

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE



***TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA
DE GINECOOBSTETRICIA***

INFORME FINAL

TEMA

Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2014- Diciembre 2016.

AUTOR:

- Dra. Karla Lorena Gómez Castillo
Médico residente de ginecología y obstetricia.

TUTOR:

- Dra. Rosibel Juárez
*Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia.
Hospital Bertha Calderón Roque.*

Lunes, 12 de marzo de 2018.

DEDICATORIA

A DIOS, por su infinita misericordia y por la sabiduría brindada y por proveernos siempre de salud para seguir adelante.

A MIS PADRES por ser el principal motor que me impulso a superarme y por estar siempre conmigo.

A Rajiv Murillo, mi amado esposo, por ser mí complemento perfecto en esta ardua carrera y por brindarme siempre su apoyo incondicional.

A MIS MAESTROS MEDICOS DE BASE, por ser los que me transmitieron sus conocimientos sin esperar nada a cambio.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por sobre todas las cosas, por la vida, por la sabiduría y por todo lo bueno que me ha pasado.

A MI TUTORA, por ser siempre una inspiración para superarnos y por las enseñanzas transmitidas y por apoyarme en este trabajo y en mi formación.

A MIS MAESTROS, por apoyarme siempre y transmitirse la enseñanza.

AL PERSONAL DE ENFERMERIA Y DE EPIDEMIOLOGIA del Hospital por ser ese complemento perfecto para nuestra formación.

OPINION DEL TUTOR

La investigación científica sobre el impacto de la infección por VIH en el binomio materno-fetal reviste una gran trascendencia en nuestro medio, atribuido a la naturaleza multifactorial del problema. En este sentido, la inclusión de factores sociales, económicos, institucionales y biológicos constituyen una medida esencial para su abordaje, como premisa fundamental para generar estrategias eficaces con enfoque integral. En virtud de ello las intervenciones dirigidas a mejorar el proceso de atención de esta población, debe sustentarse en adecuados conocimientos de los diferentes componentes del fenómeno.

Por tanto el estudio sobre “Resultados perinatales de pacientes que vive con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de enero 2014 – Diciembre 2016”, realizado por la Dra. Karla Lorena Gómez Castillo. Representa la culminación de un proceso que demando esfuerzo y voluntad de parte de la investigadora y correspondientemente la generación de importantes herramientas que nos permiten obtener una visión general sobre el comportamiento de esta enfermedad y particularmente en la salud perinatal de la población afectada de nuestra institución.

En mi carácter de tutor de este trabajo de tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia, considero que reúne los requisitos necesarios para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Dado en la ciudad de Managua a los 12 días del Mes de Marzo de 2018

Dra. Rosibel Juarez

Especialista en Ginecología y Obstetricia

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCION	8
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACION	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS	15
MARCO TEORICO	16
DISEÑO	
METODOLOGICO.....	39
RESULTADOS.....	46
ANALISIS Y DISCUSION.....	59
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXOS.....	67

RESUMEN

El presente estudio tiene como tema *Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2014 - Diciembre 2016*. Se llenaron un total de 64 fichas de recolección que correspondió a las pacientes atendidas en el periodo que se estudió.

El estudio tiene como objetivo general describir los resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2014 - Diciembre 2016. Y tiene como objetivos específicos conocer las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, enumerar los antecedentes Gineco-obstetricos, describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de la gestante que convive con el virus de VIH, describir complicaciones de las pacientes durante y posterior a la atención del parto y conocer complicaciones y abordaje neonatal, así como el porcentaje de transmisión vertical de los neonatos nacidos de las pacientes en estudio.

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y la muestra es no probabilística por conveniencia. La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 23.

Dentro de los resultados más importantes se destaca que el 56.3% de las pacientes en estudio son de 21-30 años de edad, 62.5% en unión libre, 100% de la zona urbana, con escolaridad hasta secundaria en un 48.4% y amas de casa en un 87.5%. Respecto a los antecedentes Gineco-obstetricos representando un 37.5% de las pacientes eran bigestas, se realizaron 4 o más controles prenatales, se captaron antes de las 12 semanas de gestación un 34.4%. Referente al abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes un 57.8% se les diagnosticó VIH durante el embarazo, recibió terapia de ARV un 96.8 %, un 40.6% inició el tratamiento previo al embarazo (estas pacientes ya tenían el diagnóstico previo al embarazo). En cuanto a las complicaciones de las pacientes un 59.4% de las pacientes no tuvieron complicaciones durante la gestación ni obstétricas y en las que se presentó, un 9.4%

presentaron síndrome hipertensivo gestacional. Respecto a las complicaciones y abordaje neonatal un 90.6% de los nacimientos fue vía cesárea con peso entre 2500 y 4000 gramos y nacieron mayores de 37 semanas de gestación. Un 87.9% de los recién nacidos no presentó complicación y los que la tuvieron la más frecuente fue dificultad respiratoria y neumonía. A todos los recién nacidos vivos se les cumplió terapia ARV y fueron egresados sanos. La transmisión vertical fue mínima, representada con un 1.5%.

INTRODUCCION

La pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa una de las crisis de salud más graves que enfrenta el mundo. Desde el inicio de la epidemia, han fallecido por sida más de 25 millones de personas. Y esta cifra cada día va en aumento y más en los países en vías de desarrollo debido a la falta de educación y de aplicación de las medidas preventivas. (1)

Debido a la ausencia de medidas preventivas, aproximadamente el 35% de los niños y niñas podrían ser infectados. Se estima que, de ese total, serán infectados el 7% durante el embarazo, el 13% durante el parto y el 15% a través de la leche materna. Sin medidas preventivas la tasa de transmisión materna infantil reportada en los países en desarrollo varía de 25% a 48%. Con la incorporación de antirretrovirales, adhesión al tratamiento, más la sustitución de la lactancia materna y realización de cesárea se ha evidenciado una tasa de transmisión inferior al 2%. (2)

El Ministerio de Salud (MINSA), está realizando los esfuerzos necesarios para disminuir los casos de infección y de transmisión vertical a través de medidas preventivas como acceso de las pacientes embarazadas a control prenatal y consejería, realización de pruebas de detección temprana, proporcionando tratamiento, y garantizando en las unidades de salud las condiciones para una adecuada atención del parto y del neonato. Estos esfuerzos permiten disminuir las tasas de transmisión vertical. (3)

En el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el año 2017, tuvo una tasa de transmisión vertical del cero por ciento y se le cumplió tratamiento al 100% de las pacientes gestantes atendidas.

ANTECEDENTES

A NIVEL MUNDIAL

Durante el 2007 se detectaron aproximadamente 2.7 millones de nuevas personas infectadas con el VIH. De estos casi 390,000 eran niños. El número de muertes relacionadas con el VIH/SIDA ha disminuido desde el 2005, de 2.2 millones a 1.8 millones en el 2010. Se estimó que, para finales del 2010, aproximadamente 34 millones de personas convivían con el VIH/SIDA a nivel mundial. (4)

EN LATINO AMERICA

Casi el 44% de los niños menores de 15 años que requerían tratamiento pediátrico para el VIH tuvieron acceso durante el 2010. El número de niños y niñas conviviendo con el VIH/Sida se redujo de 47,000 en el 2001 a 42,000 en el 2010. Casi el 59% de las mujeres embarazadas conviviendo con el VIH/Sida tuvieron acceso los servicios de los programas de la prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida (4).

EN NICARAGUA

La incidencia anual del VIH incrementó de 2.52 por 100.000 habitantes en el año 2000 a 13,3 por 100.000 habitantes en 2008. Mientras que en 1998 había 7 hombres con VIH por mujer con VIH, en 2009 la relación descendió a 1,7 hombres por mujer. Los y las adolescentes de 15 a 19 años constituyeron el 9 por ciento de las infecciones nuevas por VIH en el año 2008; la vía de adquisición en todos los casos fue la transmisión sexual y el 60 por ciento de estos adolescentes eran mujeres. (5)

En 2010, el MINSA registró a 150 embarazadas con VIH, de un total de 176 embarazadas estimadas que adquieren el VIH cada año lo cual Indica un aumento en la capacidad de captación. (6)

ESTUDIOS

En 1999, en Argentina, se realizó un estudio de infección por VIH, en el Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, concluyendo: una media de edad de infección de 23 años, el 49 % de transmisión vía sexual, el 40% tenía controles prenatales inadecuados, el 54% a pesar de ser seropositivas decidieron embarazarse, el 22% se diagnosticó durante el embarazo (7)

González N, Ida y colaboradores 2006, Cuba: Realizaron un estudio sobre infección por VIH en niños/as a través de la vía vertical donde reporta 9 fallecidos en un periodo de 10 años; de los cuales 66.6% nacieron por vía cesárea, con un peso promedio 2,786 gramos al nacer. Cuatro binomios madre-.hijo (44.4%) recibieron profilaxis con AZT, los cuatro infantes desarrollaron una progresión rápida hacia el Sida en los primeros meses y años de vida y en dos casos se presentó compromiso del SNC. Se efectuó necropsia a cuatro de los fallecidos (44.4%), donde la causa básica de muerte fue Sida. Sólo un niño cumplió los ocho años de vida, debido a la TAAR que se le suministró. Después de la aplicación de la TAAR en Cuba, desde julio de 2002, la supervivencia ha cambiado para los niños infectados con el VIH/Sida (8)

Chávez P, Ana y colaboradores, 2007: Realizaron un estudio en Chile, con el objetivo de valora la eficacia del protocolo ACTG 076, el cual consiste en la administración de Zidovudina diario por vía oral desde las 14-34 semanas de gestación hasta el inicio del trabajo de parto, cuatro horas previo a la cesárea electiva, cambiándose en ese momento a Zidovudina intravenosa hasta el momento del parto, junto con la administración al recién nacido de AZT oral, en el seguimiento de todos los casos de hijos de madres con infección por VIH. De las 401 madres seropositivas nacieron ocho niños infectados con el VIH (2%). En el 87% de los casos se utilizó TAAR durante el embarazo, parto y primeras semanas de vida del recién nacido. (9)

La Dra. Burgos Rubio, realizo en el Salvador un estudio sobre resultados obstétricos y neonatales de mujeres embarazadas VIH positivas atendidas en el Hospital 1 de mayo en el periodo comprendido 2007- 2010, cuyos resultados fueron: Las pacientes embarazadas con VIH presentaron más cuadros de anemia, mayor número de parto pretérmino e infección del sitio quirúrgico. La mayor complicación neonatal fue distrés respiratorio y la tasa de transmisión cruzada fue de cero por ciento. (10)

Un estudio realizado por la Dra. Marengo Chevez, en el 2006, en el Hospital Bertha Calderón Roque, sobre el comportamiento de VIH en el embarazo en el periodo comprendido de enero 2000 a diciembre de 2005, concluyo que la mayoría de las pacientes infectadas eran de 20 a 30 años de edad, de casco urbano y acompañadas, multigestas, con temprano inicio de vida sexual y con antecedente de ITS. (11).

Corpeño O, Tania y colaboradores: Situación de la transmisión vertical del VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua 2006-2007, conformados por 5 embarazadas seropositivas para VIH y por el recién nacido vivo con exposición perinatal al VIH. Reportó que la tasa de transmisión vertical fue de 17.6%, siendo su distribución por año 38.46% para el año 2006 y de 10.53% para el 2007, lo que traduce mejoría en el abordaje de las embarazadas y el recién nacido, aunque el porcentaje es aun alto. En cuanto a la transmisión vertical según la aplicación de las intervenciones del Ministerio de Salud de Nicaragua, se encontró que en aquellas pacientes en las que se cumplió en su totalidad las estrategias la tasa de transmisión vertical fue de 3.57%, en las que el protocolo no se cumplió completamente fue de 26.31%, y en las que no se realizó ninguna intervención la tasa fue del 75%. (12)

Tablada M, Ruslan en el 2008, realizó un estudio en el Hospital Roberto Calderón, con el fin de identificar el manejo de pacientes embarazadas diagnosticadas con el VIH/Sida, se muestreo a 50 gestantes seropositivas, se reporto que el grupo etario mas afectado oscila entre 19.29 años (64%), amas de casa (76%), acompañadas (78%), el 70% fueron diagnosticadas durante el embarazo, en el III trimestre; el 92% iniciaron su vida sexual activa antes de los 18 años, el 56% tuvo entre 2-3

compañeros sexuales. Con respecto al tratamiento recibido el 52% solo recibió Zidovudina, cuando se debió de utilizar un esquema de 3 fármacos combinados, el 94% fue parto vía cesárea. (13)

En el 2009: Baca, Roberto y colaboradores realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la seroprevalencia del VIH-SIDA en 1,410 mujeres embarazadas que acudieron a los puestos y centros de salud del municipio de Chinandega en el período de diciembre del 2006 a noviembre del 2007. Entre los resultados se encontró las edades más frecuentes de 15- 24 años, de procedencia urbana, estado civil acompañadas, bajo nivel de escolaridad, amas de casa. El 54 % iniciaron su vida sexual entre 12 -16 años, y el 70 % nunca habían usado preservativo. La seroprevalencia encontrada fue de 0.35% (14)

En 2012, el Dr. Pedro Miranda Castillo, realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque, un estudio sobre abordaje clínico y cumplimiento de estándares de atención en pacientes embarazadas portadoras de VIH, encontrando los siguientes resultados: la mayoría de las pacientes eran de estado civil unión libre, de educación secundaria, el 48.3% de las pacientes se diagnosticó de forma temprana ente 14 y 28 semanas de gestación y el 97.8% de las pacientes recibieron tratamiento ARV durante su embarazo. (15).

En el 2016 el Dr. Rafael Salina Pérez, realizó un estudio sobre diagnóstico, manejo y evolución de pacientes con VIH atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense concluyendo que el VIH afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes en vida sexual activa, con bajo nivel educativo, sin uso de preservativos. El inicio tardío de tratamiento antirretroviral favorece a presentar efectos adversos, siendo los más frecuente fue la restricción del crecimiento intrauterino y la infección de vías urinarias. (16)

JUSTIFICACION

El embarazo de una paciente portadora de VIH es de alto riesgo ya que de no cumplir con las medidas y tratamiento para prevenir la transmisión vertical, el neonato tiene altas probabilidades de infectarse; así mismo hay más riesgo de infecciones oportunistas y por ende de complicaciones obstétricas.

A través del presente trabajo investigativo se da a conocer el comportamiento epidemiológico de la infección por VIH, hoy en día contamos con diversos organismos internacionales aportándonos con su apoyo una disminución significativa de la transmisión vertical, siendo muy importante la continuidad de estos procesos para reducción de la morbilidad materna y perinatal, dato con el que se beneficiaría nuestra población Nicaragüense.

