura de las membranas hasta el expulsivo. Uno de los trabajos en los que se demostró, de forma más fehaciente, este hecho, fue el publicado por Landesman en 1996. Sus hallazgos indican que la duración de la ruptura de membranas es un factor determinante en la transmisión perinatal, sugiriendo que esta variable podría explicar la Asociación de la transmisión con la vía de parto, que había sido observada por otros autores (1994; goedert, 1991; kuhn, 1994; minkoff, 1995).

Cuando la duración de la ruptura de membranas era superior a 4 horas la tasa de transmisión vertical fue del 18.7%, mientras que cuando era inferior o igual a las 4 horas la tasa disminuyó hasta el 13.9%, lo que suponía una reducción de la transmisión perinatal del 26% (LAN desmán, 1996).

6.15 Tipo de parto

La vía de parto, es decir vía vaginal o vía cesárea, es otro de los factores de riesgo más debatidos en los últimos años. En 1987, Mok no encontró asociación entre la vía del parto y la tasa de transmisión vertical (Mok, 1987). Posteriormente, otros autores corroboraron sus hallazgos (Blanche, 1989; Goedert, 1991).

En el Estudio Colaborativo Europeo de 1992, se empezó a vislumbrar un cierto efecto protector de la cesárea frente al parto vaginal, en cuanto a la transmisión vertical, aunque las diferencias no fueron significativas (ECS, 1992). Este efecto protector se producía en aquellas cesáreas realizadas de forma programada o electiva, es decir, antes del inicio de los diferentes mecanismos del parto (dinámica uterina, amniorrexis...).

En los estudios realizados hasta ese momento, no se diferenciaba la realización de una cesárea urgente de una electiva, factor muy importante, pues las diferencias son muy obvias, dado que en el caso de la cesárea urgente, realizada durante el curso de parto, ya han podido intervenir multitud de factores que pueden favorecer la transmisión vertical, como son la duración del tiempo de amniorrexis, la dinámica uterina, etc.

La práctica de la cesárea electiva en los casos de infección materna estaba asimismo controvertida porque, aunque empíricamente, podía prevenir la transmisión de la enfermedad (Newell, 1990), debemos tener en cuenta que durante la intervención también se produce contacto del neonato con la sangre y

secreciones maternas. Era necesario objetivar el potencial efecto protector de la cesárea electiva frente al parto vaginal, para ello se llevó a cabo un estudio multicéntrico, randomizado y aleatorio, que constaba, en su fase final, de 1500 gestantes seropositivas a las que se randomizó entre parto vaginal y cesárea electiva, para poder llegar a una conclusión definitiva (MOD Trial “Mode Of Delivery Trial”).

Tras la finalización de este estudio se llegó a la conclusión de que se produce una reducción de la tasa de transmisión en aquellas pacientes en las que la gestación se finaliza mediante cesárea electiva (ECS, 1999). Posteriormente se llevó a cabo un meta-análisis para valorar este efecto protector, pues, tras la introducción de la zidovudina, el efecto de la cesárea podía no ser tan eficaz. El estudio constaba de los datos de 15 estudios prospectivos (5 europeos y 10 norteamericanos), realizados desde 1982 hasta 1996.

El meta-análisis comparaba la tasa de transmisión después de una cesárea electiva, antes del inicio del parto o de la ruptura de las membranas con la producida tras el parto vaginal o tras la cesárea realizada después del inicio del parto o de la ruptura de membranas.

Después de ajustar una serie de covariables, incluyendo el uso de antirretrovirales, estadio materno avanzado y bajo peso al nacer (< 2500 gramos), la cesárea electiva estuvo fuertemente asociada con una disminución de la transmisión vertical del VIH (OR: 0.43; Intervalo de confianza 95%: 0.33-0.56). En ausencia de tratamiento antirretroviral, la tasa de transmisión en los casos de cesárea electiva, fue del 10.4%, siendo del 19% en los otros tipos de parto. En presencia del tratamiento antirretroviral, la tasa de transmisión en el grupo de cesárea electiva fue sólo del 2%, y en el grupo de parto vaginal/cesárea urgente fue del 7.3%.

Analizando los diferentes subgrupos de parejas madre-hijo se objetivó que el efecto protector de la cesárea electiva permanecía, siempre y cuando el periodo

desde la amniorrexis hasta el parto fuera corto. Los datos obtenidos sugieren que tanto la ruptura de membranas, como el parto por sí mismo aumentaban el riesgo de transmisión vertical. Estos resultados son también congruentes con los provenientes de otro estudio controlado y randomizado, que informa de una tasa de transmisión del 3% en los partos finalizados mediante cesárea electiva a las 38 semanas de gestación, frente a un 10% entre los partos finalizados por vía vaginal (Semprini, 1998).

Uno de los factores ha tener en cuenta, es el hecho de que el parto mediante cesárea tiene una mayor índice de morbilidad que el parto por vía vaginal, siendo más frecuente la aparición de: mayor pérdida hemática, infección de la herida quirúrgica, endometritis postparto y otras infecciones (Miller, 1988).

Además, el deteriorado estado inmunitario de algunas de las pacientes eleva el riesgo de estas complicaciones, sobre todo si tenemos en cuenta que, son estas pacientes, las que tienen una carga viral más elevada, lo que provoca un mayor riesgo de transmisión y por lo tanto son las que se beneficiarían de la cesárea electiva.

La mayoría de trabajos informan que tanto la cifra absoluta, como el porcentaje de linfocitos CD4 no están tan relacionados con la transmisión vertical como lo está la carga viral (Contopoulos-Ioannidis, 1998; Dickover, 1996).

La mayoría de estudios incluidos en el meta-análisis fueron llevados a cabo antes del año 1996, cuando el estándar de tratamiento era la monoterapia con zidovudina.

Desde entonces hasta la actualidad, han aparecido en la escena terapéutica perinatólogica, nuevos antirretrovirales y nuevas combinaciones de ellos con los que conseguimos descensos muy importantes de la carga viral, incluso hasta valores indetectables. Entonces surge la pregunta: “**¿es la cesárea electiva protectora en aquellos casos que se utiliza terapia antirretroviral de alta eficacia?**”. En estos momentos sería muy difícil realizar un estudio para

responder a esta pregunta, pues el número de pacientes que debería incluir rozaría el “infinito”. El enfoque óptimo para prevenir la transmisión vertical del VIH requiere la detección precoz de la infección materna mediante el cribaje universal, el uso de la terapia antirretroviral durante el embarazo y en el recién nacido y la selección de las intervenciones obstétricas, incluyendo la cesárea electiva.

6.16 Lactancia materna

Uno de los factores, completamente aceptados, de transmisión perinatal es la lactancia materna. La detección del virus de la inmunodeficiencia humana en la leche materna, a través del cultivo viral o mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), no necesariamente significa que tenga que ser la vía de

Transmisión, aunque las evidencias hasta ahora recogidas así lo demuestran.

Esta transmisión, puede producirse en aquellas situaciones en las que la madre adquiere la infección en el postparto inmediato, o en pacientes infectadas previamente. El riesgo adicional de transmitir la infección a través de la lactancia materna es entre un 7 a un 22%. Esta observación fue publicada por Dunn y colaboradores en una meta-análisis realizada en el año 1992. Estimaron que el riesgo de transmisión en aquellas pacientes que adquirirían la infección postnatalmente y amamantaban a su hijo, era del 29% (I.C. 95%: 16-42%), mientras que las que se infectaban con anterioridad al parto, el riesgo adicional (añadido al riesgo de transmisión intraútero e intraparto) de la lactancia materna era del 14% (I.C. 95%: 7-22%) (Dunn, 1992).

La transmisión parece estar más relacionada con el tiempo de exposición, con la infectividad de la leche y con la susceptibilidad del niño, que con la cantidad del inóculo, sugiriendo que el riesgo puede ser incluso mayor en aquellos niños que reciben otro tipo de alimentación, además de la lactancia materna, y que habitualmente están más tiempo lactando (de Martino, 1992).

Actualmente, en las poblaciones en las que se inhibe la lactancia materna, sabemos que las tres cuartas partes de la transmisión se producen durante el parto. Sin embargo, en las poblaciones en las que no se inhibe este tipo de lactancia, es casi imposible distinguir entre la transmisión intraparto y la debida a la lactancia materna.

6.17Carga Viral

Inicialmente, los datos que existían respecto a la relación entre la carga viral plasmática (niveles de RNA-VIH-1) y transmisión perinatal, eran conflictivos. Mientras en algunos estudios se hablaba de una correlación absoluta entre ambos parámetros (Dickover, 1996), otros autores informaban sobre una escasa correlación, es decir, pacientes con altas cargas virales en los que no se había producido transmisión vertical y viceversa. Se ha comunicado transmisión vertical en todos los rangos de carga viral, incluidas aquellas gestantes con niveles por debajo del límite de detección, con lo que la carga viral tendría un valor predictivo bastante pobre (Cao, 1997; Mayaux, 1997; Thea, 1997).

En el PACTG 076 (Pediatric AIDS Control Trial Group), la carga viral estuvo relacionada con transmisión vertical en el grupo placebo, mientras que esta relación resultó mucho más atenuada en el grupo de pacientes tratadas con zidovudina (Sperling, 1996), sin poderse hallar un valor por debajo del cual no existiera riesgo de transmisión.

Datos más recientes, procedentes de amplias series de gestantes tratadas con zidovudina, indican que los niveles de carga viral se correlacionan con el riesgo de transmisión, en las pacientes tratadas (ECS, 1999; García, 1999; Mofenson, 1999; Shaffer, 1999). Aunque el riesgo de transmisión perinatal en mujeres con carga viral por debajo del límite de detección es bajo, se han comunicado casos de transmisión en todos los niveles, de ahí que como citan los autores del estudio

Colaborativo Europeo, “la carga viral es un factor de riesgo importante, pero no es el Único” (ECS, 1999).

Una de las causas de la escasa correlación encontrada, podría deberse a la posible discordancia entre la carga viral plasmática y la llamada carga viral genital (Hart, 1999; Iverson, 1998; Rasheed, 1996; Shaheen, 1999). Si esto resultara cierto, la carga viral plasmática no sería un buen indicador del riesgo de transmisión. Los cambios que se producen en un compartimiento (plasma), por Ejemplo, durante el tratamiento antirretroviral, pudieran no estar asociados con los mismos cambios en el otro compartimiento (genital). En estudios posteriores se ha demostrado una disminución de la carga viral genital, gracias al tratamiento con antirretrovirales.

NORMAS DE ATENCION INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE AL HIJO (A)

ATENCIÓN INICIAL EN VIH/SIDA A LA EMBARAZADA

Primer Control Prenatal

Norma: A toda mujer embarazada se le ofrecerá la prueba de VIH.

Actividad: Brindar consejería en VIH/SIDA y prevención de la transmisión de madre a hijo (a) a toda embarazada que acuda a control prenatal.

La consejería en VIH/SIDA constituye una estrategia valiosa e indispensable para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a).

(A) En todas las unidades de salud la embarazada que acude a su primer control prenatal, independiente de la edad gestacional, recibirá información sobre la transmisión del VIH, sus vías de transmisión, prevención y riesgo de transmisión de madre a hijo (a), los beneficios del programa de prevención de transmisión del VIH de madre a hijo (a) (PPTMH). Se le explicará la importancia que tiene realizarse la prueba de detección del VIH para ella y su hijo(a) y la oportunidad de recibir los beneficios del programa dependiendo del resultado. Además recibirá consejería para conocer sobre las otras infecciones de transmisión sexual.