En la investigación de línea de base de UNICEF realizada en Diciembre de 2010, un 75% de las mujeres con hijos o hijas de 0 a 5 años de edad afirma haberse realizado la prueba de VIH en su último embarazo. Las mujeres de la Costa Caribe son las que menos se realizan pruebas (68.4%). Estos datos nos indican que se debe hacer más trabajo en la detección temprana de esta enfermedad y por ende poder cumplir las estrategias de prevención de transmisión vertical. (17)

Sin embargo, aunque se cumplan todas las medidas establecidas siempre hay riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales por ello se hace necesario un estudio para describir estos resultados perinatales y poder establecer nuevas estrategias para mejorar la salud del binomio madre-hijo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2014-Diciembre 2016?

OBJETIVOS

GENERAL

- ✓ Describir los resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2014- Diciembre 2016.

ESPECIFICOS

- ✓ Conocer las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
- ✓ Enumerar los antecedentes Gineco-obstetricos de las pacientes en estudio
- ✓ Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de la gestante que convive con el virus de VIH.
- ✓ Describir complicaciones de las pacientes durante y posterior a la atención del parto.
- ✓ Conocer complicaciones y abordaje diagnóstico y terapéutico, así como porcentaje de transmisión vertical, hijos de las pacientes en estudio.

MARCO TEORICO

Generalidades

La pandemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) representa una de las crisis de salud más graves del mundo actual. La infección por el VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción, desde el momento de la concepción por el riesgo de transmisión sexual, hasta el riesgo de transmisión vertical con la consecuente infección del niño. Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión vertical; por ello, deben dedicarse los mayores esfuerzos a asesorar a las mujeres con planes de concepción, protegerlas durante el embarazo y evitar que nazcan niños infectados por el VIH.

La mayoría de los niños que viven con el VIH contraen la infección por transmisión vertical, lo que puede producirse durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o el período de lactancia materna. (19)

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la transmisión vertical del VIH y se dispone de numerosos datos sobre la eficacia de distintas estrategias para evitar dicha transmisión. Así, si se identifica precozmente la infección por el VIH en la mujer embarazada se puede prevenir la transmisión al niño. Además, para minimizar el riesgo de infección en el niño son necesarias estrategias como una adecuada información, el control obstétrico y el acceso al tratamiento. (19)

El VIH/Sida es una enfermedad que afecta principalmente al sistema inmune. Por la afección de los linfocitos cooperadores, el paciente con VIH/Sida es incapaz de controlar las infecciones, como consecuencia desarrolla infecciones mortales ante las cuales el paciente no tiene una respuesta inmune adecuada y se favorece el desarrollo de neoplasias, principalmente Sarcoma de Kaposi y Linfoma.

Con la identificación del VIH en 1983 y la comprobación de su relación etiológica con el Sida en 1984, así como con la disponibilidad de pruebas diagnósticas

sensibles y específicas para esta infección, la definición de casos de Sida ha sufrido varias revisiones con el paso de los años.

El actual sistema de clasificación de los CDC revisado para los adolescentes y adultos con infección por el VIH/Sida establece grupos según los cuadros clínicos asociados con la infección por el virus y el recuento de linfocitos T CD4+, que son la principal célula infectada. (20)

Diagnóstico de VIH en la madre

La consejería y la prueba para VIH es un componente crítico para los programas de Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI) y es esencial para la identificación de mujeres que requieren cuidado médico y Tratamiento antirretroviral combinado de alta eficacia o intervenciones de PTMI. Las mujeres embarazadas deben recibir también consejería sobre la prueba de sífilis a la vez que el del VIH.

A todas las mujeres embarazadas se deben solicitar estas pruebas serológicas durante la primera visita prenatal. Si las pruebas son negativas, se deben repetir durante el tercer trimestre y en el momento del parto.

En caso de un resultado positivo se debe ofrecer consejería y pruebas serológicas a los contactos sexuales de la gestante. La prueba para el VIH debe realizarse siempre con consejería, respetando la confidencialidad y después de obtener el consentimiento. (21)

Diagnóstico clínico

La infección por VIH puede permanecer asintomática durante varios años posteriores a la adquisición del virus. Los síntomas del sida aparecen cuando las células CD4 disminuyen y aparece una infección oportunistas. La mayoría de las mujeres embarazadas con infección por VIH que se presentan a la atención prenatal son asintomáticas y pueden no ser conscientes de que tienen la infección por el VIH. (21)

Diagnostico serológico

La mayoría de las pruebas del VIH dependen de la detección de anticuerpos en la sangre y no detectan el virus en sí. Esto significa que en ocasiones en las personas que han sido recientemente infectadas la prueba pueda resultar VIH (-), lo que se conoce como “período ventana”, siendo necesario repetir la prueba después de 6 semanas de una exposición. Las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el VIH se clasifican generalmente en: pruebas de tamizaje: Enzima inmunoensayo (ELISA), Pruebas rápidas de VIH y pruebas de confirmación: El Western Blot, LIA o IFI. (21)

Diagnóstico de infección de VIH en niños

El diagnóstico de infección por el VIH en el recién nacido debe realizarse durante las primeras semanas de vida a fin de iniciar precozmente el Tratamiento antirretroviral combinado de alta eficacia (TARV). La OMS/OPS recomienda iniciar TARV en todos los niños infectados por VIH menores de un año independientemente de su situación clínica o inmunológica, por el elevado riesgo de progresión a sida o muerte.

Las técnicas serológicas de laboratorio habitualmente utilizadas para el diagnóstico de la infección por el VIH (ELISA, WB, IFI) determinan la presencia de anticuerpos IgG frente a las proteínas virales. Estas técnicas no son útiles en el recién nacido debido a la presencia de anticuerpos anti-VIH transferidos por la madre. (21)

Transmisión vertical o materno infantil

La infección por el VIH/Sida se puede transmitir desde la madre infectada hacia su hijo durante la vida fetal, en el momento del parto y durante la lactancia. Se trata de una forma de contagio sumamente importante en los países en vías de desarrollo, donde la proporción entre mujeres infectadas y varones infectados es

aproximadamente de 1:1. El análisis virológico de los fetos abortados indica que el VIH puede transmitirse al producto durante el embarazo incluso desde el primero y el segundo trimestres. Sin embargo, la frecuencia de la transmisión materno-fetal alcanza su máximo en el período perinatal. Esta conclusión se basa en varios argumentos, como el marco temporal de identificación de la infección mediante la aparición sucesiva de las distintas clases de anticuerpos contra el VIH/Sida (es decir, la aparición tres a seis meses después de nacer del anticuerpo IgA específico del VIH); un cultivo positivo para el virus; la aparición de la antigenemia p24 semanas a meses después del parto pero no en el momento del parto; una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en la sangre del lactante recogida después del parto que es negativa al nacer y positiva unos meses después; la demostración de que el primer gemelo nacido de una madre infectada suele estar infectado más a menudo que el segundo; y el hecho de que la cesárea se asocie con una menor frecuencia de transmisión de la infección al lactante. Dos estudios realizados indicaron que las proporciones relativas de transmisión de madres hacia hijos fueron de 23 a 30% antes del nacimiento, de 50 a 65% durante éste y de 12 a 20% durante la lactancia.

La probabilidad de transmisión del VIH/Sida desde una madre al lactante o al feto en ausencia de tratamiento antirretroviral profiláctico para la madre durante el embarazo, la dilatación y el parto, y para el feto después del nacimiento oscila entre el 15 y el 25% en los países industrializados y entre el 25 y 35% en los países en desarrollo. Estas diferencias pueden estar relacionadas con la idoneidad de los cuidados prenatales existentes, con el estadio de la enfermedad debida al VIH/Sida y con el estado general de salud de la madre durante el embarazo. Se ha informado que las tasas más elevadas de transmisión se relacionan con muchos factores: algunos de ellos se han demostrado de manera indudable en diversos estudios, en tanto que otros se consideran factores potenciales debido a que se obtuvieron resultados divergentes en diferentes estudios. En cuanto a su relación con las tasas más elevadas de transmisión, el factor mejor comprobado es la existencia de concentraciones plasmáticas maternas elevadas del virus. Los valores maternos

bajos de células T CD4+ también se han relacionado con tasas más elevadas de transmisión; sin embargo, como los recuentos bajos de células T CD4+ de la madre suelen acompañarse de una gran cantidad de virus en el plasma. Otro factor de riesgo de transmisión claramente comprobado es el intervalo prolongado entre la rotura de las membranas y el momento del parto.

Aspectos adicionales que son factores potenciales de riesgo, pero que no se han demostrado con certeza, son la presencia de corioamnionitis en el momento del parto, las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo, el consumo de sustancias ilícitas en el período mencionado, el tabaquismo de cigarrillos, el parto antes del término y los procedimientos obstétricos como amniocentesis, amnioscopia, colocación de electrodos en el cuero cabelludo fetal y episiotomía.

Se ha informado que la deficiencia de vitamina A se relaciona con tasas de transmisión más elevadas; sin embargo, la complementación con esta vitamina durante la gestación resultó en una mejoría del peso al nacer y del crecimiento neonatal, así como en la reducción de la anemia, pero no afectó a la transmisión perinatal del VIH/Sida. En cuanto a la magnitud de la viremia, en diversos estudios se indica que el riesgo de transmisión aumenta con la concentración plasmática materna del RNA del VIH/Sida. Por último, se ha especulado que, si la madre experimenta una infección primaria aguda durante el embarazo, la tasa de transmisión hacia el feto será más elevada a causa de los altos niveles de viremia que se producen durante la infección primaria. Sin embargo, no se ha informado un aumento del riesgo de transmisión del VIH/Sida desde la madre hacia el niño en las mujeres que experimentaron seroconversión durante el período gestacional. La tasa de transmisión de la madre hacia el niño se está aproximando a 1% o menos en las mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretroviral combinado para su infección.

El amamantamiento es una modalidad importante de transmisión de la infección por el VIH/Sida en los países en desarrollo, de manera particular cuando las madres

siguen amamantando a sus hijos durante períodos prolongados. No han podido dilucidarse aún los factores de riesgo de transmisión del VIH por la alimentación al pecho; los que aumentan las probabilidades de que ocurra así son las concentraciones perceptibles del VIH en la leche materna, la presencia de mastitis, los recuentos bajos de células T CD4+ en la sangre de la madre y la deficiencia de vitamina A en la mujer. El riesgo de transmisión del VIH por la leche materna es máximo en los primeros meses del amamantamiento. El criterio óptimo para prevenir la transmisión por las madres infectadas que deciden amamantar a sus hijos sería administrar a éstas un tratamiento continuo en todas las ocasiones en que se pueda.

Solo en 25 a 30% de los casos de hijos nacidos de mujeres seropositivas se presenta la infección; porcentaje que se reduce hasta 8.3% cuando la mujer embarazada recibe tratamiento con zidovudina. Y el neonato durante las primeras seis semanas de vida extrauterina.

Entre los factores más importantes que incrementan el riesgo de transmisión de madre a hijo están: la carga viral, niveles reducidos de linfocitos CD4, la elevación de antígenos vírales, la resistencia del virus a los antivirales, enfermedades de transmisión sexual contaminantes y la alimentación al seno materno. Recientemente se ha informado que la ruptura de membranas antes del nacimiento es un factor fuertemente asociado a la transmisión perinatal del virus, se mostró un incremento cuando el período de latencia de la ruptura era mayor de cuatro horas. (22)

Prevención de la transmisión vertical de VIH

La prevalencia de la transmisión vertical del VIH oscila entre 13 y 48% cuando no se realizan intervenciones encaminadas a disminuir la posibilidad que ocurra este evento, variando de 13 a 30% en países desarrollados, y alcanzando hasta 35 - 48% en países en vías de desarrollo. Sin embargo, cuando se toman medidas como la administración de fármacos antirretrovirales a la embarazada y al recién nacido,

la realización de cesárea electiva y brindar consejería ofreciendo opciones seguras de alimentación al bebé y no brindarle lactancia materna, este riesgo puede disminuir hasta menos de 2%.

Momentos de la transmisión vertical

La transmisión vertical del VIH se produce en tres momentos:

- ✓ En el embarazo: ocurren aproximadamente un 30% de los casos. La gran mayoría se produce en los dos últimos meses de gestación y solamente un 2% se presenta antes de esta época del embarazo.
- ✓ En el parto y el puerperio inmediato por las secreciones contaminadas que queda impregnado el recién nacido, se produce un 50% de los casos, constituyendo el principal momento de afectación.
- ✓ Durante la lactancia materna: ocurren el 20% de casos. (22)

Fisiopatología del VIH durante el embarazo

Tradicionalmente se había pensado que el fenómeno de inmunoadaptación natural de la mujer durante el embarazo ejercía una acción negativa sobre la evolución de la infección por el VIH, incrementando la progresión de la misma; no obstante, diversos estudios no han podido confirmarlo. No se ha demostrado incremento en la mortalidad materna en estas pacientes, ni reducción en su sobrevivencia. Actualmente se considera que la evolución de la infección se relaciona más con la condición inmune que esté viviendo la paciente en el momento de la gestación, especialmente el nivel de linfocitos existentes, así como la viremia; la suma de estos eventos favorecería la instalación de enfermedades oportunistas, que afectarían la evolución propia del embarazo.

Diversos estudios han demostrado que no existe un riesgo mayor para progresión de la enfermedad, muerte materna o reducción de los linfocitos T CD4+ por lo que

estos han concluido que la gestación por sí sola no reviste un mayor riesgo de efectos adversos en las mujeres infectadas.

Actualmente, se considera que el embarazo no modifica en mayor grado la evolución natural de la infección por VIH en la mujer, de la misma manera el VIH representa pocos riesgos de complicaciones obstétricas; sin embargo, la infección por VIH y/o su tratamiento pueden alterar la evolución del embarazo. En las mujeres con VIH, se observa un mayor riesgo de abortos espontáneos que se asocia directamente con el estadio de la enfermedad e inversamente con el número de linfocitos T CD4+ y el tiempo de progresión de la infección.

Diversos estudios realizados antes de la introducción de la TARA muestran complicaciones como aumento de abortos espontáneos, mayor tasa de prematuridad, mayor retraso del crecimiento, bajo peso al nacer y una mayor tasa de muertes fetales en embarazadas infectadas por VIH. Así, el metanálisis realizado por Brocklehurst en 1998 basado en estudios hechos en países en vías de desarrollo, mostraba un OR de 3,91 para muerte intrauterina, de 1,7 para retraso de crecimiento intrauterino, de 2,09 para bajo peso y de 1,83 para prematuridad. Similares resultados se observan en el estudio realizado por Ellis y colaboradores en Estados Unidos en 1999.