(B) Si la mujer acepta la prueba, durante la consejería se tendrá especial cuidado en la reducción del estrés y la ansiedad que la prueba genera, garantizando en todo momento la confidencialidad. Se reforzará sobre las medidas de prevención y promoción de conductas sexuales saludables. (para ampliar los aspectos relacionados con consejería, revisar las normas

de atención en consejería sobre VIH/SIDA de la secretaria de salud)
recuerde llenar siempre la ficha de vigilancia epidemiológica.

(C) Los centros de salud que carecen de laboratorio o que no realizan pruebas serológicas de detección de VIH brindaran los servicios de consejería y remitirán lo antes posible a la embarazada, a la unidad de servicio más cercana para realizar la prueba VIH, RPR y otros exámenes de laboratorio según el “Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer” de la Secretaria de Salud.

(D) Las embarazadas que no acepten realizarse la prueba de VIH continuaran recibiendo atención integral de acuerdo a las normas nacionales, debe tenerse especial atención en la educación de ITS/VIH/SIDA.

ATENCION SUBSIGUIENTE A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA

Controles Subsiguientes en el Centro de Salud Nivel II

Norma: toda embarazada con resultado VIH positivo recibirá profilaxis con AZT a las 34 semanas de gestación, a menos que esté en terapia antirretroviral.

Actividad: continuar en consejería, proporcionar profilaxis con AZT a las 34 semanas, remitir al centro de atención integral para evaluación y programación de cesárea y cita de control.

- (A) El resultado de la prueba serológica para VIH se entregara mediante consejería en un período no mayor de 15 días.
- (B) Si el resultado es negativo, en la consejería post prueba se continuará enfatizando sobre las medidas de prevención primaria, dirigidas a la identificación y reducción del riesgo, autoestima, conductas sexuales saludables (fidelidad mutua, uso de condón y abstinencia).
- (C) Continuar control según Normas de Atención Integral a la Mujer, en caso de haber requerido remisión para estudios de laboratorio, seguirá con controles posteriores en el centro de salud donde inicio su control.
- (D) Como parte del seguimiento a la embarazada con resultado VIH negativo, el medico(a) tratante considerara la realización de una segunda prueba de VIH de acuerdo a factores de riesgo identificados en la historia clínica epidemiológica. De ser necesaria la prueba de VIH se repetirá tres meses después de la primera. Siempre se repetirá el RPR a toda mujer embarazada en el tercer trimestre del embarazo para el abordaje de acuerdo a Normas para la Eliminación de la sífilis congénita.
- (E) Si el resultado es positivo y ha sido confirmado (anexo I) además de brindar apoyo emocional y espiritual, se ayudara a conocer sobre la infección, se debe explicar como se transmite, promoción de conductas sexuales saludables (fidelidad mutua, uso de condón y abstinencia) se

explicara las ventajas de la profilaxis para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) y el momento para inicio de terapia antirretroviral (TARV).

- (F) Si la embarazada tiene menos de 34 semanas de gestación se remitirá al Centro de Atención Integral (CAI) más cercano a su domicilio para evaluación. Si hay infección sintomática por el VIH/SIDA y/o hay criterios inmunológicos se iniciará terapia ARV en el CAI. Si se inició la terapia no se requiere profilaxis durante el embarazo, pero si al momento de la cesárea (o del parto si no fue posible la cesárea).

- (G) Si la embarazada tiene menos de 34 semanas de gestación se remitirá al hospital más cercano a su domicilio para la programación de cesárea electiva.
- (H) Debe mantenerse el control en la unidad de salud de origen, de acuerdo a las Normas de Atención Integral a la Mujer en el centro.
- (I) Si la paciente está en la 34 semana de gestación, debe iniciar la profilaxis antes de remitirla al CAI para evaluación clínica-inmunológica y así evitar el riesgo de iniciar la profilaxis en forma tardía. Debe programarse o referirse para que se programe su cesárea electiva. Recuerde que la profilaxis de transmisión del VIH de madre a hijo (a) puede ser suministrada en los centros de salud del nivel I, II o III.
- (J) Si la paciente tiene 37 semanas de gestación o más, no iniciar AZT ya que no se podrá garantizar las 4 semanas de profilaxis, debe programarse o referirse para que sea programada para cesárea electiva y entregarle dos tabletas de Nevirapina (200 mg c/una) para que las (s) ingiera según esquema de tratamiento y remitirla al CAI para evaluación clínica-inmunológica.

ATENCION SUBSIGUIENTE A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA

Control Prenatal Subsiguiente En El Hospital Y Centro De Atención Integral

Nivel III

Norma: Toda embarazada con sida o con cd4 <250 células/ul recibirá terapia antirretroviral y se programara cesárea a las 38 de gestación.

Acciones:

- Evaluación clínica, laboratorial y psicológica de la paciente, servicio de consejería.
- Programación de cesárea a las 38 semanas de gestación .
- Paciente sin indicación de TARV, asegure la profilaxis para prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a)

(A) Consejería: ante un resultado positivo de VIH, la embarazada recibirá servicios de consejería incluyendo: apoyo emocional y espiritual, mayor información sobre auto cuidado, la opción y criterios para terapia antirretroviral y las ventajas de la profilaxis para prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) invitar y promover a los grupos de auto apoyo .

(B) Los CAI son centros de referencia donde la mayoría de las personas atendidas llegan con diagnostico de infección por VIH.

(C) En embarazadas con diagnostico de VIH positivo las actividades de prevención primaria y secundaria se dirigen a prevenir nuevas infecciones, al auto cuidado para prevenir re-infecciones, nuevos embarazos y prevenir la transmisión en el niño(a):

- Se dará consejería sobre sexualidad y planificación familiar .

- Se recomendará el uso de preservativo en las relaciones sexuales
- Se brindará los beneficios del programa de prevención de la transmisión madre a hijo(a)

Además el personal institucional debe cumplir con las normas universales de bioseguridad en todo momento y superar el temor infundado de adquirir la infección VIH durante la atención, contribuyendo a que los trabajadores de la salud adopten una actitud positiva ante las personas que viven con VIH/SIDA.

(D) Se evalúa si cumplen con cualquiera de los criterios clínicos o inmunológicos requeridos para inicio de la terapia ARV, con consentimiento informado sobre beneficios, riesgos y requerimientos de adherencia.

(E) Se inicia la triple terapia con AZT+ 3TC + Nevirapina (o indinavir) las dosis recomendadas son las siguientes:

- COMBIVIR(AZT + 3TC) 1 tableta cada 12 horas mas,
- Nevirapina ,200 mg vía oral una vez al día durante 14 días y luego 200 mg vía oral cada 12 horas.

Si se usa indinavir en un lugar de Nevirapina , la dosis es de 800 mg cada 8 horas. No usar Efavirenz como tercer medicamento, por ser potencialmente teratogenico en humanos y su comprobación en estudios con monos.

(F) Programar la finalización del embarazo mediante cesárea electiva. Cuando la cesárea electiva no sea posible, la atención del parto se realiza de acuerdo al manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer, con énfasis en evitar uso de fórceps, mantener las membranas integras hasta el periodo expulsivo y en la práctica de episiotomía restrictiva (solamente en caso de sufrimiento fetal, presentaciones diferentes a la de vértice , fórceps y cicatrices perineales que dificulten la distensión) en caso de ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto, realizar cesárea de inmediato.

- (G) El esquema profiláctico consiste en la administración oral de 300mg de AZT vía oral cada 12 horas a partir de las 34 semanas de gestación, que es proporcionado en NIVEL I, II, o III. Referir al, NIVEL III. Para programación y realización de la cesárea.
- (H) En embarazadas VIH positivo recibiendo TARV agregar la profilaxis con AZT 300 mg oral a las 12,9y 6 horas antes de la cesárea electiva . en caso de desencadenarse el trabajo de parto dar AZT 300 mg vía oral c/3 horas .
- (I) Paciente con profilaxis completa durante el embarazo (4 semanas o mas de AZT) en el momento de la cesárea se da AZT 300 mg a las 12,9y 6 horas antes de la cesárea electiva . en caso de desencadenar trabajo de parto AZT 300 mg vía oral c/3 horas. Debe supervisarse la ingesta del medicamento.
- (J) Si la embarazada no recibió o no completo 4 semanas de AZT durante el embarazo , debe darse una dosis de 200 mg de Nevirapina 6 horas antes de la cesárea electiva asociado a 3 dosis de AZT de 300 mg a las 12,9y 6 horas de la cesárea.

En caso de que se desencadene trabajo de parto , dar la dosis de 200 mg de Nevirapina al inicio del mismo, asociado a AZT cada 3 horas hasta el momento del parto. Puede repetirse la dosis de Nevirapina si el parto no ha tenido lugar en 72 horas. Debe supervisarse la ingesta de los medicamentos. |

ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO (A) PERITALMENTE EXPUESTO AL VIH

Norma: Todo niño(a) perinatalmente expuesto al VIH debe nacer preferiblemente por cesárea electiva y la madre debe recibir profilaxis con antirretrovirales previo a las cesárea.

El recién nacido (a) recibirá quimioprofilaxis durante 6 semanas.

Acciones: Cesárea electiva, quimioprofilaxis previa a la cesárea, quimioprofilaxis al recién nacido (a).

(A) Atención inmediata al recién nacido (a) hijo(a) de madre VIH positiva. Debe evitarse el contacto con sangre y secreciones. Como en todo recién nacido(a) lo mas importante es asegurar la permeabilidad de la vía aérea, aspirar las secreciones con perilla o aspirar eléctrico teniendo cuidado en no provocar sangrado (no usar aspirador de lee).

Realizar secado inmediato y estimulación táctil, una vez estable se recomienda realizar un baño con abundante agua tibia para disminuir la exposición a secreciones y/o restos de sangre (antes de descartar el agua utilizada para el baño debe agregársele cloro) la madre y el hijo(a) en el post parto deben ser manipulados (as) sin ninguna restricción, salvo el cuidado especial en el manejo del material contaminado con sangre y secreciones. Se recomienda estimular el contacto piel a piel una vez que se ha realizado el baño al bebe y alojamiento conjunto.

Manejo de la placenta. la placenta debe colocarse como material biopeligroso, debiendo manipularse con guantes de acuerdo a las medidas de prevención universal.

(B) Quimioprofilaxis al recién nacido (a) de madre que recibió AZT durante 4 semanas o mas durante el embarazo, idealmente iniciar AZT en las primeras 6 horas de vida a 2 mg/kg/dosis vía oral cada 6 horas, durante 6 semanas.

(C) Quimioprofilaxis al recién nacido (a) de madre que no recibió o no completo 4 semanas de AZT durante el embarazo: administrar una dosis de Nevirapina a 2mg/kg en las primeras 72 horas de vida + AZT a 2 mg/kg/dosis vía oral cada 6 horas, iniciar en las primeras 6 horas de vida y mantener durante 6 semanas.

SEGUIMIENTO CLINICO DEL NIÑO (A) PERINATALMENTE EXPUESTO

(A) seguimiento clínico del niño (a) asintomático, hijo(a) de madre VIH positiva:

Todo niño(a) perinatalmente expuesto tendrá control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud más cercano a su domicilio, cada 15 días durante el primer mes, luego mensual.