La introducción de la TARA se asocia en estudios europeos a un incremento en la prematuridad. La cohorte suiza, describe un aumento de la prematuridad en mujeres tratadas con TARA independientemente si el esquema incluye o no un inhibidor de proteasa (OR de 2,7 y 2,3 respectivamente). El grupo colaborativo europeo a su vez, en el estudio realizado por Thorne y colaboradores, encuentra una mayor asociación con prematuridad cuando el tratamiento se inicia antes del embarazo siendo el OR igual a 4,41. En cambio, las cohortes americanas no encuentran diferencias entre las mujeres tratadas con zidovudina sola o con TARA, como se observa en el estudio hecho por Cooper y colaboradores. (23)

Patogénesis de la transmisión vertical

La transmisión vertical de la infección por VIH, se establece de forma perinatal. En la etapa prenatal, se ha considerado que, si bien la placenta puede jugar un papel protector como mecanismo de barrera durante las fases tempranas de la gestación, la infección del trofoblasto por linfocitos T CD4+ pueden funcionar como un “acumulador” de elementos virales y favorecer la transmisión hematógica en el último trimestre del embarazo, especialmente durante el periodo de trabajo de parto.

El total de factores que influyen en la transmisión vertical de la infección, aún no son bien conocidos, sin embargo, las asociaciones que con mayor frecuencia se mencionan son: la condición clínica de la madre durante el embarazo, así como su estado de respuesta inmune (nivel de linfocitos CD4+), estado virológico (carga viral) y la participación concomitante de infecciones transmitidas sexualmente en la madre, especialmente aquellas que manifiestan durante su curso clínico la presencia de lesiones de tipo ulcerativa como la sífilis, herpes genital o chancro.

La fase más importante de la transmisión se encuentra durante el momento del trabajo de parto y el período expulsivo. Algunas condiciones obstétricas como el desprendimiento de la placenta, la ruptura prematura de las membranas ovulares, los partos traumáticos, así como todo aquello que propicie un mayor o más prolongado contacto del feto con las secreciones y sangre materna infectada, son involucradas entre las de mayor asociación con la infección del feto.

La infección posparto ocurre a través de la lactancia materna. En general, los niños alimentados del pecho materno aumentan el riesgo de adquirir la infección entre 15 - 20%. (22)

Atención prenatal de embarazadas con VIH

Una vez identificada la embarazada como VIH positivo, será informada sobre la condición de la infección, sus opciones terapéuticas, modificación de conductas de riesgo, así como el riesgo de transmitir el VIH a su hijo próximo a nacer. La evaluación de la gestante se realizará de acuerdo a criterios clínicos, inmunológicos, virológicos, epidemiológicos y psicosociales.

En general, el control del embarazo debe basarse en el control de los parámetros analíticos relativos a la infección por VIH y al embarazo, en la vigilancia de los efectos secundarios del tratamiento antiretroviral y en el control del bienestar fetal.

Las embarazadas diagnosticadas con VIH en unidades de atención primaria deberán ser referidas a los hospitales departamentales para ser evaluadas por el equipo multidisciplinario para iniciar la terapia antiretroviral (TARA). Si en las unidades de atención primaria se brinda TARA deberá de ser evaluada por el equipo de atención integral a cargo.

Una vez evaluada e indicada la TARA será contra-referida a la unidad de salud de donde procede para continuar su atención prenatal. Además, debe continuar con un seguimiento por parte de la unidad de salud donde se le brinda la TARA. Se deberán establecer los canales de comunicación para la valoración integral de la gestante por ambos niveles de atención y asegurar la adecuada referencia para la correcta atención del parto y del recién nacido. (23)

Consulta inicial de la embarazada con VIH

Una atención integral a la mujer embarazada con VIH exige una adecuada coordinación y comunicación entre el equipo de atención integral del primer nivel de

atención y el equipo multidisciplinario del segundo nivel de atención para facilitar la evaluación de la usuaria y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

El objetivo general es reducir la transmisión vertical por lo que toda embarazada con VIH debe recibir terapia antiretroviral, esto no dependerá de su estado inmunológico, virológico o clínico. En cambio, la instauración de fármacos antiretrovirales como esquema de profilaxis o en forma de tratamiento sí dependerá del estado clínico, inmunológico o virológico de cada paciente.

Varios estudios han demostrado que algunos factores están asociados el aumento del riesgo de la transmisión vertical. Entre estos tenemos:

Factores Virales

- ✓ Carga viral elevada (arriba de 1000 copias/ml)
- ✓ Genotipo viral
- ✓ Fenotipo viral

Factores maternos

- ✓ Estadio avanzado de la enfermedad
- ✓ Conteo bajo de linfocitos CD4
- ✓ Infección materna aguda o reciente
- ✓ Coinfecciones virales
- ✓ Uso de drogas durante la gestación
- ✓ Relaciones sexuales sin protección
- ✓ Estado nutricional deficiente
- ✓ Presencia de otras ITS

Factores obstétricos y fetales

- ✓ Actuaciones invasivas durante el embarazo, parto y al recién nacido

- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Corioamnioitis
- ✓ Vía de nacimiento
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Bajo peso
- ✓ Prematuridad
- ✓ Orden del nacimiento (primer gemelo)
- ✓ Lactancia Materna
- ✓ Integridad de la piel del recién nacido (21)

Evaluación de TARA

Evaluar y reforzar la adherencia al tratamiento.

Reconocer de forma precoz cualquier evento adverso al uso de TARA.

Evaluación de uso de profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* con trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg, una tableta diaria después del primer trimestre y hasta dos semanas antes del nacimiento. Esto se valorará de acuerdo al nivel de linfocitos CD4+ siendo indicado cuando el nivel sea menor de 200 células/ml.

Durante el primer trimestre debe evitarse el uso de fluconazol, itraconazol, trimetoprim sulfametoxazol.

Las usuarias que llevan su atención prenatal en las unidades de atención primaria, deben ser referidas a los hospitales departamentales de referencia a las 34 semanas de gestación para que se valore la vía de nacimiento y se programe su cesárea en el caso que esta fuera la opción elegida de acuerdo a los criterios establecidos.

Se deben establecer adecuados canales de comunicación entre el primer y segundo nivel de atención para referir y contra-referir a todas aquellas usuarias que así lo ameriten de acuerdo a la valoración del equipo multidisciplinario. (20)

Terapia antiretroviral durante el embarazo

El objetivo de la TARA en la gestación es prevenir la transmisión vertical, preservando la salud de la madre y el hijo y evitar la aparición de resistencias que limiten futuras opciones terapéuticas.

En el embarazo, se producen cambios hemodinámicos en todas las mujeres, con o sin infección por el VIH. Las mujeres con VIH tienen un menor recuento de linfocitos CD4+ durante el embarazo frente al período posparto, debido en parte a la hemodilución relacionada con el embarazo. A pesar de lo anterior, las normas de la OMS recomiendan utilizar TARA en todas las embarazadas con infección por VIH independientemente del conteo de linfocitos CD4+.

Al utilizar TARA es importante tener claro dos conceptos de su uso durante el embarazo: profilaxis de transmisión vertical y tratamiento propio de la infección por VIH. Mientras no se dispongan de más datos la OMS ha dispuesto utilizar como umbral de tratamiento el límite de 350 linfocitos CD4+, especialmente en aquellas mujeres en estadios clínicos 1 y 2. En el primer caso (profilaxis), el uso de TARA tiene como único objetivo prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo por la vía vertical ya que el estado clínico e inmunológico de la embarazada es adecuado (linfocitos CD4+ de 350 o más) y no necesita tratamiento propio para su enfermedad y por tanto la terapia podrá ser suspendida en el posparto de acuerdo a la valoración realizada en ese período por el médico que maneja el caso. En el segundo caso (tratamiento), el estado clínico e inmunológico de la paciente (linfocitos CD4+ menor de 350) amerita el uso de TARA como tratamiento propio de la infección por VIH y por tanto, aunque la mujer haya finalizado su embarazo debe continuar con la terapia antiretroviral.

El riesgo de transmisión se relaciona estrechamente con la vía de nacimiento y con ciertos factores maternos como la carga viral plasmática, el conteo de linfocitos CD4+ y la lactancia materna. El factor materno más importante asociado al riesgo de transmisión vertical en gestantes que toman TARA es la carga viral, siendo el objetivo principal de la TARA mantenerla indetectable durante la gestación.

Con el fin de prevenir la transmisión vertical, debe aspirarse a alcanzar la supresión viral en la embarazada, estableciéndose un límite inferior de 1000 copias/ml, por encima del cuál se debe realizar una cesárea electiva. Se ha descrito una tasa de transmisión de 0,96% en mujeres con carga viral inferior a 1.000 copias/ml tratadas con antiretrovirales y de 9,8% en mujeres no tratadas en el mismo rango de carga viral plasmática (inferior a 1.000 copias/ml), lo cual demuestra la importancia de la TARA incluso en madres con carga viral baja.

Fármacos antiretrovirales

Los criterios para el uso de fármacos antirretrovirales en la mujer embarazada son similares a los de cualquier adulto en cuanto a tratamiento según datos clínicos, inmunológicos y virológicos, sin embargo, difieren respecto a las recomendaciones válidas para el adulto en cuanto a que debe considerarse la seguridad de la madre y del niño y por tanto deben evitarse fármacos potencialmente teratógenos como el efavirenz (EFV). Se emplearán aquellos fármacos de los que se dispone mayor experiencia en cuanto a seguridad. Como norma general no se usarán antiretrovirales con pocos datos conocidos en la gestación. El fármaco disponible con mayor experiencia en embarazadas es la zidovudina (AZT ó ZDV) y debe formar parte de cualquier esquema de TARA siempre que sea posible, excepto si existe resistencia documentada, intolerancia o toxicidad del mismo.

Inicio de TARA

La mayoría de los casos de Transmisión Vertical del VIH se producen durante el parto y/o en las últimas semanas de gestación. A pesar de ello, un número pequeño de casos de transmisión se ha comunicado durante las primeras semanas de gestación, y se ha detectado la presencia del virus en el líquido amniótico. Así, por un lado, parecería lógico iniciar la TARA en fases avanzadas de la gestación, pero, por otro, un inicio precoz del mismo ayudaría a evitar, teóricamente, esos posibles casos de transmisión en fases tempranas de la gestación. Por otra parte, el

desarrollo embrionario finaliza en torno a las 12 semanas y después de este período la posibilidad de eventuales efectos teratógenos disminuye.

A pesar de lo expuesto anteriormente, el dilema de cuándo empezar es más teórico que práctico ya que la mayoría de mujeres que conviven con el VIH y que no están recibiendo terapia antiretroviral conocen su estado de embarazo más allá de las 6-8 semanas y, además, los resultados de las distintas determinaciones analíticas, conducen a que la toma de tal decisión se prolongue al menos hasta la décima semana. Como norma general, en una embarazada sin terapia previa, el inicio de la misma se realizará a las 14 semanas de gestación.

Se recomienda iniciar la TARA en todas las embarazadas, independientemente de los parámetros virológicos, inmunológicos o clínicos, si bien, a la hora de diseñar un esquema terapéutico, deberán considerarse todos los datos conocidos sobre seguridad, eficacia, farmacocinética de cada fármaco, además del estudio de resistencias, siempre que sea posible.

Esquema de tratamiento recomendados

La terapia antiretroviral ha sido el factor de mayor impacto en la disminución de la transmisión vertical del VIH, obteniendo tasas muy bajas con el uso de TARA. Por lo anterior esto constituye el tratamiento de elección en la embarazada con VIH ya que los beneficios logrados en la madre y su hijo superan en mucho los riesgos potenciales de su utilización.

Antes de iniciar la administración de terapia antiretroviral, se deben realizar las pruebas de laboratorio incluyendo la cuantificación de la carga viral y de linfocitos CD4+.

Las embarazadas con VIH que ya estaban recibiendo terapia antiretroviral previo al embarazo deben ser informadas de los potenciales riesgos y beneficios de continuar con la misma considerando siempre evitar fármacos potencialmente teratogénicos, los cuales de estar presentes en el esquema previo deberán ser cambiados a otros más adecuados en la gestación.

Siempre que sea posible, la zidovudina debe formar parte de cualquier esquema terapéutico que se decida utilizar durante el embarazo. Lo anterior se debe a las claras ventajas que esta ofrece como son: excelente paso transplacentario, buena tolerancia y necesidad de varias mutaciones genéticas para inducir resistencia.

La lamivudina, aunque tiene también un adecuado paso transplacentario y es bien tolerada, tiene el inconveniente que solo se requiere una mutación genética para inducir resistencia la cual se presenta rápidamente en presencia de replicación viral cuando se usa sola o en combinación con zidovudina por lo que se recomienda utilizarla únicamente en terapia triple.

La nevirapina, es otro de los fármacos antiretrovirales más utilizados en la gestación por que atraviesa adecuadamente la barrera placentaria. Está posee una frágil barrera genética que favorece el desarrollo de mutaciones que confieren resistencia a todos los fármacos de la clase ITRNN. Esto se presenta con un 20% de frecuencia en individuos expuesto a su administración como monoterapia, por lo que esta debe evitarse y solo se indicará en terapia triple.

Deben evitarse fármacos antiretrovirales con conocida teratogenicidad como el efavirenz, las hidroxiureas, el amprenavir (solución oral) o el indinavir.

En el embarazo se recomiendan los esquemas triples de terapia antiretroviral ya sea como tratamiento o como profilaxis de transmisión vertical. En general, estos

esquemas estarán conformados por dos fármacos del grupo de Inhibidores de la transcriptasa Inversa Análogos Nucleósidos (ITRAN) y otro fármaco del grupo de Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (ITRNN) o del grupo de Inhibidores de la Proteasa (IP) de acuerdo a la valoración individual de cada caso.

El esquema conformado por zidovudina, lamivudina y nevirapina ó Lopinavir/ritonavir (AZT + 3TC + NVP ó LPV/r) se considera de primera línea y generalmente es bien tolerado. No obstante, por el riesgo de hepatotoxicidad de la Nevirapina, en mujeres con CD4+ mayor de 250 no es recomendable utilizarla y es preferible usar el Lopinavir/ritonavir. Si solo se dispone de nevirapina y la embarazada tiene un número de linfocitos CD4+ arriba de 250, al utilizarla es necesario un monitoreo estrecho en busca de manifestaciones clínicas o de laboratorio que sugieran este efecto adverso. El monitoreo consiste en alertar a la mujer acerca de los síntomas que requieren atención urgente (como ictericia, erupción cutánea, fiebre y dolor abdominal), programar citas cada 2 semanas y evaluar enzimas hepáticas al inicio del tratamiento y cada 4 semanas durante las primeras 12 semanas de terapia.

Otros esquemas recomendados como de segunda línea de acuerdo a la presencia de reacciones adversas o resistencia documentada son:

- ✓ Zidovudina + Lamivudina + Saquinavir con ritonavir
- ✓ Abacabir + Lamivudina + Lopinavir con ritonavir. Con este esquema hay poca experiencia en el embarazo y se debe tener presente el riesgo de hipersensibilidad con el abacabir.

En el caso de ser imprescindible la suspensión temporal de la TARA, por ejemplo por hiperémesis gravídica que justifique esto, los fármacos antiretrovirales deberán ser suspendidos conjuntamente. Sin embargo, cuando se esté utilizando nevirapina como parte del esquema de terapia antiretroviral, esta debe suspenderse 14 días antes del resto de fármacos para evitar la aparición de resistencias. (20)

Atención del parto

Ya es conocido que aproximadamente el 65% de los casos de transmisión vertical se producen durante el nacimiento, por lo que una adecuada valoración de esta vía influirá directamente en el resultado perinatal de dicha transmisión.

Durante el parto, el feto se ve expuesto a la sangre y a las secreciones maternas que pueden contener el VIH. Aunque el mecanismo exacto por el que se produce la transmisión vertical no ha sido identificado, las posibles causas incluyen las microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones, el ascenso del virus a través de la vagina y el cérvix una vez que las membranas se han roto, y la absorción del virus a través del tracto digestivo del niño.

Aunque el factor aislado que mejor predice la transmisión vertical es la Carga Viral Plasmática Materna, en distintos estudios, realizados desde 1998, se ha demostrado una reducción de hasta el 50% en las tasas de transmisión, cuando se realiza una cesárea electiva; esto es, antes del inicio del parto y antes de que se produzca la rotura de las membranas ovulares. Además, si a la decisión de realizar una cesárea electiva se le agrega el uso de zidovudina (AZT) intravenosa previo a la cesárea de acuerdo al esquema propuesto por el PACTG 076, la disminución de la transmisión es todavía mayor. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la reducción de la carga viral plasmática y a la programación de la vía del nacimiento. (23)

Evaluación de vía de nacimiento

Para hacer una adecuada valoración de la vía del parto, es necesario realizar una cuantificación de la carga viral plasmática entre las 34 y 35 semanas de gestación. El objetivo fundamental de la TARA durante el embarazo es disminuir al máximo la carga viral plasmática para, de esta forma, reducir la transmisión vertical. Si no es posible realizar esta cuantificación, aunque exista un conteo previo a estas semanas, se considera la carga viral desconocida en términos de la decisión de la vía del parto.

Existen dos situaciones posibles ante esta cuantificación:

Carga Viral mayor o igual a 1000 copias/ml, para esto la selección más adecuada de la vía de nacimiento es la cesárea, ya que ofrece mayor seguridad en cuanto al riesgo de transmisión vertical.

Carga Viral menor de 1000 copias/ml, en este caso la cesárea electiva no parece ofrecer una disminución de la transmisión vertical, por lo que si la paciente reúne las condiciones obstétricas para la vía vaginal, ella debe conocer los riesgos y beneficios tanto de la cesárea como del parto para poder decidir con el médico la vía de nacimiento. Es importante recordar que la cesárea implica una mayor morbilidad que el parto vaginal, tanto en embarazadas con VIH como en pacientes seronegativas, pero a su vez, diversos estudios han demostrado que existe menor tasa de transmisión vertical con solo realizar cesárea en comparación al parto vaginal.

Siempre se deben mantener los antiretrovirales orales independiente de la vía de nacimiento. Si el parto es por cesárea se valorará el inicio de la vía oral a las 8 horas postquirúrgicas y si la paciente la tolera se continuará con el tratamiento de base. Aquellas pacientes que estaban utilizando estavudina (d4T) durante el embarazo, esta debe suspenderse cuatro horas antes de iniciar la infusión de zidovudina IV.

Cesárea electiva

Es aquella que se realiza en la 38 semana de gestación antes de inicio del trabajo de parto y con membranas íntegras. Una vez que se decida el nacimiento por esta vía deben tenerse en cuenta las siguientes sugerencias.

- ✓ Debe confirmarse cuidadosamente la edad gestacional para prevenir un nacimiento prematuro de forma iatrogénica. Para ello es necesario hacer una valoración obstétrica tanto clínica como ultrasonográfica.
- ✓ Siempre deben programarse para ser realizadas en condiciones adecuadas para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.
- ✓ Utilizar Zidovudina profiláctica por vía intravenosa iniciando tres horas antes de la hora establecida de la cesárea programada. La dosis recomendada de acuerdo al PACTG 076 es de 2 mg/kg/dosis en infusión IV de Dextrosa al 5% durante la primera hora y luego las siguientes horas previo a la cesárea se calcula a 1 mg/kg/hr. en infusión IV.
- ✓ Se debe hacer cambio de campos quirúrgicos antes de realizar la histerotomía, esto para reducir la cantidad de secreciones con las que el recién nacido entrará en contacto.
- ✓ La ligadura del cordón umbilical debe ser hecha inmediatamente después de la extracción del recién nacido.
- ✓ Siempre que sea posible se debe extraer al bebé con la bolsa de las aguas íntegras y realizar una limpieza extrema de las secreciones de los orificios inmediatamente al nacimiento.
- ✓ Se recomienda profilaxis antibiótica con cefazolina 1 gr. IV dosis única administrada inmediatamente después del pinzamiento del cordón umbilical.
- ✓ No está indicado aislar a la embarazada con VIH durante el puerperio.

Parto vaginal

Cuando se decida la vía vaginal, se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- ✓ Se debe administrar Zidovudina IV desde el inicio del trabajo de parto hasta que se hace la ligadura del cordón umbilical. Las dosis utilizadas son las mismas que se aplican en la cesárea electiva.
- ✓ Están contraindicados todos los procedimientos invasivos durante el trabajo de parto o el parto, tales como amniocentesis, cordocentesis, amniotomía, uso de forceps y ventosa obstétricos.
- ✓ La episiotomía debe ser evitada siempre que sea posible.
- ✓ Evitar tactos vaginales innecesarios y a repetición.
- ✓ Mantener las membranas íntegras, de ser posible hasta el período expulsivo.
- ✓ Evitar que las pacientes permanezcan con membranas ovulares rotas por más de cuatro horas o en trabajo de parto prolongado, haciendo uso correcto de oxitócicos para favorecer la evolución adecuada del trabajo de parto.
- ✓ Realizar la ligadura del cordón umbilical sin ordeñar inmediatamente a la expulsión del feto.
- ✓ Se recomienda la utilización de antibiótico profiláctico con cefazolina a dosis única de 2 grs. IV.
- ✓ No está indicado aislar a la embarazada con VIH durante el puerperio. (23)

Manejo en el puerperio

El seguimiento de una mujer con VIH en el puerperio es similar al de una mujer sin este virus. Sin embargo, debe tenerse en cuenta algunos aspectos que se detallan a continuación.

Una vez finalizado el embarazo debe realizarse pruebas de laboratorio de control que incluyan:

BHC, perfil hepático, renal y lipídico. Carga viral y conteo de linfocitos CD4+.

Después del parto, se debe orientar a la PVVS puérpera sobre la importancia de no brindar lactancia materna por el riesgo de transmisión al recién nacido. Por lo tanto debe indicarse una supresión farmacológica de la lactancia con cabergolina a dosis habitual de 0.5 mg cada 12 hrs. por un día. Si no se dispone de ella, se aconseja

vendaje compresivo en las mamas inmediatamente después del parto teniendo cuidado de no provocar incomodidad en la madre o limitar la respiración; esto se indica por un período de diez días evitando la manipulación o estimulación de las mamas. Esta última medida tiene un éxito en el 80% de los casos.

La paciente debe tener una cita de control entre los siete y diez días posteriores al nacimiento para realizar, además de la evaluación rutinaria del puerperio, una valoración de los exámenes antes mencionados para decidir la suspensión del tratamiento antiretroviral si este fue indicado únicamente como profilaxis de transmisión vertical.

Durante esta visita se debe reforzar la importancia de la asistencia a las citas subsecuentes de atención postnatal, ya que se observa con frecuencia en este periodo, una disminución en la asistencia a citas de control. Además se les debe orientar y a la vez garantizar el ingreso a los servicios de planificación familiar asegurándoles el acceso a un método moderno y seguro de planificación.

Después de esta cita se dará seguimiento mensual a la paciente igual que cualquier persona con VIH fuera del embarazo. Para las mujeres que se les realizó el diagnóstico de infección por VIH al momento del parto, se debe ofrecer apoyo psicológico, social y clínico tanto a ella como su familia.

Planificación familiar

Aunque la fertilidad puede estar reducida en las mujeres infectadas por VIH, especialmente en casos de pacientes con bajo índice de masa corporal, sida, enfermedades oportunistas como la tuberculosis, o que consumen drogas, este colectivo de pacientes deben utilizar sistemas contraceptivos eficaces. En el estudio francés SEROCO se ha observado que el 20% de las pacientes infectadas por el VIH no utilizan ningún método anticonceptivo, el 24% quedan gestantes y el 63%

de las concepciones terminan en aborto. Sin embargo, existen pocos estudios sobre los métodos anticonceptivos más adecuados para las pacientes infectadas por el VIH y sobre sus efectos sobre el riesgo de transmisión sexual.

Actualmente los nuevos tratamientos antirretrovirales han producido un cambio radical en la esperanza y calidad de vida de estas pacientes. De igual forma, también se ha observado un descenso del 80% en la tasa de transmisión del virus por vía heterosexual al utilizar TARA.

El abordaje de la planificación familiar en las personas con VIH es similar a las personas seronegativas, es decir que los afectados tienen a disposición todos los métodos de planificación que existen y la selección del mismo se hará tomando en cuenta los deseos y derechos reproductivos de la usuaria. Es importante recalcar que independientemente del método seleccionado, siempre es recomendable hacer énfasis en la protección dual (uso del preservativo) para tratar de cortar la cadena de transmisión y lograr un mejor control de la epidemia. (23)

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, retrospectivo, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2104 a Diciembre 2016.

UNIVERSO

Lo constituyeron 64 pacientes a las cuales se les realizó sus controles prenatales en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo en estudio.

MUESTRA

La constituyeron 64 pacientes que conviven con el virus de VIH a las cuales se les atendió su parto en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo en estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Pacientes embarazadas diagnosticadas con VIH.
- ✓ Pacientes que acuden al programa de atención integral a pacientes con VIH del Hospital Bertha Calderón Roque.
- ✓ Pacientes que se les atiende el parto en el Hospital Bertha Calderón Roque.
- ✓ Pacientes con expedientes clínicos completo.

No se excluyó ningún caso

METODO PARA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información se recolectó en base a un instrumento de recolección de información previamente validado que se elaboró en base a los objetivos específicos. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23. Luego en base a la información se realizaron tablas y gráficos, también se realizaron cruces de las variables más importantes y posteriormente análisis de la información comparando con los antecedentes investigados previamente.

LISTA DE VARIABLES

OBJETIVO NUMERO 1:

Características sociodemográficas de las pacientes en estudio

- ✓ Edad
- ✓ Procedencia
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado civil
- ✓ Ocupación

OBJETIVO NUMERO 2:

Antecedentes Gineco-obstétricos de las pacientes

- ✓ Gestaciones
- ✓ Controles prenatales
- ✓ Edad gestacional de captación
- ✓ Inicio de vida sexual
- ✓ Numero de compañeros sexuales
- ✓ Antecedente de ITS

OBJETIVO NUMERO 3:

Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de las gestantes que conviven con el virus de VIH.

- ✓ Momento del diagnóstico de VIH.
- ✓ Recibió tratamiento ARV durante el embarazo
- ✓ Edad gestacional al iniciar tratamiento
- ✓ Realización de CD4
- ✓ Realización de carga viral
- ✓ Recibió AZT previo al nacimiento.

OBJETIVO NUMERO 4:

Describir complicaciones de las pacientes durante y posterior a la atención del parto.

- ✓ Presencia de complicación durante el embarazo
- ✓ Numero de hospitalizaciones
- ✓ Presencia de complicaciones obstétricas

OBJETIVO NUMERO 5:

Conocer complicaciones y abordaje neonatal de las pacientes en estudio.

- ✓ Vía de nacimiento
- ✓ Peso fetal
- ✓ Semanas de gestación al momento del nacimiento
- ✓ Patología del recién nacido
- ✓ Terapia ARV en el Recién nacido
- ✓ Presencia de transmisión vertical.
- ✓ Condición de egreso

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio.	Años	>15 16-20 21-30 31-35 < 36.
Procedencia	Lugar donde vive la paciente.	Categoría	Urbana Rural
Escolaridad	Nivel escolar máximo que curso la paciente.	Nivel	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Superior
Estado civil	Enlace conyugal de la paciente con su pareja.	Categoría	Soltera Unión libre Casada Viuda
Ocupación	Labor que desempeña la paciente.	Categoría	Ama de casa Estudiante Trabajo informal Trabajador del estado Otro
Gestaciones	Número de embarazos de la paciente previo al actual.	Numero	1 2 3 4 o mas

Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH.

Controles prenatales	Número de controles que se realizó la paciente en el embarazo actual.	Numero	1 2 3 4 o mas
Edad gestacional de captación	Semanas de embarazo al momento del primer control prenatal.	Numero de semanas	Menor de 12 12.1-18 18.1-24 24.1-30 Más de 30
Inicio de vida sexual	Edad de primera relación sexual de la paciente	Años	Menor de 10 11-14 15-17 Después de 18 años.
Numero de compañeros sexuales	Número de parejas sexuales que ha tenido la paciente	Numero	1-2 3-4 5-6 Más de 7
Antecedente de ITS	Presencia de ITS tratada antes de la gestación.	Categoría	Si No
Momento de diagnóstico de VIH	Momento en que se confirma con prueba serológica la presencia de VIH en la paciente	Momento	Antes de embarazo. Durante embarazo. Durante parto. Durante puerperio.
Tratamiento ARV durante el embarazo	Cumplimiento del tratamiento ARV en el embarazo actual.	Categoría	Si No

Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH.

Edad gestacional de inicio de tratamiento	Semanas de embarazo que inicio tratamiento	Semanas	Previo al embarazo 14-18 19-24 25-30 Más de 30
Realización CD4	La paciente se realizó medición de CD4 en embarazo.	Categoría	Si No
Realización de carga viral	La paciente se realizó carga viral durante el embarazo.	Categoría	Si No
AZT previo al parto	Se cumplió AZT según normas del MINSA.	Categoría	Si No
Complicación en embarazo	Presentación de alguna complicación durante la gestación actual.	Categoría	Si No
Numero de hospitalizaciones	Número que estuvo ingresada por alguna complicación durante el embarazo actual.	Numero	1-2 3-4 Más de 5.
Complicaciones obstétricas	Presentación de complicación obstétrica durante el parto o cesárea	Categoría	Si No
Ingreso uci	Paciente ingreso a uci por complicación obstétrica	Categoría	Si No
Muerte materna	Fallecimiento de la paciente por causa obstétrica o no obstétrica	Categoría	Si No

Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH.