(B) La atención debe ser brindada a AIEPI Y AIN-C.

El esquema de vacunación del niño (a) perinatalmente expuesto al VIH se aplicará de acuerdo a las normas del PAI.

Sin embargo se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Si el recién nacido (a) tiene contacto intra domiciliario con personas (s) con SIDA avanzado, no administrar dosis adicional de Sabin (polio oral)
- Esto también debe considerarse al momento de iniciar esquema de vacunación con polio oral, debiendo administrar vacuna inactiva (salk) para evitar la exposición de dichos contactos al polio virus vacuna.

La vacuna BCG se aplicará de acuerdo a normas:

(C) Debe supervisarse la profilaxis con AZT en los primeros 10 días y hasta que complete las seis semanas (verificando dosificación de acuerdo al peso) e iniciar profilaxis con trimetoprim sulfamida a las 6 semanas de vida a dosis de 10 mg/kg/ dosis por la noche tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes).

(D) La consejería en alimentación infantil que se le brinda a la madre VIH positiva incluye:

- Beneficios y riesgos de la lactancia materna y de la alimentación artificial (sucedáneos de la leche).
- Alternativas de alimentación, a fin de que la madre pueda alimentar a su hijo(a) de la madre más efectiva y segura de acuerdo a sus circunstancias. lineamientos sobre medidas de higiene en la

preparación y consumo de los alimentos a fin de prevenir infecciones por contaminación.

(Ver guía de alimentación infantil y VIH, depto. ITS/VIH/SIDA, secretaria de salud)

(E) Si la madre después del proceso de consejería decide no dar lactancia materna, se revisara con ella las siguientes recomendaciones para la alimentación con sustitutos de la leche materna:

- Que sea culturalmente aceptable para la madre brindar sustitutos de la lactancia materna a su hijo (a).
- Que esta sea factible garantizando seguridad para la preparación de los sustitutos en tiempo, conocimientos, habilidades y recursos.
- Que prepare de manera segura los alimentos y brinde alimentación a su hijo(a) en cantidad y frecuencia adecuados.
- Que sea asequible disponiendo de los insumos necesarios para la compra y preparación de los sustitutos de la lactancia materna.
- Que pueda mantener este tipo de alimentación durante el tiempo necesario (sostenible) de manera ininterrumpida.

(F) Si la madre decide dar la lactancia materna: se recomendará que lo haga estrictamente en forma exclusiva y que no la prolongue más allá de los seis meses, a fin de disminuir los riesgos de transmisión.

SEGUIMIENTO CLINICO Y DE LABORATORIO DEL NIÑO (A) PERINATALMENTE EXPUESTO

- (A) El seguimiento clínico del niño (a) perinatalmente expuesto depende de si se infecto o no con el VIH, por lo que deben tomarse en cuenta los resultados de laboratorio.
- (B) La prueba de PCR-VIH en las primeras 72 horas de vida permiten identificar los niños (as) que se infectan intrauterina.
- (C) Un resultado PCR-VIH positivo en las primeras 72 horas de vida denota infección intra-utero, lo que constituyen un factor de riesgo para progresión rápida y alto riesgo de muerte durante el primer año de vida, por lo que debe iniciarse de inmediato la terapia ARV en el CAI debiendo continuar su seguimiento en el nivel local con evaluaciones entre ocasionales en el CAI, manteniendo la interacción entre ambos centros.
- (D) Si el resultado de PCR-VIH a las 72 horas es negativo y el niño(a) no recibe lactancia materna, la prueba se repetirá a los 6 meses de edad.
- (E) Si el resultado de PCR-VIH a los 6 meses de edad persiste negativo y no recibe lactancia materna, debe considerarse libre de infección VIH en forma definitiva. Continuar su control mensual hasta el año de edad y luego de acuerdo a AINC.
- (F) Si el resultado de PCR-VIH a las 72 horas es negativo y el niño(a) recibe lactancia materna debe repetirse el estudio PCR-VIH tres meses después de haber suspendido la lactancia materna.
- (G) Si el resultado de PCR-VIH tomada tres meses después de haber suspendido la lactancia materna es negativo, se considera libre de infección VIH en forma definitiva. Continuar su control mensual hasta el año de edad y luego de acuerdo a AINC.
- (H) Todo niño(a) con resultado de PCR-VIH positivo debe ser remitido al CAI para evaluación clínica, virológica e inmunológica o virológica iniciar terapia antirretroviral de acuerdo a normas. si es sintomático y no se dispone de parámetro virológico o inmunológico no debe retrasarse el inicio de la

terapia ARV. (ver normas de atención integral al paciente pediátrico con VIH.)

VII DISEÑO METODOLÓGICO

- **ÁREA DE ESTUDIO**

- El presente trabajo se realizó en el Centro de Atención Integral “Nuevo Amanecer” del Hospital Santa Teresa, de Comayagua, Honduras.

- **TIPO DE ESTUDIO**

Es una investigación de tipo descriptivo, sobre la situación de la transmisión vertical del VIH-sida, manejo tratamiento y seguimiento.

- Se seleccionó como unidad de análisis las embarazadas con VIH-sida y los niño (a)s a los que se les aplicó la prueba de VIH.

POBLACION DE ESTUDIO

- La población objeto de estudio lo constituyen las embarazadas atendidas en el servicio del Centro de Atención Integral “Nuevo Amanecer”, a través del programa de atención de transmisión vertical del VIH del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Se incluyen todas las embarazadas mayores de 14 años y diagnosticadas con VIH-sida.
- Con expedientes útiles
- Que aceptan participar en el estudio

TÉCNICAS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN D:E INFORMACIÓN

Revisión documental de los expedientes del servicio de estadística, usando como instrumento una “Guía de revisión de expedientes”, diseñada para este fin.

Entrevista de pacientes que están dentro del programa, Una guía de entrevistas fue diseñada.

Variables

A continuación se presentan las variables de estudio acorde a cada uno de los objetivos específicos

Características demográficas, sociales:

- Edad
- Lugar de procedencia
- Estado civil
- Ocupación

Eficacia del cumplimiento de las normas de atención que se dio a la embarazada con VIH durante y después del embarazo, parto y puerperio

- Numero de embarazadas ingresadas
- Numero de embarazadas con Consejería antes de la prueba
- Numero de embarazadas que se hicieron la prueba de VIH
- Numero de embarazadas con Consejería después de la prueba
- Numero de embarazadas que dieron positivas
- Otras pruebas de transmisión sexual que se realiza a las positivas
- Pruebas inmunológicas
- Esquemas de Tratamiento recibido
- Tiempo de embarazo que recibe tratamiento
- Tipo de parto
- Edad gestacional al parto.

Analizar el porcentaje de reducción de transmisión vertical en niños de madres positivas con VIH- Sida.

- Prueba de VIH a recién nacidos
- Tratamiento profiláctico del recién nacido
- Edad de nacido en que se realiza las prueba
- Esquema de tratamiento recibido
- Lactancia materna
- Porcentaje de reducción de transmisión vertical

VII. RESULTADOS

8.1. Características socio demográficas:

- El 37% (5) de las embarazadas investigadas oscilan en el rango de edad de los 27 a los 31 años, y el 21% (3) corresponde a los 32 y los 37 años.
- En cuanto al aspecto de procedencia el 64% (9) viven en el área urbana y el 36%(5) son del área rural.
- Con relación al estado civil de las embarazadas participantes en el estudio, el 64% (9) conviven en unión libre y el 36%(5) son solteras.
- El la ocupación 71% (10) se dedican al servicio domestico el 15%(2) no consignado el 7%(1) desempleada el 7%(1) comerciante.

8.2. Eficacia en el cumplimiento de las normas de atención a las embarazadas con VIH.

- 5756.00 Embarazadas Atendidas en el año 2010 y en el año 2011 Hasta Mayo se atendió 2398.00.
- 75 Consejerías previa prueba de VIH en el año 2010 consejerías y en el año 2011 Hasta Mayo 219 consejerías
- 923 de embarazadas se realizaron la prueba de VIH en el año 2010 hasta mayo 2011.
- 14 embarazadas diagnosticadas con VIH atendidas en el programa de transmisión vertical EL 50% (7) fueron diagnosticadas en el año 2010el 29

% (4) diagnóstico / conocido y el 21%(3) fueron diagnosticadas en el año 2011 hasta mayo .

- Otras pruebas de transmisión sexual que se realizaron a las embarazadas con VIH Tamizaje por sífilis el 71%(10) si se lo realizó el 7%(1) no se le realizó y el 21% (3) no está consignado.
- Con relación a la prueba de CD4 EL 64% (9) si se le realizó el 29% (4) no está consignado y el 7%(1) no se le realizó.
- Con respecto al esquema de tratamiento que se le brindó a las embarazadas con VIH el 50% (7) se ofreció triple terapia con 3TC+AZT+NEVIRAPINA el 29%(4) 3TC+AZT el 21%(3) no está consignado.
- En cuanto al tiempo de embarazo al momento que recibió el tratamiento profiláctico de antirretrovirales el 79%(11) menor de 34 semanas ,14%(2) mayor de 34 semanas, y el 7%(1) no está consignado.
- El tipo de parto el 71%(10) fue por vía cesárea y el 29%(4) fue a través de la vía vaginal.
- La edad gestacional al momento del parto el 57%(8) fue de 38 semanas de gestación el 15%(2) no estaba consignado, el 7%(1) de 32 semanas de gestación el 7%(1) de 36 semanas de gestación, el otro 7%(1) de 37 semanas de gestación, 7%(1) de 39 semanas de gestación.
- Esquema de tratamiento que se le brindó al recién nacido el 79%(11) AZT*6 Semanas y el 21%(3) AZT+Nevirapina/6 Semanas.

- Edad del recién nacido al momento de recibir tratamiento profiláctico el 86%(12) recibió tratamiento antes de las 72 horas de nacido y el 14%(2) recibió el tratamiento profiláctico después de las 72 horas de vida.
- Con relación a la edad del recién nacido en que se realizó la prueba de PCR EL 86 % (12) se le realizó antes de las 72 horas de nacido y el otro 14% (2) se le realizó después de las 72 horas de vida.
- En cuanto a los resultados obtenidos de los recién nacidos analizados en este periodo el 100%(14) negativos.

8.3. Describir el porcentaje de reducción de transmisión vertical en niños (as) de madres positivas con VIH- sida.

Desde el año 2005 que se diagnosticó positivo 1 recién nacido sobre 3600 mujeres embarazadas atendidas, con un porcentaje de reducción de 0.027 y en el año 2011 Hasta Mayo 0 niños positivos de 8154 embarazadas atendidas .

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados sobre las Características socio demográficas de las embarazadas en estudio. Se encontró que las edades más frecuentes estaban entre 27-31 y 32-37 años, siendo este el grupo más afectado y que coincide con otros estudios que esta enfermedad afecta más la población económicamente activa y en edad reproductiva, Procedencia viven en el área urbana, el estado civil en unión libre, la ocupación el servicio domestico.

El número de Embarazadas Atendidas en el periodo estudiado y las consejerías brindadas se ofreció un 4% en relación con el total de todas las embarazadas asistidas en dicha institución que no es significativo pero es un aporte a la prevención de la trasmisión vertical del VIH.

De las 14 embarazadas positivas y recibiendo tratamiento la están distribuidas en su mayoría fueron diagnosticadas en el año 2010. Otras pruebas de transmisión sexual que se realizaron a las embarazadas con VIH Tamizaje por sífilis y el CD4 estas pruebas no se logro tomar al totalidad de las pacientes en estudio.

El esquema de tratamiento fue prescrito de acuerdo al caso que presento la embarazada con VIH el que más se prescribió fue triple terapia con 3TC+AZT+ NEVIRAPINA.

La finalización del embarazo fue a las 38 semanas por la vía de cesárea electiva. En las acciones de prevención en el recién nacido el esquema de tratamiento que se le brindo al recién nacido todas los niños de madres con VIH se les dio tratamiento profiláctico antes de las 72 horas por espacio de 6 semanas y se les realizo las pruebas de PCR el primero a las 72 horas y el segundo hasta los 6 meses de vida y el resultado fue negativo por VIH todos estos factores de riesgo se lograron dar cobertura hasta un 70% casi en su mayoría a aceptación de los recién nacidos que si se les dio cobertura en su totalidad hasta la prueba de 6 meses.

X. CONCLUSIONES.

1. Las embarazadas con VIH positivo fueron de las edades de 27 y -37 años, de la población en estudio, estado civil unión libre, ocupación servicio domestico, y la mayoría procedían del área urbana.

2. Las acciones de prevención realizadas en la atención a las embarazadas con VIH, que consiste en: el servicio de consejería y pruebas de VIH realizadas en el periodo en relación con el numero de las embarazadas atendidas la cobertura es baja ,las pruebas serológicas, pruebas inmunológicas del CD4 estas no se le realizo a la totalidad de las pacientes, estos factores de riesgo para la reducción de la trasmisión no hubo un cumplimiento según lo establece la norma de atención .

En cuanto al manejo de los factores de riesgo en la transmisión durante el embarazo, parto y puerperio que incluye: esquema de tratamiento de antirretrovirales prescrito y la finalización del embarazo mediante cesáreo electiva el manejo para este grupo estudiado alcanzo en algunos de ellos solo el 70% de eficacia en el manejo según lo establecen las normas de atención integral a la embarazada con VIH.

3.La reducción de la transmisión e del VIH sida en el año 2005 según el numero de 5000 atenciones en el periodo y 1 caso de recién nacido que dio positivo tenemos un porcentaje de reducción del 0.02%

XI. RECOMENDACIONES

1. A la región departamental de Comayagua.

- Continuar con la vigilancia y el monitoreo del programa a nivel regional.
- Adquisición y distribución oportuna de medicamentos ARVy fórmula infantil, para profilaxis de la prevención de la transmisión del VIH de Madre a hijo/a, para las embarazadas VIH positivas y sus hijos/as

2. A la Dirección del Hospital Regional santa teresa:

- Continuar con la supervisión y evaluación en el cumplimiento de las normas de atención a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) .
- Aumentar la cobertura en consejería y la realización de las pruebas de VIH sida a las embarazadas que son atendidas en este centro hospitalario en sus primeras semanas de gestación.

3. A el programa de trasmisión vertical de VIH.

- Continuar con la aplicación de los protocolos de atención y seguimiento hasta completar el Tx, al 100% de las madres VIH+ y sus hijos/as

XII BIBLIOGRAFIA

1. DEL RIO SOLESSI, Aurora et al (1995). La epidemia del VIH o SIDA y la mujer en México. Salud Pública en México, Vol. 37, No. 6, Pág. 581-591.
2. GARCIA, M.L. and GRIMES R.M. (2000). Training of obstetric nurses and HIV testing in pregnancy at a managed care organization. AIDS CARE. Vol. 12, No. 2, Pág. 137-147.
3. ELIZABETH GLASSER. PEDIATRIC AIDS FOUNDATIONS (2001). Pediatric AIDS and you. www.pedaids.org.facts.html MINISTERIO DE SALUD y ONUSIDA Honduras (1999).
4. Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual: Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santa Fé de Bogotá.
5. NICOLL, Angus and y PECKERMAN, Catherine (1999) Reducing vertical transmission of HIV in the UK. British Medical Journal, Vol. 319, No. 7219, Pág. 1211-1212.
6. Boletín de Epidemiología N° 13, Diciembre, 2000. CONASIDA. Ministerio de Salud.
7. Boletín de Epidemiología N° 12. Segundo semestre año 2000. CONASIDA. Ministerio de Salud.
8. La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategia de prevención y atención. Organización Panamericana de Salud, 1999.
9. Archivo de embarazadas con VIH sida atendidas en el Hospital Regional Santa Teresa de COMAYAGUA

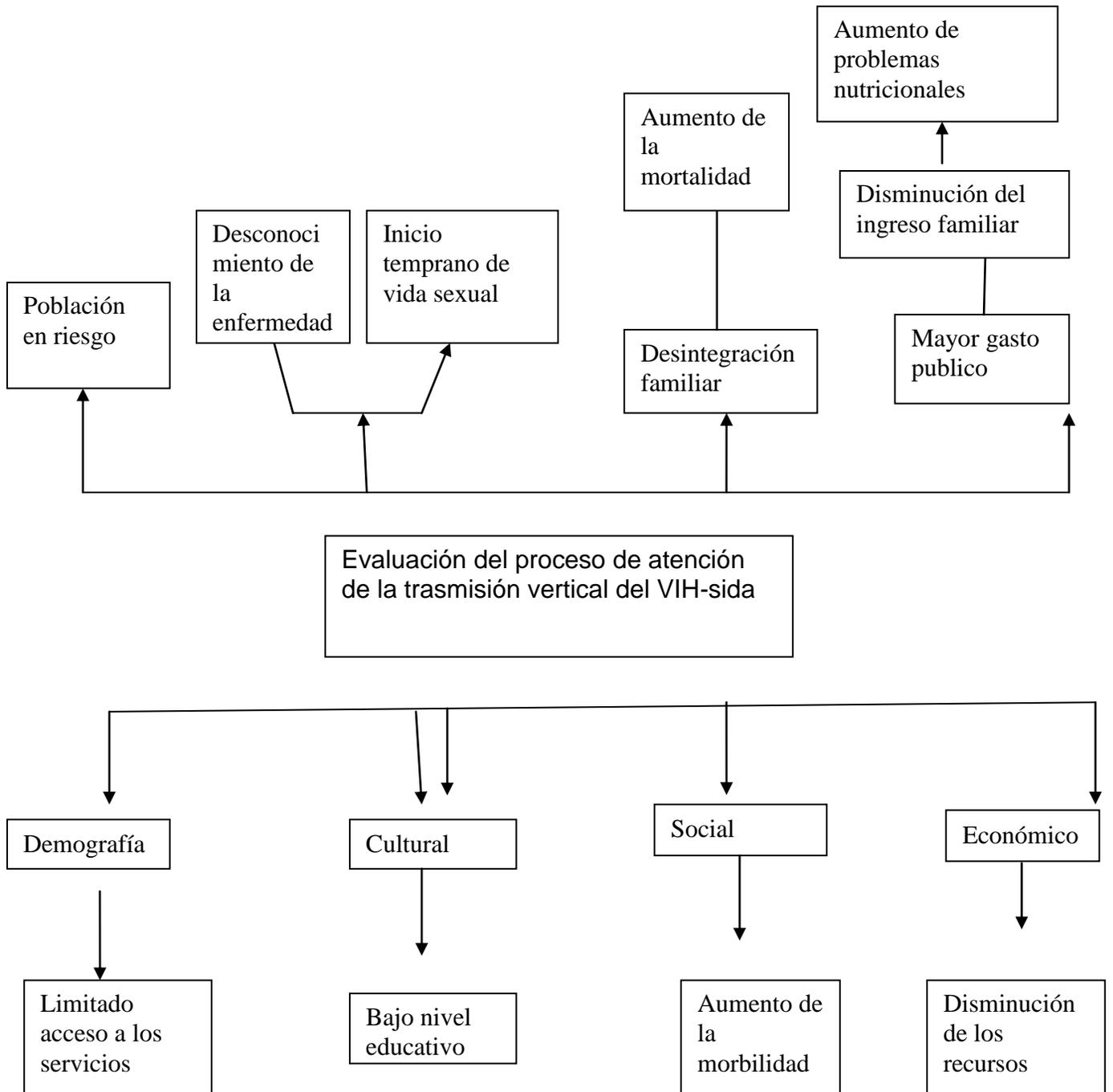
10. Normas de atención Integral a la Mujer Embarazada para la prevención de transmisión del VIH a hijo/hija

ANEXOS:

Cuestionario, Gráficas, tablas.

ANEXO 1

Modelo Explicativo



ANEXO 2

Operacionalización de las variables:

Objetivos Específicos; características demográficas, y sociales, de las embarazadas.

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICION</u>	<u>DIMENCIONES</u>	<u>VALORES</u>	<u>ESCALA</u>
Edad	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de su asistencia.	Años Cumplidos	17-21 22-26 27-31 32-36 37-mas	Nominal
Procedencia	Lugar que reside actualmente la persona al momento de la entrevista	Colonias y Barrios de Comayagua	Rural Urbano	Nominal
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia.	Situación Jurídica	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda	Nominal
Ocupación.	Es el tipo de labor o trabajo que una persona realiza	Tipo de trabajo	Desempleada Comerciante Servicio domestico Ninguna	Nominal

ANEXO 2

Operacionalización de las variables:

Objetivos Específicos;; Valorar la eficacia en el cumplimiento de las normas de atención que se dio a la a las embarazadas con VIH .

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCIONES	VALORES	ESCALA
Consejería Antes de la Prueba VIH.	Es la puerta de entrada para que las usuarias Conozcan su situación con respecto al VIH	Que la embarazadas se realicen las pruebas	Pruebas realizadas	Nominal
Pruebas sobre infecciones de transmisión sexual.	Son exámenes de sangre que permiten detectar la presencia de anticuerpos contra un virus	Realización de exámenes	Tipo de exámenes	Nominal
Tratamiento antirretroviral Profiláctico.	Es la utilización de algún medicamento que ayuda a prevenir una enfermedad antes de que ocurra	Prescripción de medicamentos	Tipo de antirretroviral	Nominal

ANEXO 2

Operacionalización de las variables:

Objetivos Específicos; Valorar la eficacia en el cumplimiento de las normas de atención que se dio a la a las embarazadas con VIH .

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCIONES	VALORES	ESCALA
Finalización del embarazo	Tiempo en que ocurre el parto		35 SG 36 SG 37 SG 38 SG 39 SG	Nominal
Tipo de parto	Vía del parto	Disminución del riesgo	Cesárea Vaginal	Nominal
Pruebas al recién nacido	Identificar estado de salud		Tipo de pruebas	Nominal
Lactancia	Es la alimentación de los niños	Alimentar	Materna Artificial	nominal

ANEXO 3



Formulario de Evaluación de Procesos de Transmisión Vertical del VIH/SIDA en el Hospital Regional Santa Teresa Comayagua Honduras



Características socio- Demográficas

1. Edad_____
2. Procedencia
 - a) Urbano
 - b) Rural
3. Estado Civil
 - a. Casada
 - b. Soltera
 - c. Unión Libre
 - d. Viuda
 - e. Divorciada
4. Ocupación Actual
 - a) Servicio domestico
 - b) Desempleado (a)
 - c) Profesional o Técnico
 - d) Comerciante

Eficiencia del Cumplimiento de las Normas de Atención que se dio a la Embarazada con VIH-sida

1. Cuantas embarazadas fueron atendidas en el periodo de estudio en la institución-----.
2. Cuantas embarazadas recibieron Consejería Antes de la Prueba atendidas en la institución-----.
3. A cuantas de las embarazadas que se les brindo consejería se les realizo la prueba-----.
4. A cuantas de de las embarazadas se les brindo consejería después de la prueba-----.
5. Cuantas embarazadas fueron resultados positivos-----.
6. Que otras pruebas sobre infecciones de trasmisión sexual se realizaron. Explique-----
7. Que esquema de tiramiento profiláctico se brindo.
 - a) AZT
 - b) 3TC+AZT+NEVIRAPINA.
8. A que tiempo del embarazo recibió tratamiento
 - a) < 34 semanas.
 - b) >34 semanas
9. Tipo de parto.
 - a) Cesárea electiva.
 - b) Vaginal

10. Edad gestacional al parto.

- a) 32SG
- b) 38 SG
- c) 37.5SG
- d) 39 SG
- e) OTROS.