Vía de nacimiento	Vía del parto del recién nacido	Vía	Vaginal Cesárea Legrado
Peso fetal	Peso del neonato al momento de nacer	Numero	Menor de 2000 gr. 2001-2499. 2500-4000 gr. Mas de 4000 gr.
Semana gestacional al momento del nacimiento	Edad gestacional al momento del nacimiento	semanas	Menor 28 sg 28 – 32 sg 32 – 34 sg 35 – 37 sg Mayor 37 sg
Patología del recién nacido	Presencia de alguna complicación neonatal	Categoría	Si No
ARV en recién nacido	Cumplimiento de ARV al recién nacido según normas MINSA	Categoría	Si No
Trasmisión vertical	Transmisión de VIH de la madre al recién nacido	Categoría	Si No
Condición de egreso	Condición es la que sale del hospital el recién nacido.	Condición	Vivo Muerto Traslado.

RESULTADOS

Los siguientes constituyen los resultados del presente estudio. Se llenaron un total de 64 fichas de recolección de información que corresponden a igual número de pacientes que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo estudiado.

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16-20 años	10	15.6
21-30 años	36	56.3
31-35 años	11	17.2
Mayor de 36 años	7	10.9
Total	64	100
PROCEDENCIA		
Urbano	64	100
Rural	-	-
Total	64	100
ESTADO CIVIL		
Soltera	12	18.8
Unión libre	40	62.5
Casada	11	17.2
Divorciada	1	1.6
Total	64	100

ESCOLARIDAD		
Ninguna	4	6.3
Primaria	17	26.6
Secundaria	31	48.4
Técnico	1	1.6
Superior	11	17.2
Total	64	100
OCUPACION		
Ama de casa	56	87.5
Estudiante	1	1.6
Trabajo informal	5	7.8
Abogada	2	3.1
Total	64	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Respecto a las características sociodemográficas en edad la mayoría de las pacientes están en rango de 21 a 30 años con el 56.3% seguido de 31-35 años con el 17.2%. El 100 % de las pacientes procede de la zona urbana. Referente al estado civil la mayoría están en unión libre con un 62.5% seguido de soltera con un 18.8%. En cuanto a la escolaridad la mayoría cursó hasta secundaria con un 48.4% seguido de las que cursaron hasta primaria con un 26.6%. En la ocupación la gran mayoría son ama de casa con un 87.5% seguido de las que tienen trabajo informal con un 7.8%.

TABLA 2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES

GESTACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	19	29.7
2	24	37.5
3	11	17.2
4 o mas	10	15.6
Total	64	100
CONTROLES PRENATALES		
Ninguno	1	1.6
1	8	12.5
2	10	15.6
3	15	23.4
4 o mas	30	46.9
Total	64	100
SEMANA DE CAPTACION		
Menor de 12 sg	22	34.4
12.1-18 sg	9	14.1
18.1-24 sg	11	17.2
24.1-30 sg	5	7.8
Más de 30 sg	17	26.6
Total	64	100
INICIO DE VIDA SEXUAL		
11-14 años	14	21.9
15-17 años	34	53.1
Después de 18 años	16	25
Total	64	100

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES		
1-2	37	57.8
3-4	20	31.3
5-6	2	3.1
Más de 7	5	7.8
TOTAL	64	100
ANTECEDENTE DE ITS		
Ninguna	50	20.3
Verrugas genitales	13	78.1
Sífilis	1	1.6
Total	64	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Esta tabla es referente a los antecedentes ginecoobstétricos más importante de las pacientes en estudio. Respecto al número de gestaciones la mayoría es bigesta con un 37.5%, seguido de las primigestas con un 29.7%. En cuanto al número de controles prenatales la mayoría se realizó 4 o más controles con el 46.9% seguido de las que se realizaron 3 con el 23.4%. Respecto a la semana de captación la mayoría se captó antes de las 12 semanas con el 34.4% y en segundo lugar las que se captaron después de las 30 semanas con 26.6%. El 53.1% de las pacientes en estudio inició su vida sexual entre los 15 y 17 años de edad seguido de las que iniciaron después de los 18 años con el 25%. Referente al número de compañeros sexuales el 57.8% tuvo entre 1 a 2 compañeros y el 31.3% de 3 a 4 compañeros sexuales. En cuanto al antecedente de infecciones de transmisión sexual el 78.1% refirió antecedente de VPH y el 20.3% no refirió ningún antecedente.

TABLA 3. ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LAS GESTANTES CON VIH.

MOMENTO DE DIAGNOSTICO VIH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes de embarazo	26	40.6
Durante el embarazo	37	57.8
Durante el parto	1	1.6
Total	64	100
TRATAMIENTO ARV EN EMBARAZO		
Si	62	96.8
No	2	3.2
Total	64	100
EDAD GESTACIONAL DE INICIO DE TX		
Previo al embarazo	26	40.6
14 -18 sg	10	15.6
19 -24 sg	10	15.6
25 -30 sg	5	7.8
Más de 30 sg	11	17.2
No cumplió	1	1.6
No aplica	1	1.6
Total	64	100
REALIZACION DE CD4		
Si	59	92.2
No	5	7.8
Total	64	100

REALIZACION DE CARGA VIRAL		
Si	59	92.2
No	5	7.8
Total	64	100
AZT PROFILACTICO		
Si	60	93.8
No	4	6.3
Total	64	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

En esta tabla se describen los resultados del abordaje diagnóstico y terapéutico de las gestantes con VIH. Respecto al momento de diagnóstico de VIH el 57.8% se diagnosticó durante el embarazo y el 40.6 % antes del embarazo. El 96.8% de las pacientes recibió terapia de ARV durante el embarazo. Respecto a la edad que iniciaron el tratamiento el 40.6 % la inició previo al embarazo y el 17.2% después de las 30 semanas de gestación. El 92.2 % de las pacientes se realizó CD4 y carga viral. El 93.8% de las pacientes recibió zidovudina de forma profiláctica.

TABLA 4. COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	38	59.4
Diabetes pregestacional	2	3.1
Amenaza de parto pretérmino	3	4.7
Síndrome hipertensivo gestacional	6	9.4
Hepatitis b	1	1.6
Toxoplasmosis cerebral	1	1.6
Diabetes gestacional	1	1.6

Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH.

Infección de vías urinarias	4	6.3
Ruptura prematura de membranas	3	4.7
Anemia	1	1.6
Tb pulmonar	1	1.6
Toxoplasmosis	1	1.6
Zika	2	3.1
Total	64	100
NUMERO DE HOSPITALIZACIONES		
1-2	56	87.5
3-4	4	6.3
Ninguna	4	6.3
Total	64	100
COMPLICACIONES OBSTETRICAS		
Ninguna	59	92.2
Feto grande para la edad gestacional	1	1.6
Placenta previa oclusiva total sangrante	1	1.6
Muerte fetal	1	1.6
Hemorragia postparto	1	1.6
Amnioititis	1	1.6
Total	64	100
INGRESO UCI		
Si	-	-
No	64	100
Total	64	100

MUERTE MATERNA		
Si	-	-
No	64	100
Total	64	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Esta tabla describe las complicaciones de las pacientes en estudio. Respecto a complicaciones en el embarazo el 59.4% de las pacientes no tuvo ninguna complicación seguido de síndrome hipertensivo gestacional en el 9.4%. El 87.5% de las pacientes estuvo ingresada de 1 a 2 días. Respecto a las complicaciones obstétricas el 92.2% de las pacientes no presento ningún tipo. Ninguna paciente ingreso a UCI y no se presentó ninguna muerte materna.

TABLA 5. COMPLICACIONES Y ABORDAJE NEONATAL

VIA DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	6	9.4
Cesárea	58	90.6
Total	64	100
PESO FETAL		
Menor de 2000 gr	3	4.5
2001-2499 gr	9	13.6
2500-4000 gr	53	80.3
Más de 4000 gr	1	1.5
Total	66	100
EDAD AL NACIMIENTO		
Menor de 28 semanas	1	1.5
28 - 32 sg	2	3.0
32 - 34 sg	9	13.6
35- 37 sg	2	3
Más de 37 sg	52	78.8
Total	66	100

PATOLOGIA DEL RN		
Ninguna	58	87.9
Dificultad respiratoria/cardiomegalia	1	1.5
Dificultad respiratoria/neumonía	5	7.6
Incompatibilidad tipo y rh	1	1.5
Muerte**	1	1.5
Total	66	100
ARV AL RN		
Si	65	98.5
No aplica	1	1.5
Total	66	100
TRANSMISION VERTICAL		
Si	1	1.5
No	63	95.5
No seguimiento	1	1.5
No aplica	1	1.5
Total	66	100
CONDICION DE EGRESO		
Vivo	65	98.5
Muerto	1	1.5
Total	66	100

FUENTE: Instrumento de recolección.

Referente a las complicaciones y abordaje neonatal el 90.6% de los nacimientos fue vía cesárea. Respecto a los pesos fetales el 80.3% de los neonato peso entre 2500 y 4000 gramos seguido del 13.6% que peso entre 2001 y 2499 gramos. En cuanto a la edad de nacimiento de la mayoría fue mayor de 37 semanas de gestación con el 78.8% seguido de los que nacieron entre 32 - 34 semanas con el 13.6%.

Respecto a las patologías del recién nacido el 87.9% no presentó ninguna patología seguido de dificultad respiratoria y neumonía con el 7.6%. Al 98.5 de los recién nacidos se les cumplió terapia ARV. Hubo transmisión vertical en el 1.5% de los recién nacidos. El 100% de los neonatos fueron egresados vivos y estables.

TABLA 6. RELACION ENTRE NUMERO DE CPN Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

COMPLICACIONES	CPN					Total
	Ninguno	1	2	3	4 o mas	
No	1	4	7	9	17	38
Diabetes pregestacional	0	0	1	0	1	2
App	0	0	0	3	0	3
SHG	0	3	0	2	1	6
Hepatitis B.	0	0	0	1	0	1
Toxoplasmosis cerebral	0	1	0	0	0	1
Diabetes gestacional	0	0	0	0	1	1
IVU	0	0	1	0	3	4
RPM	0	0	1	0	2	3
Anemia	0	0	0	0	1	1
Tb pulmonar	0	0	0	0	1	1
Toxoplasmosis	0	0	0	0	1	1
Zika	0	0	0	0	2	2
Total	1	8	10	15	30	64

FUENTE: Instrumento de recolección.

Relacionando las pacientes que presentaron complicación en el embarazo y numero de CPN, la principal complicación fue síndrome hipertensivo gestacional y el 50% de los casos se presentó en las pacientes que solo se realizaron una atención prenatal. Otra complicación fue la amenaza de parto pretérmino y el 100% se presentó en pacientes que solo se realizaron tres atenciones prenatales.

TABLA 7. RELACION ENTRE EDAD Y COMPLICACIONES OBSTETRICAS

COMPLICACION	EDAD				Total
	16-20 años	21-30 años	31-35 años	mayor de 36 años	
No	10	33	11	5	59
FGEG	0	0	0	1	1
PPOT sangrante	0	1	0	0	1
Muerte fetal	0	1	0	0	1
Hemorragia postparto	0	1	0	0	1
Amnioititis	0	0	0	1	1
Total	10	36	11	7	64

FUENTE: Instrumento de recolección.

Relacionando las complicaciones obstétricas y la edad de las pacientes más de la mitad de estas se presentaron en pacientes con edad entre 21-30 años y el resto en pacientes con edad mayor de 36 años de edad.

TABLA 8. RELACION ENTRE EDAD Y MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE VIH

EDAD	DIAGNOSTICO			Total
	Antes de embarazo	Durante el embarazo	Durante el parto	
16-20 años	4	6	0	10
21-30 años	15	21	0	36
31-35 años	5	5	1	11
mayor de 36 años	2	5	0	7
Total	26	37	1	64

FUENTE: Instrumento de recolección.

Relacionando la edad y el momento de diagnóstico de VIH antes del embarazo se le diagnosticó a la mayoría de pacientes entre 21-30 años de edad. Durante el embarazo también la edad donde más se diagnosticó fue entre 21-30 años de edad.

TABLA 9. RELACION ENTRE NUMERO DE GESTACIONES Y SEMANAS AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

SEMANTAS AL NACIMIENTO	GESTACIONES				Total
	1	2	3	4 o mas	
Menor de 28 sg	0	1	0	0	1
28 – 32 sg	2	0	0	0	2
32 – 34 sg	3	2	1	3	9
35 - 37 sg	14	20	10	6	50
Mayor de 37 sg	0	1	0	1	2
Total	19	24	11	10	64

FUENTE: Instrumento de recolección.

Haciendo la relación entre las semanas al momento del nacimiento y las gestaciones resulta que en las pacientes primigestas la gran mayoría finalizó su gestación entre 35 - 37 semanas. Los partos pretérminos se presentaron principalmente en pacientes bigestas y primigestas.

ANALISIS Y DISCUSION

Cada día se brinda más atención prenatal a gestantes portadoras de VIH, esto conlleva un embarazo de alto riesgo principalmente por la transmisión vertical que se puede producir y por las mayores complicaciones en el embarazo que conlleva, por ello es de vital importancia el presente estudio para evaluar los resultados perinatales de estas pacientes y entablar medidas para mejorar dicha atención.

Respecto a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio se concluyó que más de la mitad de las pacientes (56.3%) tenían la edad entre 21 a 30 años de edad, seguido de las pacientes entre 31 a 35 años de edad con el 17.2%, esto coincide con el estudio realizado en 2006 por la Dra. Marengo Chávez en 2006, en el Hospital Bertha Calderón Roque, donde se concluyó que la mayoría de las pacientes infectadas tenían entre 21 a 30 años de edad. En el presente estudio el 100% de las pacientes procedía de la zona urbana y también coincide con el mismo estudio; este aspecto llama la atención ya que se supone que en la zona urbana hay más información por el mayor acceso a medios de comunicación y por ende tendrían las pacientes más herramientas para prevenir el VIH, aunque también puede ser que las pacientes de la zona rural por no tener acceso a servicios de salud no se realizan pruebas para la detección del virus.

En el presente estudio la mayoría de las pacientes son de estado civil unión libre con el 62.5% y de escolaridad secundaria con el 48.4%. Esto nos indica que se presenta generalmente en hogares no estables y de nivel escolar bajo lo cual a veces influye en que no tienen suficientes conocimientos para su prevención.

Respecto a la ocupación de las pacientes la gran mayoría son amas de casa en un 87.5% estos datos coinciden con el estudio realizado en 2008 por el Dr. Ruslan Tablada y con la mayoría de los estudios internacionales donde lamentablemente las amas de casa que se suponen deberían ser las más sanas y seguras son las que más sufren infección aquí hay que trabajar mucho en la prevención

sensibilizando a los maridos al uso de preservativos al tener relaciones sexuales con parejas fuera del matrimonio.

Referente a los antecedentes Ginecoobstetricos de las pacientes del presente estudio, la mayoría eran bigestas con un 37.5% seguido de las primigestas con un 29.7%, esto coincide con el estudio del Dr. Pedro Miranda Castillo en el 2012, en el Hospital Bertha Calderón Roque. Casi la mitad de las pacientes se realizaron 4 o más controles prenatales con el 46.9%, y la mayoría se captó antes de las 12 semanas de gestación con un 34.4%, estos datos se relacionan con el mismo estudio y se traduce en un aspecto positivo para disminuir complicaciones en el embarazo y obstétricas y que la tasa de transmisión vertical sea baja.

La mayoría de las pacientes inició su vida sexual de manera temprana ya que el 53.1% la inició entre los 15 a 17 años y el 21.9% antes de los 14 años, así mismo la mayoría el 57.8% de las pacientes refirió tener entre 1 a 2 compañeros sexuales, estos datos coinciden con el mismo estudio y se relaciona con múltiples estudios de factores de riesgo de VIH donde se confirma que el iniciar de una manera precoz la vida sexual predispone a contagiarse del virus.

Referente al antecedente de alguna infección de transmisión sexual el 78.1% refiere antecedente de verrugas genitales lo cual coincide con estudios internacionales donde la gran mayoría de casos de VIH están asociadas a otros casos de infección de transmisión sexual.

Respecto al abordaje diagnóstico y terapéutico el 57.8% de las pacientes se les diagnóstico VIH durante el embarazo y al 40.6% antes del embarazo, estos datos tienen relación con el estudio realizado en 1999 en Argentina, en el Hospital Roque Sáenz Peña donde el 54% de las pacientes ya tenía el diagnóstico de VIH antes de embarazarse, esto es un factor de riesgo grave para que se presenten complicaciones durante la gestación.

El 96.8% de las pacientes del estudio cumplieron terapia de ARV y el 40.6% lo inició previo al embarazo esto coincide con el estudio realizado en 2012 en el Hospital Bertha Calderón Roque por el Dr. Pedro Miranda Castillo donde se concluyó que el

97.8% de las pacientes cumplió terapia de ARV, esto es un factor positivo y a destacar ya que esto disminuye el riesgo de transmisión vertical.

Así mismo en nuestro estudio se encontró que el 92.2% de las pacientes se les realizó CD4 y carga viral. Aspecto importante para tener claro el panorama de cada paciente y saber el riesgo de transmisión y por ende entablar medidas para su prevención. También encontramos que el cumplimiento de la zidovudina de forma profiláctica fue alta su cumplimiento en un 93.8%, en este aspecto se ha avanzado enormemente ya que en el año 2008 el Dr. Ruslan Tablada en su estudio encontró un cumplimiento del 52%.

Referente a las complicaciones de las pacientes durante el embarazo es positivo que el 59.4 % no tuvo ninguna lo cual indica que probablemente fueron atenciones prenatales de calidad y preventivas. En las que se presentó complicación la de mayor frecuencia fue el síndrome hipertensivo gestacional con el 9.4%, dato que difiere del que encontró en 2016 el Dr. Rafael Salinas donde destaco las infecciones de vías urinarias como la más frecuente.

La gran mayoría de las pacientes del estudio (87.5%) solo requería de 1 a 2 hospitalizaciones lo cual tiene relación con el dato de que casi no se encontraron complicaciones durante la gestación. Respecto a las complicaciones obstétricos es positivo destacar que el 92.2% no presentó ninguna complicación y de las que se encontraron no hay una que destaque por que se presentaron en apenas el 1.6%. Un aspecto positivo es que ninguna paciente ingreso a UCI ni se presentó ninguna muerte materna.

Respecto al abordaje y complicaciones neonatales se encontró que el 90.6% de las pacientes sus partos fueron vía cesárea, dato similar al dato que encontró el Dr. Tablada que fue del 94% lo cual coincide con las medidas establecidas para prevenir la transmisión vertical que el parto debe ser vía cesárea. Respecto al peso fetal al nacimiento el 80.3% de los neonatos tuvo un peso entre 2500-4000 gramos lo que representa que la gran mayoría de los nacimientos fueron a término y sin aparente complicación. De hecho, el 78.8% de los nacimientos fueron después de las 37 semanas de gestación. Solo un 3% de los nacimientos fueron entre las 28 –

32 semanas de gestación lo cual disminuye notablemente los riesgos que conllevan un parto pretérmino.

El 87.9% de los recién nacidos no presentó ninguna complicación y de los que presentaron la más frecuente es la dificultad respiratoria y neumonía con el 7.6% lo cual se relaciona más que todo con partos pretérmino y con neonatos debajo del peso mínimo.

Prácticamente al 100% de los recién nacidos se les cumplió ARV de manera profiláctica ya que un neonato no aplica por muerte fetal antes del nacimiento. Lo cual es un éxito y aspecto a destacar ya que se ha avanzado en cuanto a las estrategias para disminuir el riesgo de transmisión vertical. Se presentó transmisión vertical en un 1.5% de los casos lo cual es bajo respecto hay un avance significativo ya que en el 2006 en el estudio de la Dra. Corpeño la tasa de transmisión vertical era de 17.6%. Esto nos refleja que se han venido cumpliendo las estrategias para disminuir la transmisión vertical.

CONCLUSIONES

- ✓ La mayoría de las pacientes en estudio son de 21-30 años de edad, en unión libre, de la zona urbana, con escolaridad hasta secundaria y amas de casa.
- ✓ Respecto a los antecedentes Gineco-obstetricos la mayoría de las pacientes eran bigestas, se realizaron 4 o más controles prenatales, se captaron antes de las 12 semanas de gestación, iniciaron su vida sexual entre los 15- 17 años de edad, tuvieron entre 1 y 2 compañeros sexuales y niegan antecedente de infección de transmisión sexual.
- ✓ Referente al abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes la mayoría de las pacientes se les diagnostico VIH durante el embarazo, la gran mayoría recibió terapia de ARV, la mayoría inició el tratamiento previo al embarazo. La gran mayoría se les realizo CD4, carga viral y recibieron profilaxis de zidovudina.
- ✓ En cuanto a las complicaciones de las pacientes la mayoría de las pacientes no tuvieron complicaciones durante la gestación ni obstétricas y en las que se presentó la mayoría fue síndrome hipertensivo gestacional. La mayoría su estancia intrahospitalaria fue de 1 a 2 días. Ninguna paciente necesito ingreso a UCI ni se presentó muerte materna.
- ✓ Respecto a las complicaciones y abordaje neonatal la gran mayoría de los nacimientos fue vía cesárea con peso entre 2500 y 4000 gramos y nacieron mayores de 37 semanas de gestación. La gran mayoría de los recién nacidos no presentó complicación y los que la tuvieron la más frecuente fue dificultad respiratoria y neumonía. A todos los recién nacidos vivos se les cumplió terapia ARV y fueron egresados sanos. La trasmisión vertical fue mínima.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

- ✓ Más personal de psicología para la unidad de epidemiología para dar acompañamiento a las pacientes y familiares.
- ✓ Realizar alianzas con organismos internacionales para garantizar más insumos médicos y fármacos para la atención de las pacientes.
- ✓ Preparar y capacitar a personal de salud para la sensibilización de los mismos respecto al manejo de las pacientes.

AL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Seguir manteniendo actualizadas la base de datos de las pacientes, como hasta el día de hoy.
- ✓ Participar en grupos de apoyo de las pacientes con VIH.
- ✓ Formar grupos de apoyo con pacientes que ya vivieron situaciones similares.

AL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

- ✓ Destinar un espacio físico y mejor equipado para la atención de las pacientes.
- ✓ Establecer alianzas con hospitales u organismos internacionales y gestionar recursos para contratar personal de psicología, trabajadores sociales para dar mejor acompañamiento a las pacientes.
- ✓ Capacitar regularmente al personal de salud sobre apoyo psicológico a las pacientes y familiares.
- ✓ Educación continúa con respecto al manejo de las pacientes.
- ✓ Garantizar equipo de bioseguridad para el personal de la salud que atiende a las pacientes.

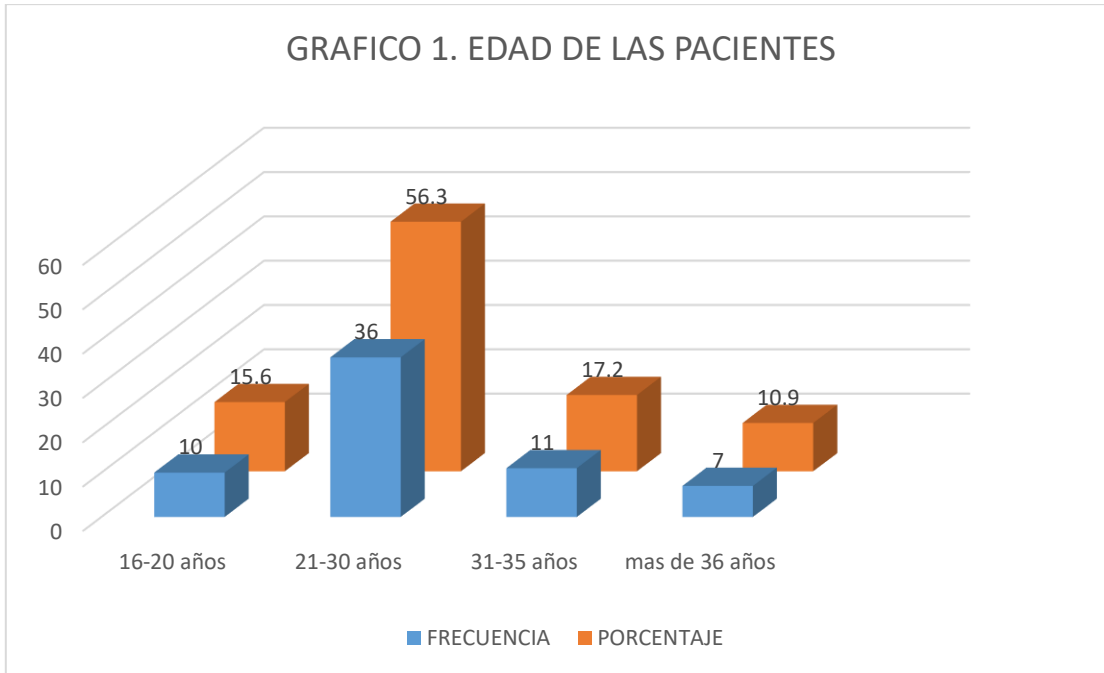
BIBLIOGRAFIA

1. Situación de la Epidemia del SIDA: informe especial sobre la prevención del VIH: diciembre 2007. ONUSIDA/07.
2. Situación de la epidemia del SIDA 2009. UNAids.
data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf.
3. Proyecto Acción Sida de Centro América (PASCA) enero 2006. Grupo del banco mundial América Latina y el Caribe VIH/SIDA en Centroamérica
www.usaids.gov /español/fondo_ para combatir_la_enfermedad / la Epidemia y prioridades para su prevención.
4. Programa conjunto de las naciones unidas en Latinoamérica/Situación de la Epidemia del SIDA resumen regional www.unaids.org ONUSIDA.
5. MINSA. Situación epidemiológica del VIH /SIDA en Nicaragua 2013. Programa de vigilancia epidemiológica de ITS/VIH/SIDA, www. minsa.gob.ni.
6. MINSA 2011. Norma y Protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH y manejo de niños y niñas expuestos, perinatales y viviendo con VIH/SIDA. www. minsa.gob.ni.
7. Duran, Adriana: *estudio de infección por VIH*, Julio, 1999.
8. González N, Ida y colaboradores: *Infección por VIH en niños/as a través de la vía vertical*, Cuba, 2006.
9. Chávez P, Adriana y colaboradores: *Detección de infección por VIH a través de test rápidos en mujeres embarazadas*; Una estrategia exitosa para disminuir la transmisión vertical, Revista Chilena, Volumen 22, No.4, agosto, 2007.
10. Rubio Burgos. *Resultados obstétricos y neonatales de madres con VIH*. El salvador, 2010.
11. Cheves Marengo. *Comportamiento de VIH en el embarazo en el periodo 2000-2005 en el Hospital Bertha Calderón Roque*. 2006.
12. Corpeño, Tania: *Situación de la transmisión vertical del VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua*, Diciembre, 2008.

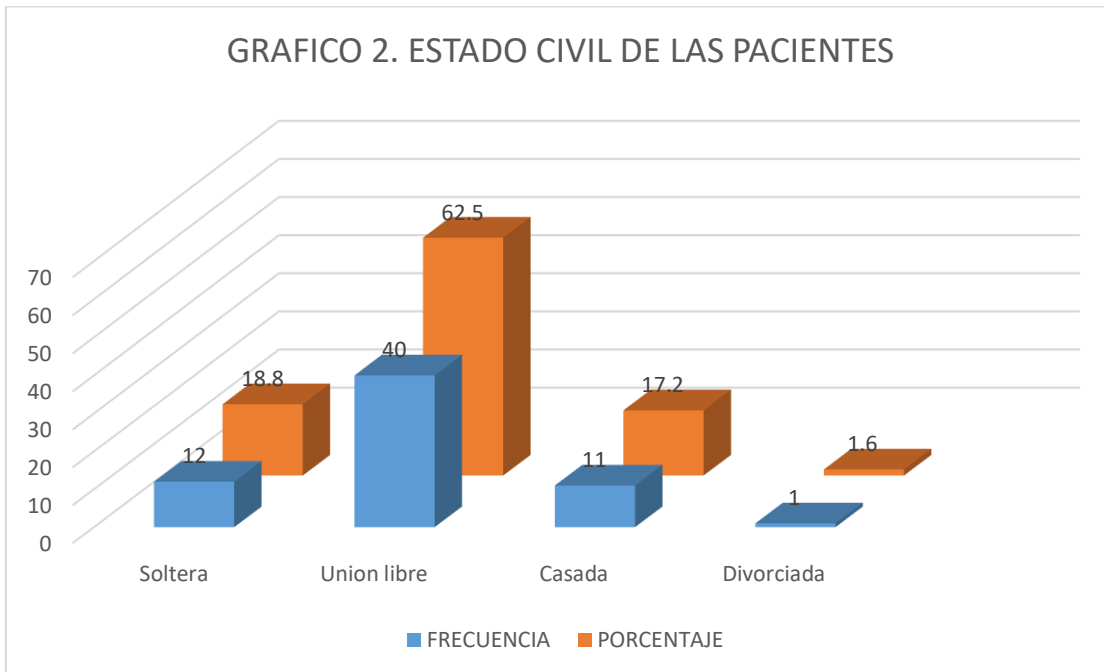
13. Tablada, Ruslan: *Manejo de las pacientes embarazadas diagnosticadas con VIH/Sida*, Enero, 2008.
14. Baca, Roberto: *Seroprevalencia de VIH/Sida en mujeres embarazadas del municipio de Chinandega*, Revista Universitas, Unan-León, julio, 2007.
15. Miranda Pedro. *Estudio sobre abordaje clínico y cumplimiento de estándares de atención en pacientes VIH*. Hospital Bertha Calderon Roque. 2012.
16. Salinas Rafael. estudio sobre diagnóstico, manejo y evolución de pacientes con VIH atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 2016.
17. *Situación de la Epidemia de VIH/Sida*, Reporte Global, Informe Especial. UNICEF, 2010.
18. *Normas y protocolos sobre la prevención de la Transmisión vertical de VIH/Sida*, Ministerio de Salud, Nicaragua, 2007.
19. Informe final de investigación de línea de base en seis SILAIS, componente VIH / Ministerio de Salud / UNICEF / Diciembre 2008.
20. MINSa. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. "Pautas del tratamiento antirretroviral". Managua, Nicaragua, 2005.
21. Vélez GL. VIH: tratamiento de la mujer embarazada y prevención de la transmisión vertical. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual .Medellín: CIB;2005
22. Roig T, González I, Berdasquera D, Hernández J, Burgos D. Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de la transmisión vertical. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" Rev Cubana Obstet Ginecol 2007.
23. *Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita*, Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua Jul. 2012.