Analizar el porcentaje de reducción de transmisión vertical en niños (as) de madres positivas con VIH- sida.

11. Esquema de tratamiento profiláctico del recién nacido.
Explique.-----.

12. A que edad de nacido de le brindo el tratamiento.

- a) Antes de 72 horas
- b) Después de 72 horas.

13. A que edad de nacido se realizo las pruebas .

- a) Antes de 72 horas
- b) A los 30 días
- c) Al año
- d) Otros.

14. Que tipo de alimentación recibió.

15. Resultados de PCR.

ANEXO 3

GUIA DE REVICION DE EXPEDIENTES

Atención a la embarazada con VIH según normas de pacientes atendidas en el año 2010 hasta mayo 2011.

- Recibió consejería previa realización de serología VIH, RPR y otros exámenes laboratoriales según normas
- Paciente fue captada por la institución o programa de trasmisión vertical.
- Se realiza evaluación clínica inmunológica.

- Recibió tratamiento antirretroviral de acuerdo a las normas si CD4 es menor o mayor de 250 células
- Cumplió con tratamiento profiláctico a partir de las 34 semanas de gestación según normas.

- Se programo cesárea electiva a las 38 semanas de gestación.

- Recibe tratamiento inmediatamente con AZT antes 12, 9,6, horas previo a la cesárea.

- Se brinda atención inmediata al recién nacido, según esquema si madre dio cumplimiento con AZT DE 4 Semanas.
- Se brinda lactancia materna.

- Se dio seguimiento clínico y laboratorial en las primeras 72 horas de vida la recién nacido.

- Se remite al centro de atención integral CAI para su tratamiento de sostenibilidad.

ANEXO 4

Tabla#1

Edad: Características demográficas y sociales.

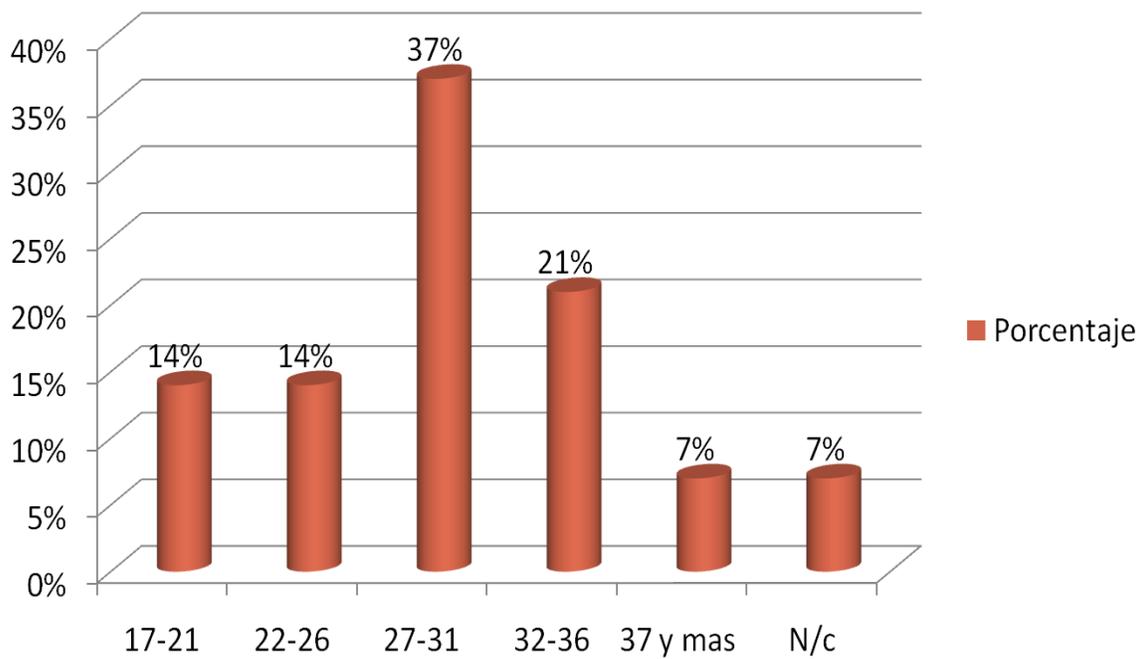
Situación de la Transmisión vertical del VIH Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011

Edad	Frecuencia	Porcentaje
17-21	2	14%
22-26	2	14%
27-31	5	37%
32-36	3	21%
37 y mas	1	7%
N/c	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta y lista de verificación

Figura #1 Edad. Características demográficas y sociales.

Situación de la Transmisión vertical del VIH Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #1

Características Socio-Demográficas

Tabla#2

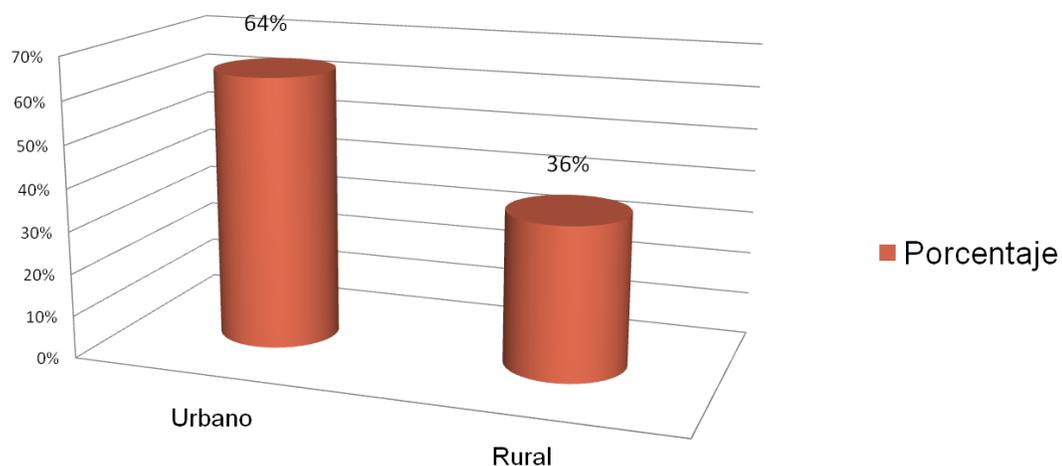
Procedencia: Transmisión vertical del VIH año 2010 a Mayo 2011

Hospital Regional Santa Teresa Comayagua-Honduras

Procedencia	Frecuencia	porcentaje
Urbano	9	64%
Rural	5	36%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta y lista de verificación

Figura #2 Distribución por procedencia Transmisión vertical VIH año 2010 a Mayo 2011 Hospital Regional Santa Teresa Comayagua-Honduras



Fuente Tabla#2

Características Socio-Demográficas

Tabla#3

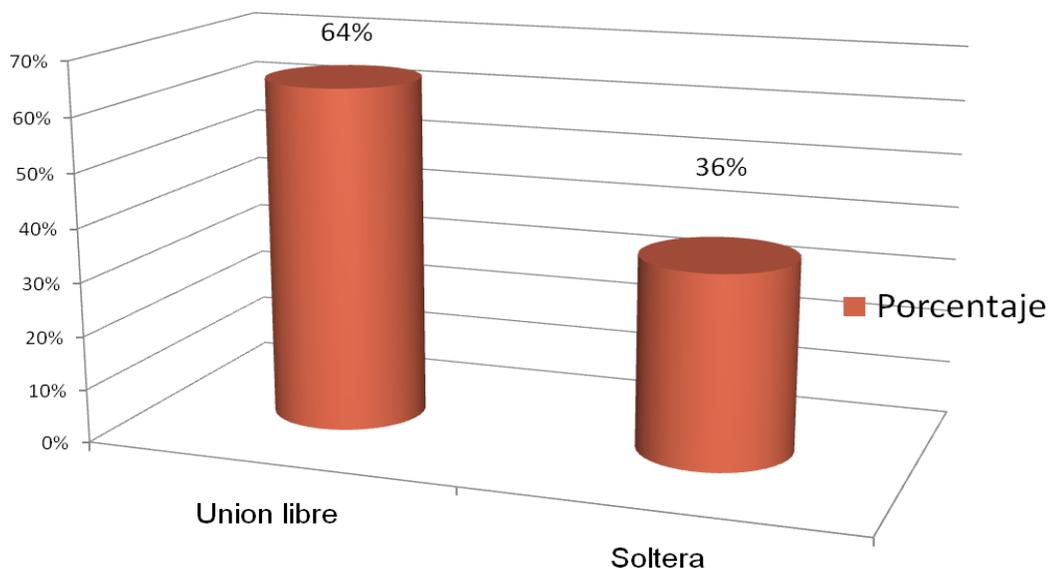
Estado civil: Transmisión vertical del VIH año 2010 a Mayo 2011

Hospital Regional Santa Teresa Comayagua-Honduras

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión libre	9	64%
Soltera	5	36%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta y lista de verificación

Figura #3 Distribución por Estado civil Transmisión vertical VIH año 2010 a Mayo 2011 Hospital Regional Santa Teresa Comayagua-Honduras.



Fuente: Tabla#3

Características Socio-Demográficas

Tabla#4

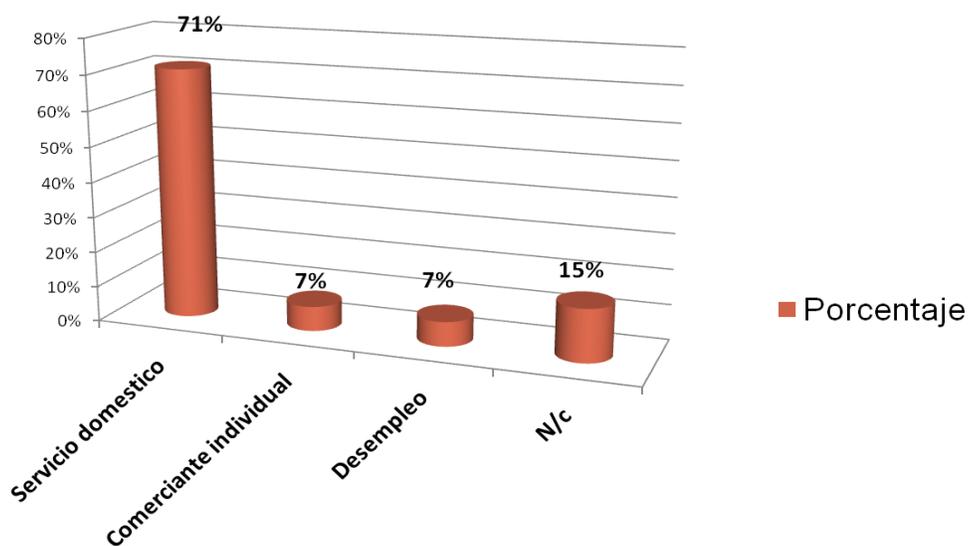
Ocupación: Transmisión vertical del VIH año 2010 a Mayo 2011

Hospital Regional Santa Teresa Comayagua-Honduras

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Servicio domestico	10	71%
Comerciante individual	1	7%
Desempleo	1	7%
N/c	2	15%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta y lista de verificación

Figura #4 Distribución por Ocupación Transmisión vertical VIH año 2010 a Mayo 2011 Hospital Regional Santa Teresa Comayagua-Honduras



Fuente Tabla #4

Eficacia en el Cumplimiento de las Normas de Atención a las Embarazadas con VIH.

Tabla # 5

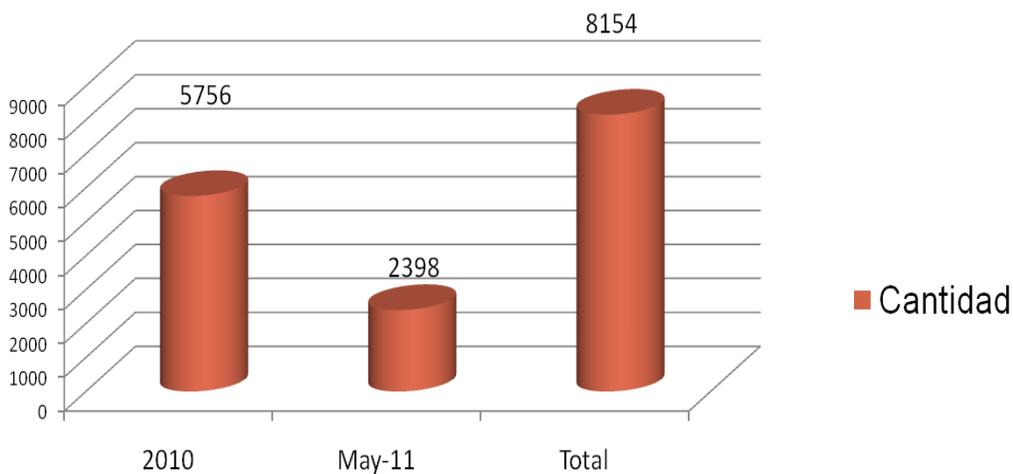
Numero de Embarazadas Atendidas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras año 2010 a Mayo 2011.

Año5	Cantidad
2010	5756
Mayo 2011	2398
Total	8154

Fuente: encuesta y lista de verificación

Figura #5

Numero de Embarazadas Atendidas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Hondura



Fuente: Tabla # 5

Tabla # 6

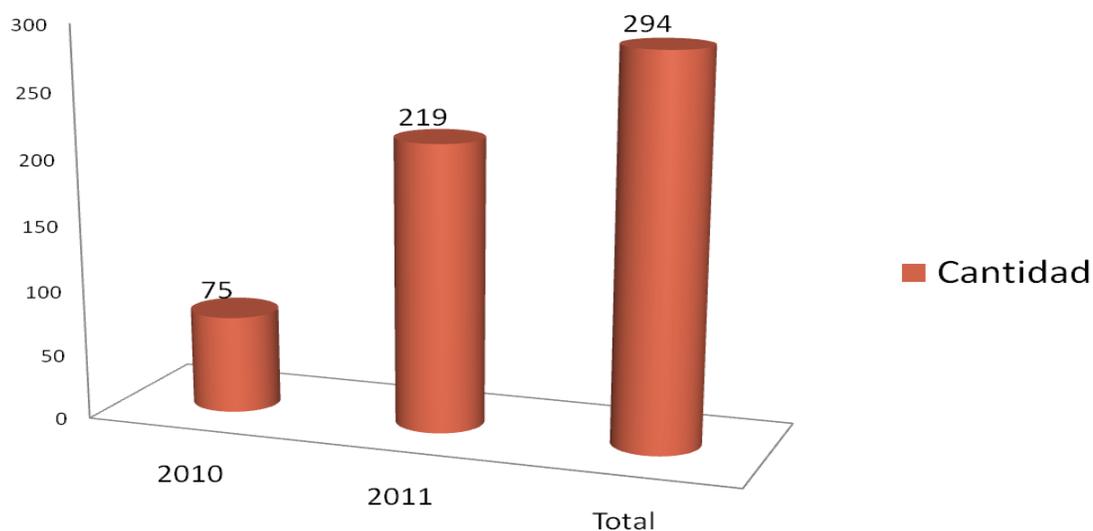
Consejerías Previo a la Prueba de VIH
situación de la Transmisión vertical del VIH Hospital Regional Santa
Teresa, Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011.

Año	Cantidad
2010	75 Embarazadas
2011	219 Embarazadas
Total	294 Embarazadas

Fuente: Encuesta y lista de verificación

Figura #6

Distribución Consejerías Previo a la Prueba de VIH Brindadas en el
hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras año 2010 a
Mayo 2011.



Fuente: Tabla # 6

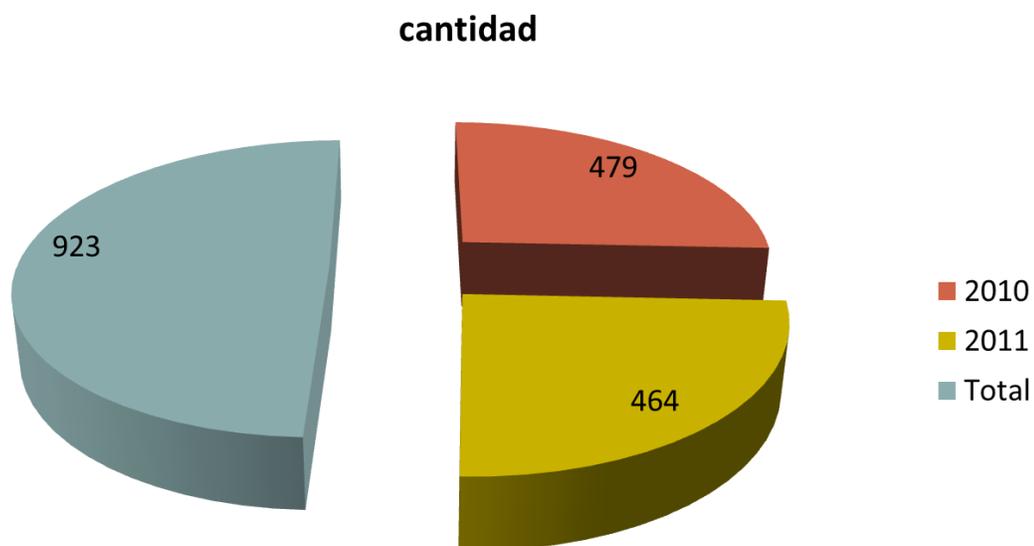
Tabla # 7

Numero de Embarazadas que se les Realizo la Prueba de VIH en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras en el año 2010 a Mayo 2011.

Año	Cantidad	Porcentaje
2010	479	
2011	464	
Total	923	11%

Fuente: Encuesta y lista de verificación

Pruebas de VIH realizadas
situación de la Transmisión vertical del VIH Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011



Fuente: Tabla7

Tabla # 8

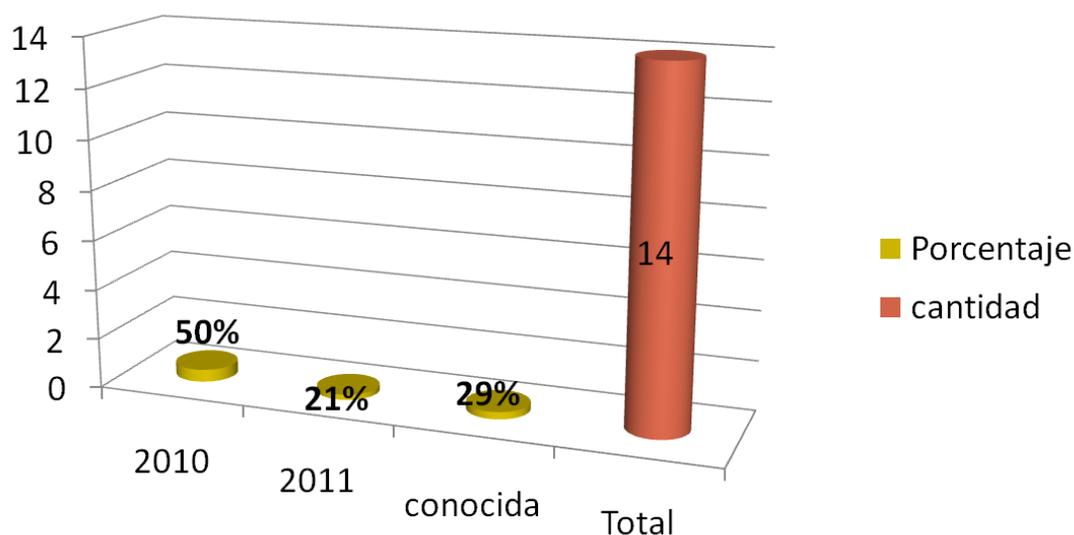
Numero de Embarazadas con Diagnostico de VIH que son Atendidas en el Programa de Trasmisión Vertical en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua año 2010 a Mayo 2011.

Fecha diagnostico	cantidad	porcentaje
Año 2010	7	50%
Año 2011	3	21%
Diagnostico/conocido	4	29%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta, y lista de verificación

Figura#8

Numero de Embarazadas con Diagnostico de VIH que son Atendidas en el Programa de Trasmisión Vertical en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #8

Tabla #9

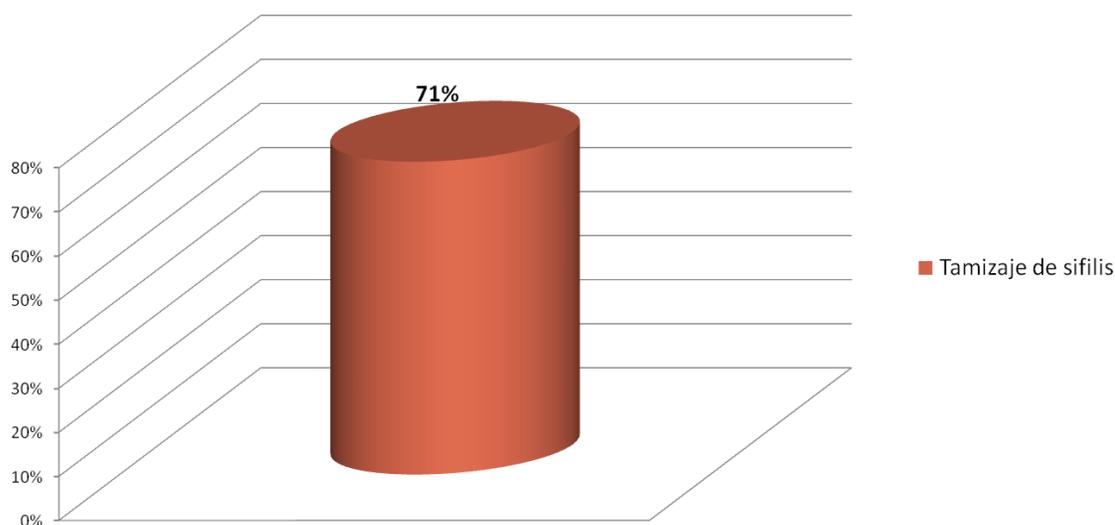
Otras Pruebas de Transmisión Sexual Realizadas a las Embarazadas Atendidas en el Programa de Trasmisión Vertical en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011.