ANEXOS

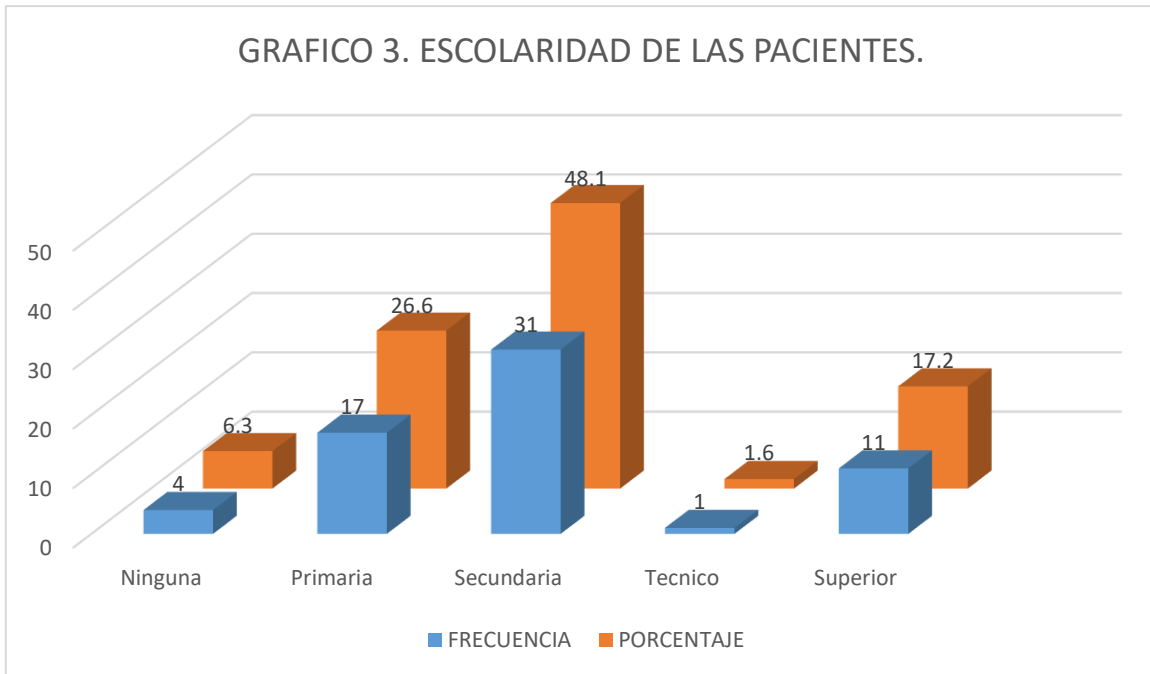
GRAFICOS



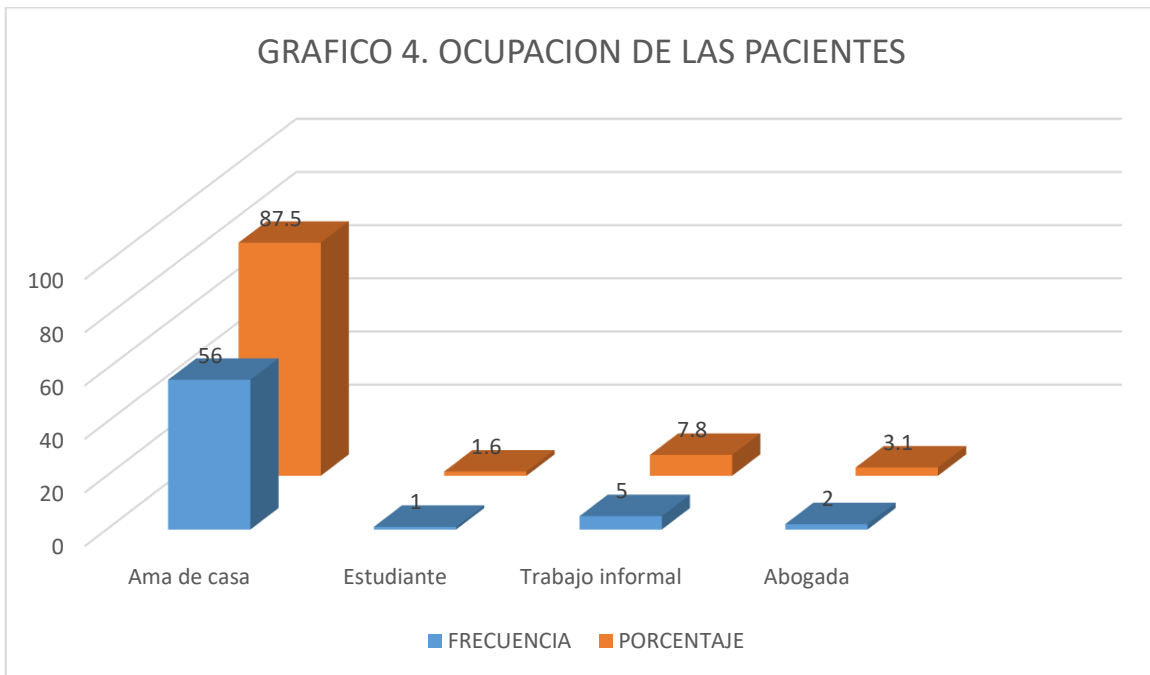
FUENTE: Tabla 1.



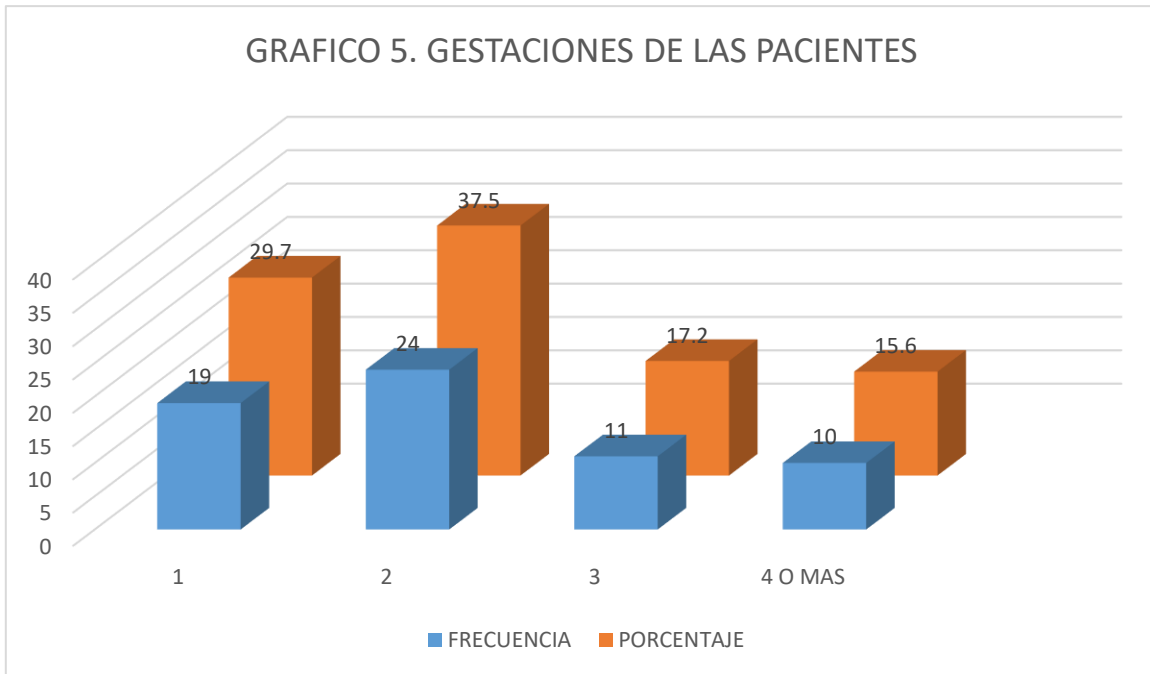
FUENTE: Tabla 1.



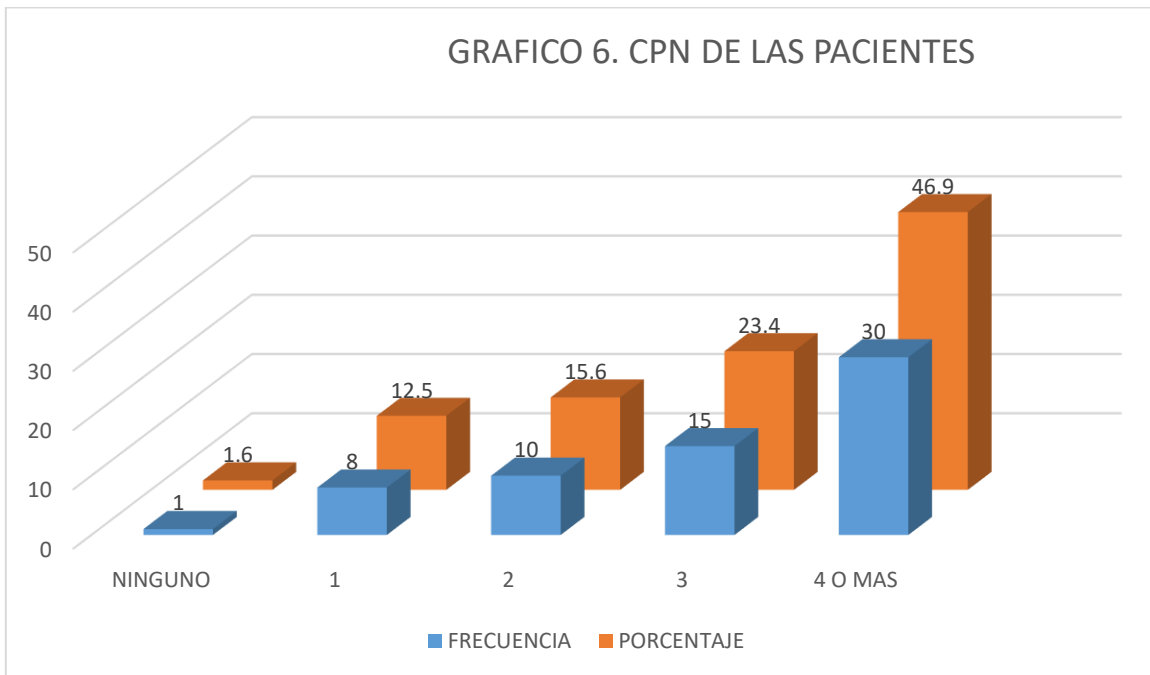
FUENTE: Tabla 1.



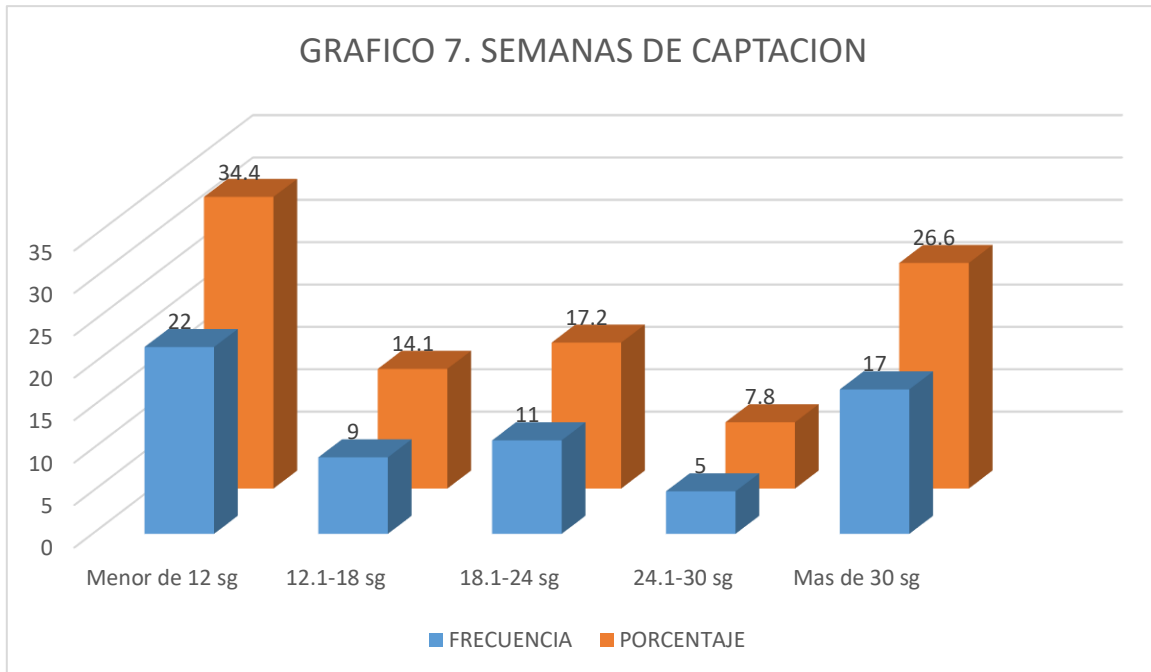
FUENTE: Tabla 1.



FUENTE: Tabla 2.