TIPOS DE PRUEBAS	SI	NO	N/C	TOTAL
TAMIZAJE SIFILIS	10	1	3	14

Fuente: Encuesta, y lista de verificación

Figura #9

Otras Pruebas de Transmisión Sexual Realizadas a las Embarazadas Atendidas en el Programa de Trasmisión Vertical en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #9

Tabla # 10

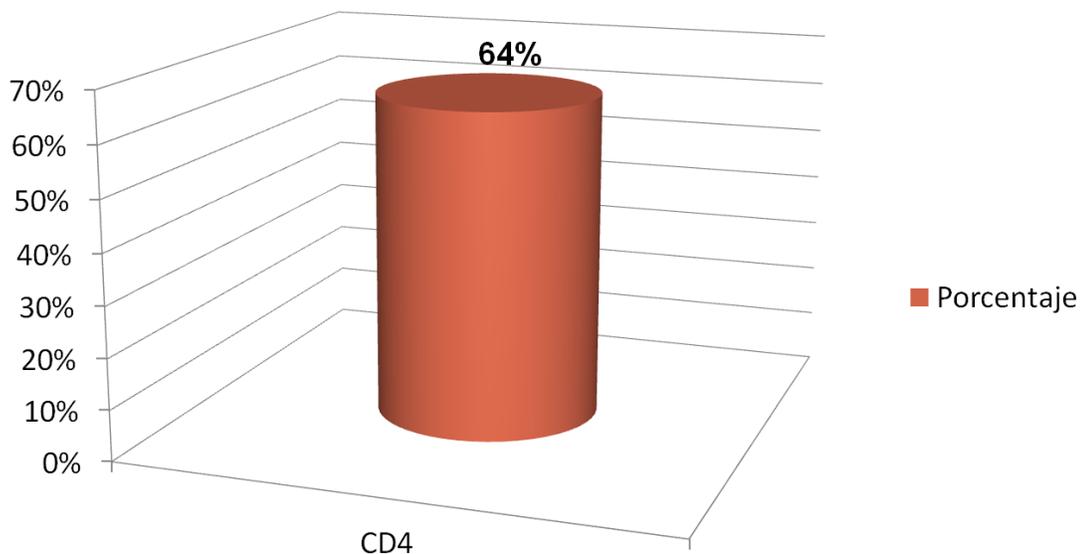
Pruebas Inmunológicas Realizadas a las Embarazadas Atendidas en el Programa de Trasmisión Vertical en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011.

TIPOS DE PRUEBAS	SI	NO	N/C	TOTAL
CD4	9	1	4	14

Fuente: Encuesta, y lista de verificación

Figura #10

Pruebas Inmunológicas Realizadas a las Embarazadas Atendidas en el Programa de Trasmisión Vertical en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #10

Tabla# 11

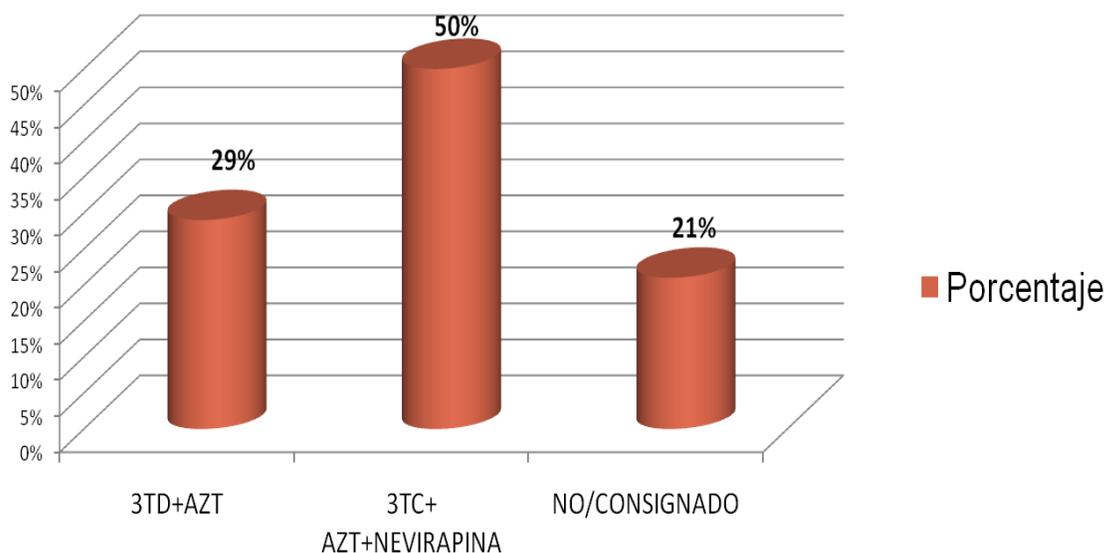
Esquema de Tratamiento que se Aplico a las Embarazadas con VIH Atendidas en el Programa de Transmisión Vertical del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras año 2010 a Mayo 2011

Tratamiento	CANTIDAD	Porcentaje
3TC+AZT	4	29%
3TC+AZT+NEVIRAPINA	7	50%
NO CONSIGNADO	3	21%

. Fuente: Encuesta lista de verificación

Figura# 11

Esquema de Tratamiento que se Aplico a las Embarazadas con VIH Atendidas en el Programa de Transmisión Vertical del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras año 2010 a Mayo 2011



Fuente Tabla #11

Tabla#12

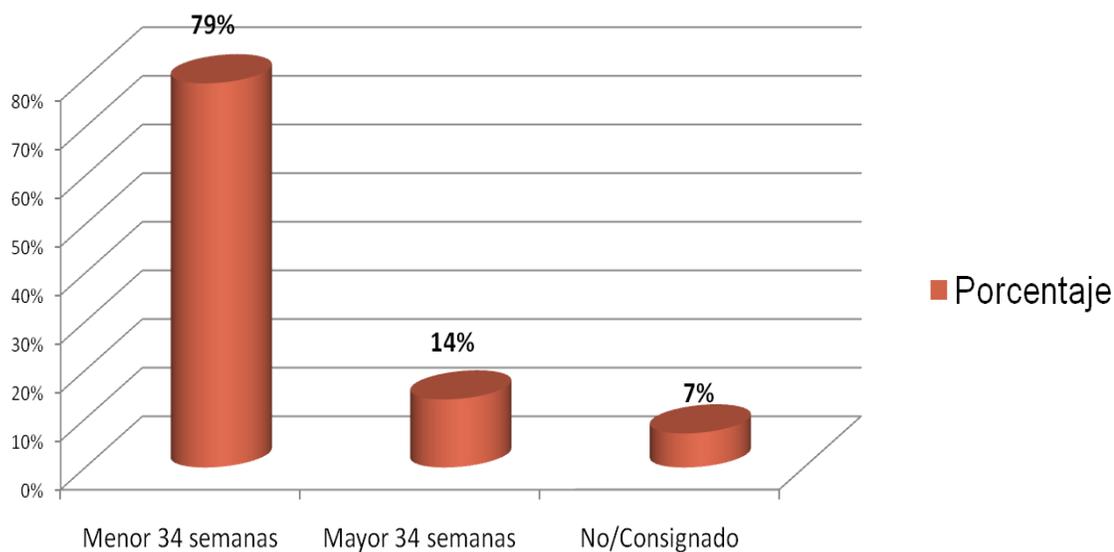
Tiempo de Embarazo en que Recibió Tratamiento en el Programa de Transmisión Vertical en el año 2010 a Mayo 2011.

T tiempo de Embarazo	Numero	Porcentaje
Menor 34 semanas	11	79%
Mayor 34 semanas	2	14%
No/Consignado	1	7%

. Fuente: Encuesta lista de verificación.

Figura#12

Tiempo de Embarazo en que Recibió Tratamiento en el Programa de Transmisión Vertical del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras I en el año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #12

Tabla#13

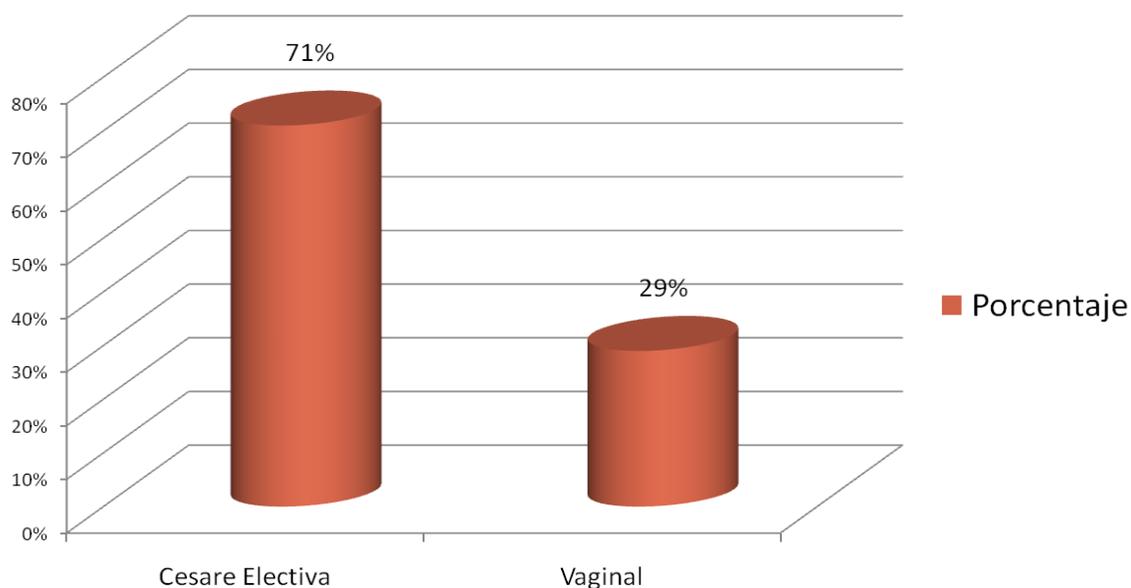
Tipo de Parto que Tuvieron las Embarazadas del Programa de Trasmisión vertical del Hospital Regional Santa teresa de Comayagua honduras en el año 2010 a mayo 2011.

Tipo de Parto	Cantidad	Porcentaje
Cesárea Electiva	10	71%
Vaginal	4	29%
Total	14	100%

Fuente; Encuesta y lista de verificación.

Figura #13

Tipo de Parto que Tuvieron las Embarazadas del Programa de Trasmisión vertical del Hospital Regional Santa teresa de Comayagua honduras en el año 2010 a mayo 2011.



Fuente Tabla #13

Tabla #14

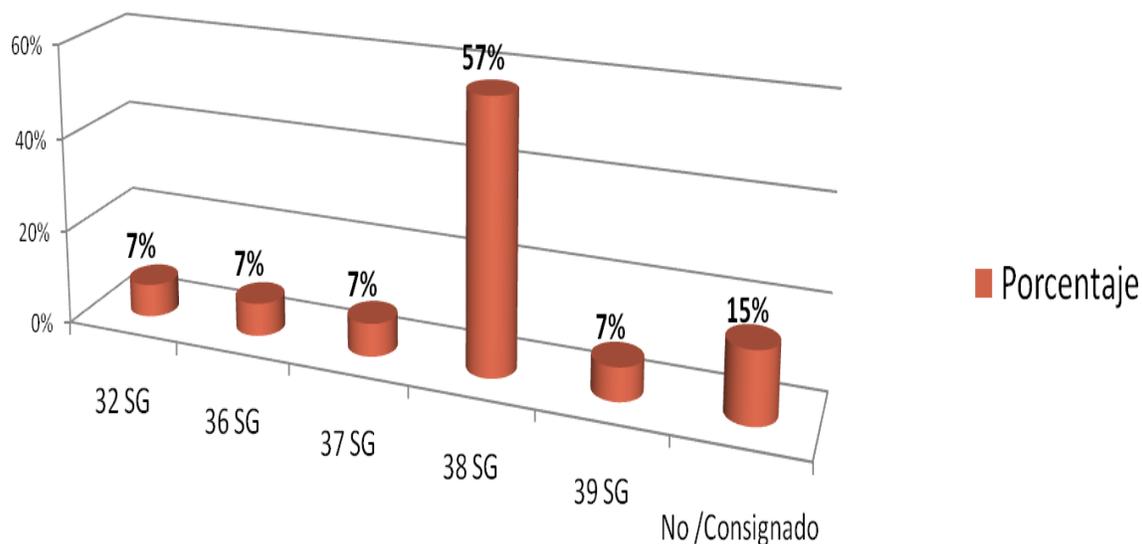
Edad Gestacional al Parto de las Embarazadas del Programa retransmisión Vertical del VIH en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras en el año 2010 a Mayo 2011.

Edad Gestacional	Cantidad	Porcentaje
32SG	1	7%
36 SG	1	7%
37 SG	1	7%
38SG	8	57%
39 SG	1	7%
No/Consignado	2	15%
Total	14	100%

Fuente; Encuesta y lista de verificación.

Figura #14

Edad Gestacional al Parto de las Embarazadas del Programa retransmisión Vertical del VIH en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras en el año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #14

Analizar el porcentaje de reducción de trasmisión vertical en niños (as) de madres positivas con VIH- sida.

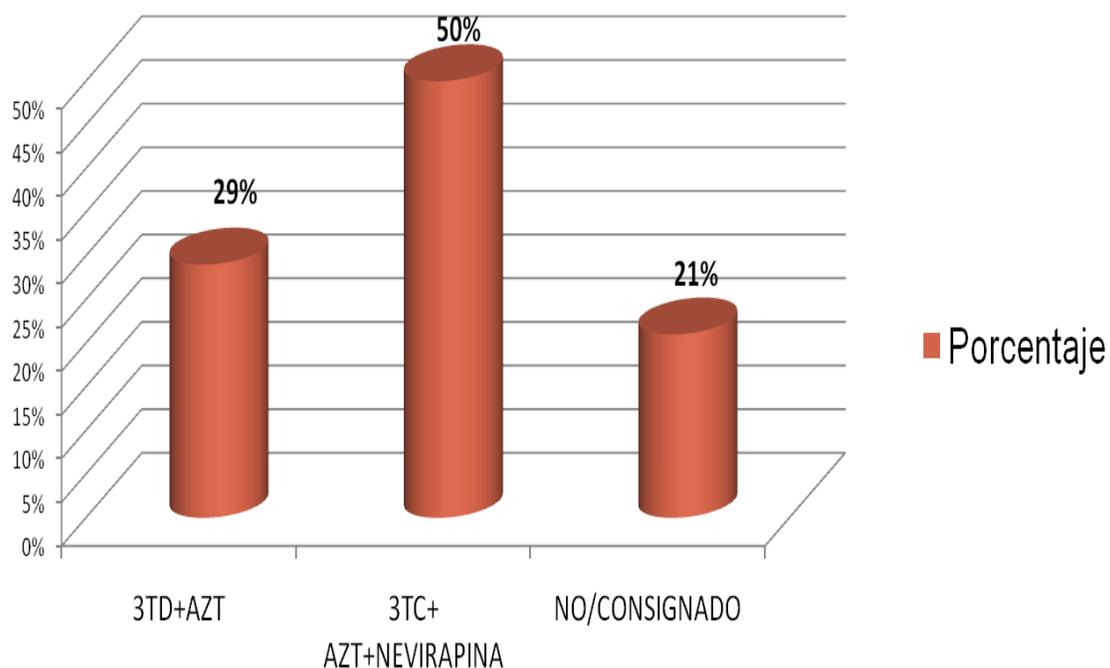
Tabla#15

Esquema de Tratamiento Profiláctico del Recién Nacido para la Prevención de la Transmisión Vertical según Normas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras en Año 2010 a Mayo 2011.

Tratamiento	Cantidad	Porcentaje
AZT*6 Semanas	11	79%
AZT+Nevirapina/6 Semanas	3	14%
Total	14	100%

. Fuente; Encuesta y lista de verificación.

Figura #15 Esquema de Tratamiento Profiláctico del Recién Nacido para la Prevención de la Transmisión Vertical según Normas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras en Año 2010 a Mayo 2011.



Fuente Tabla #15

Tabla #16

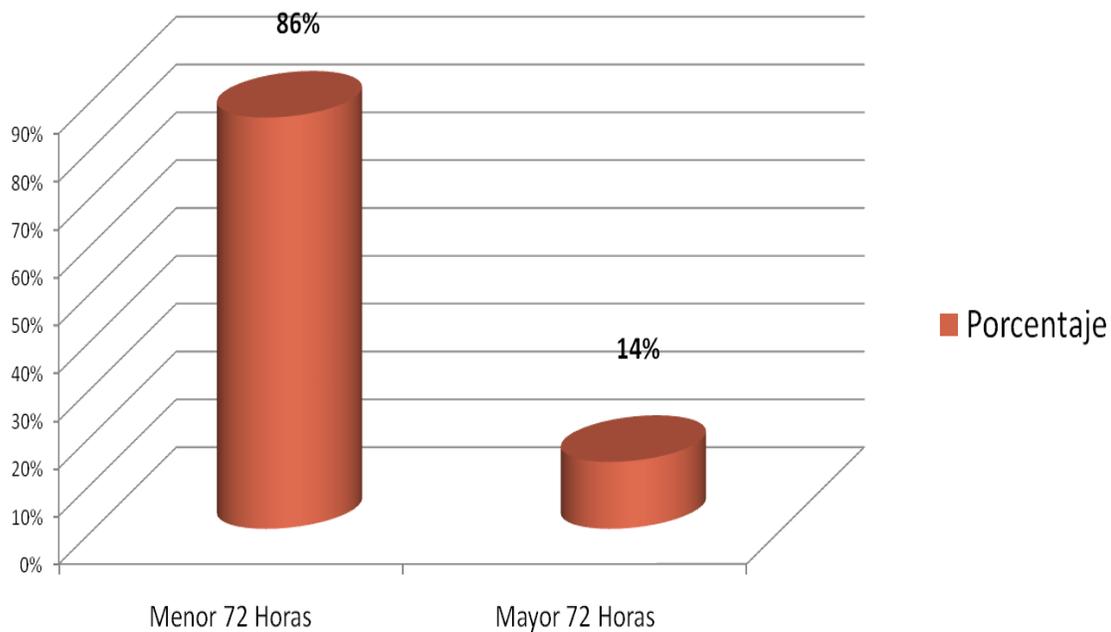
A qué edad de Nacido Recibieron el Tratamiento los Recién Nacidos para la Prevención de la Transmisión Vertical Según Normas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras en año 2010 a 2011.

Edad	Cantidad	Porcentaje
Menor de 72 Horas	12	79%
Mayor de 72 Horas	2	14%
Total	14	7%

. Fuente; Encuesta y lista de verificación.

Figura #16

A qué edad de Nacido Recibieron el Tratamiento los Recién Nacidos para la Prevención de la Transmisión Vertical Según Normas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras en año 2010 a 2011.



Fuente Tabla #16

Tabla #17

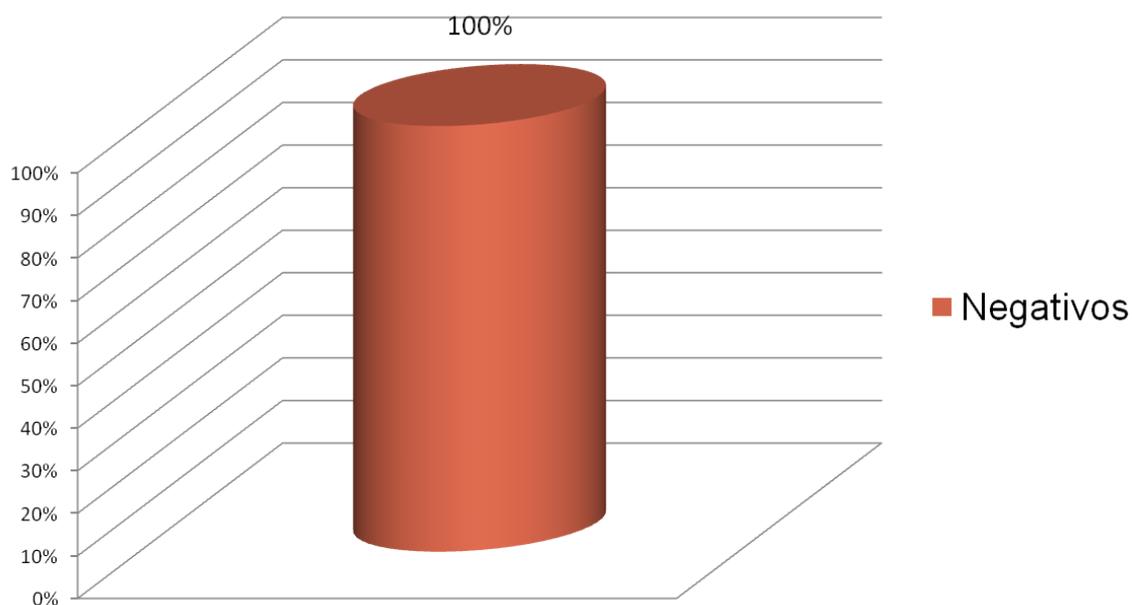
Resultados PCR hasta los 6 meses de vida de niños de Madres con VIH del Programa de Transmisión Vertical del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras Año 2010 a Mayo 2011.

Resultados	Cantidad	Porcentaje
Negativos	14	100%
Positivos	0	0%
Total	14	100%

. Fuente; Encuesta, Archivos

Figura #17

Resultados de PCR+VIH Hasta los 6 meses de vida de niños de Madres con VIH del Programa de Transmisión Vertical del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, Honduras Año 2010 a Mayo 2011.



Fuente;Tabla#17

Anexos 5

GLOSARIOS DE TERMINOS

TX	Tratamiento
CAI	Centro de Atención Integral
ARV	Antirretroviral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
TARV	Tratamiento Antirretroviral.
SG	Semanas de Gestación
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
PCR	Reacción en Cadena de la Polimeraza
3TC	Lamivudina
AZT	Zidovudina