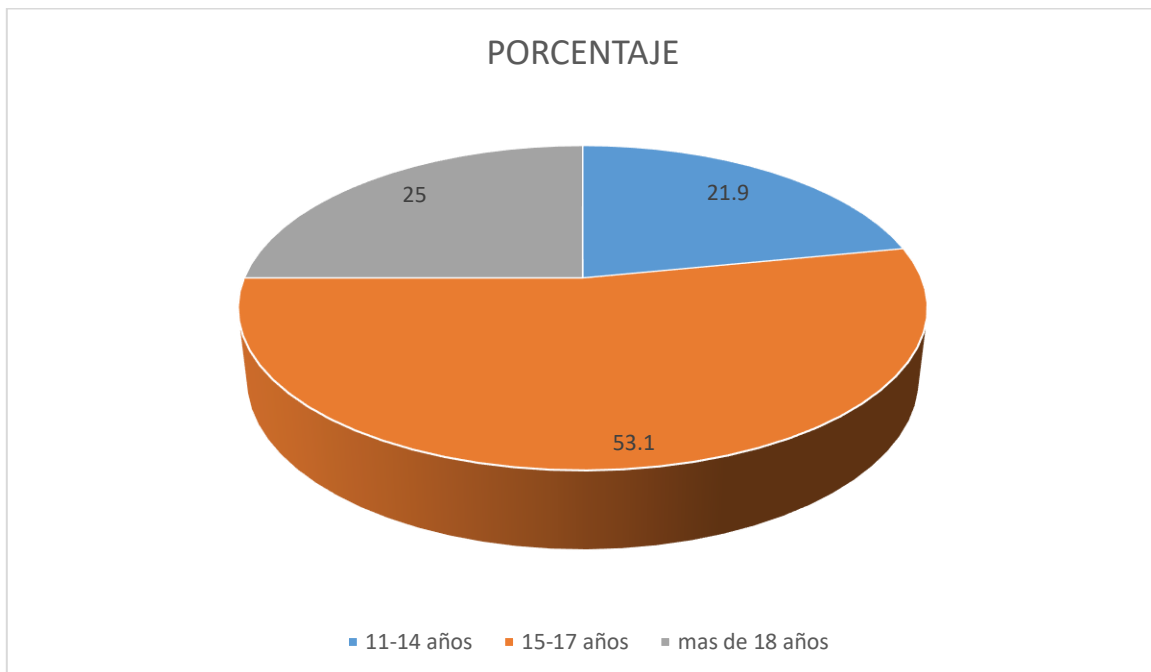


FUENTE: Tabla 2.

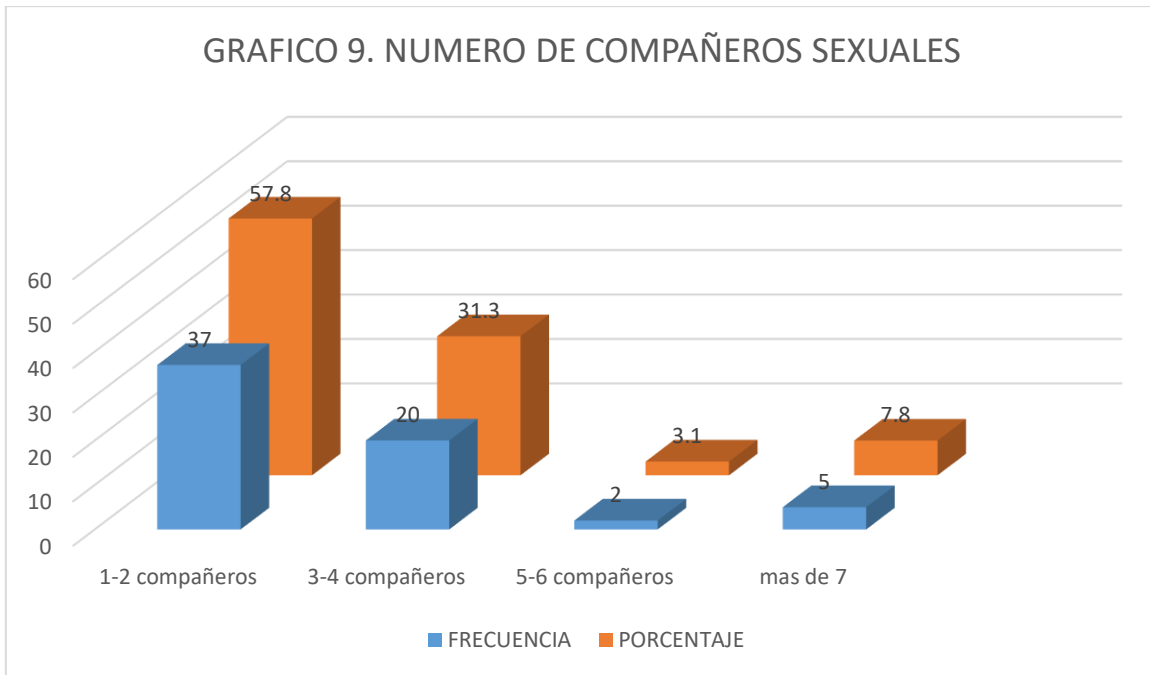


FUENTE: Tabla 2.

GRAFICO 8. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL DE LAS PACIENTES

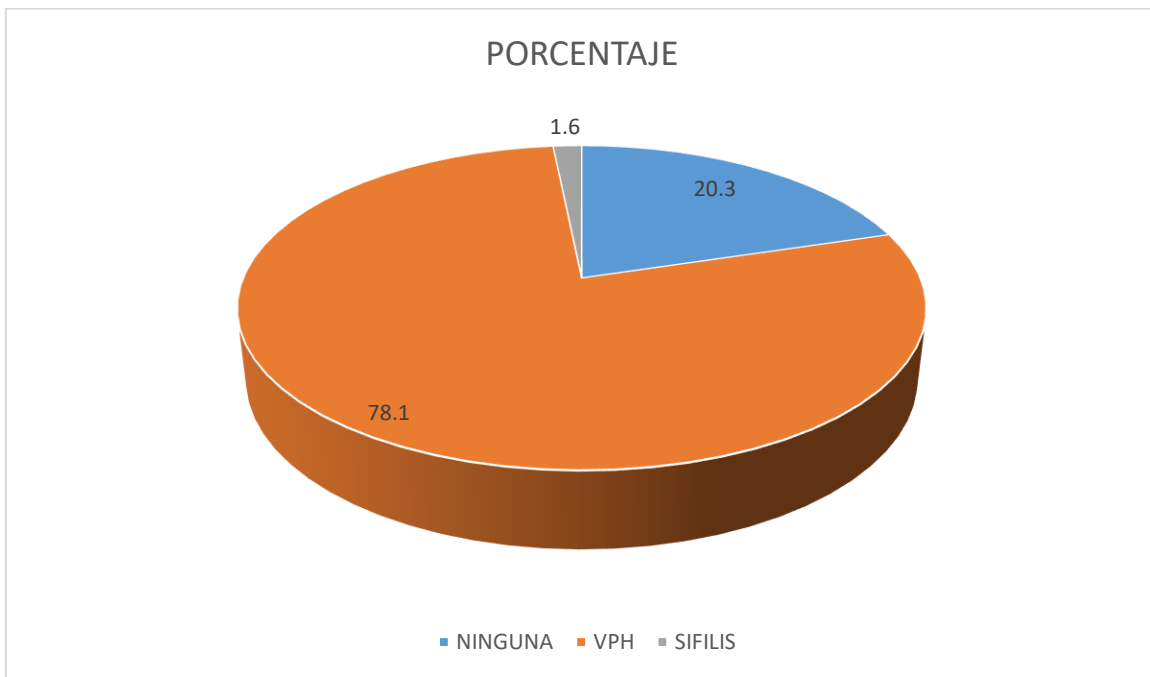


FUENTE: Tabla 2.



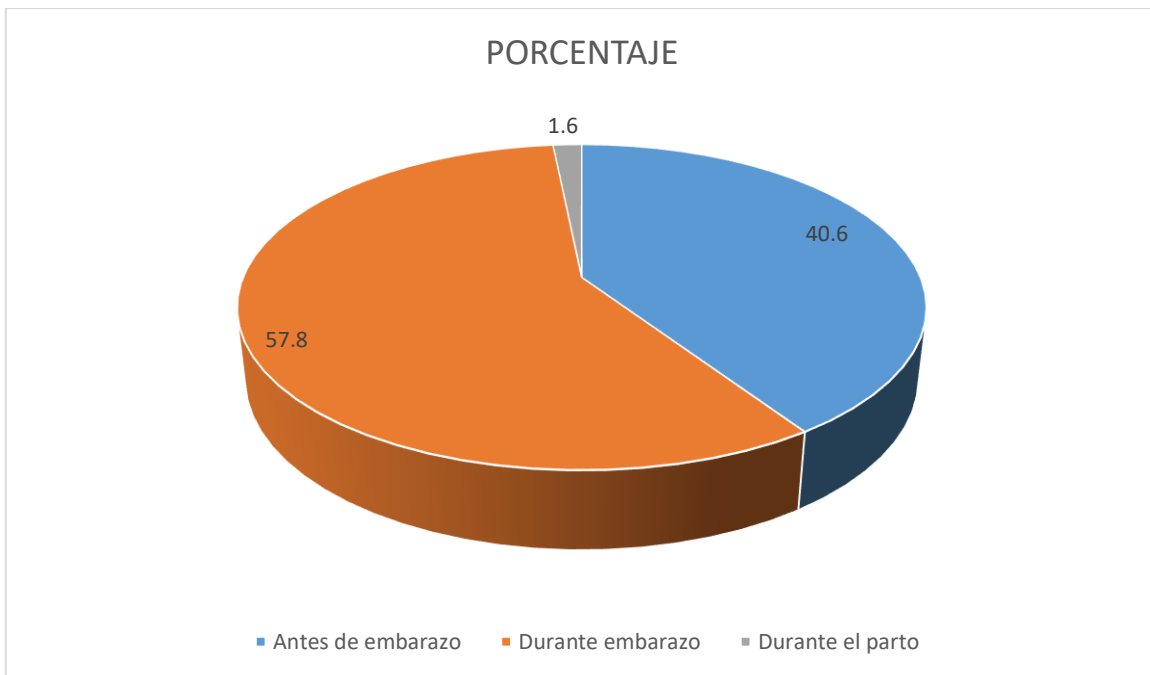
FUENTE: Tabla 2.

GRAFICO 10. ANTECEDENTE DE ITS DE LAS PACIENTES



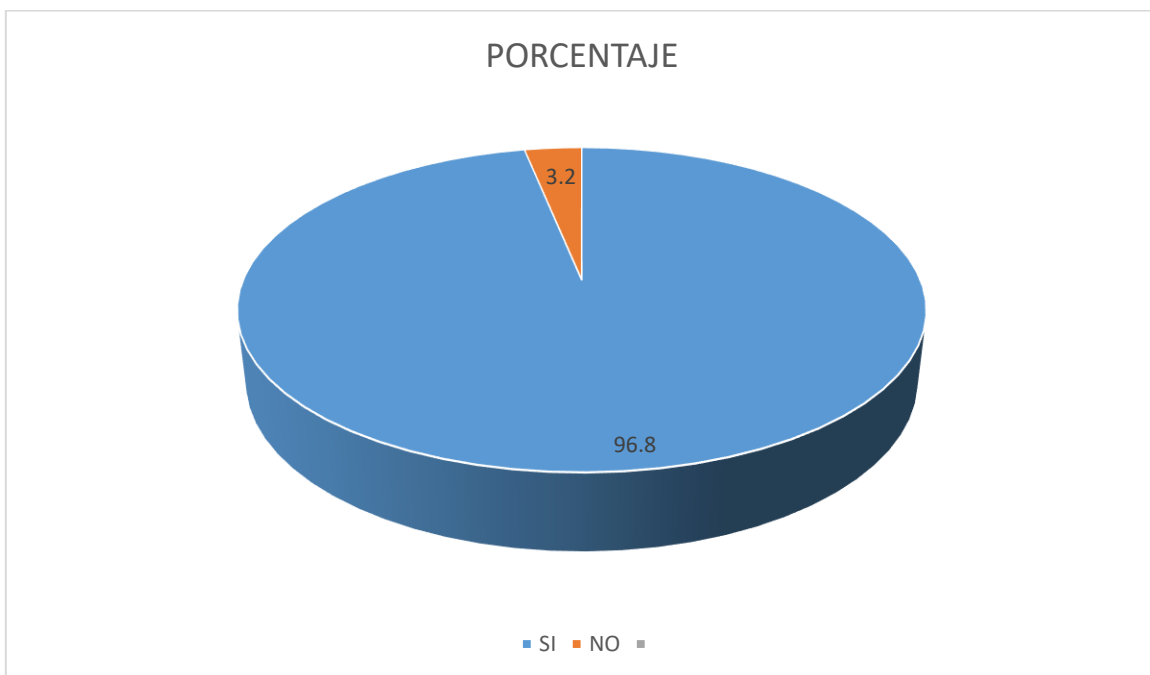
FUENTE: Tabla 2.

GRAFICO 11. MOMENTO DE DIAGNOSTICO DE VIH

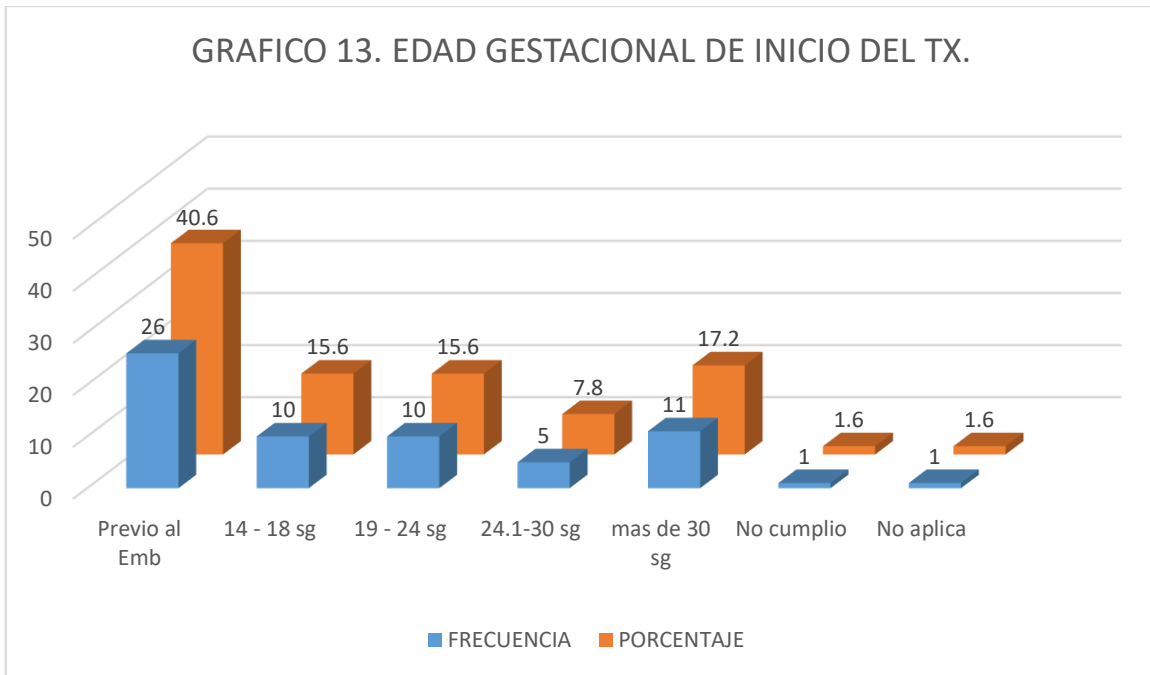


FUENTE: Tabla 3.

GRAFICO 12. TRATAMIENTO ARV DURANTE EL EMBARAZO

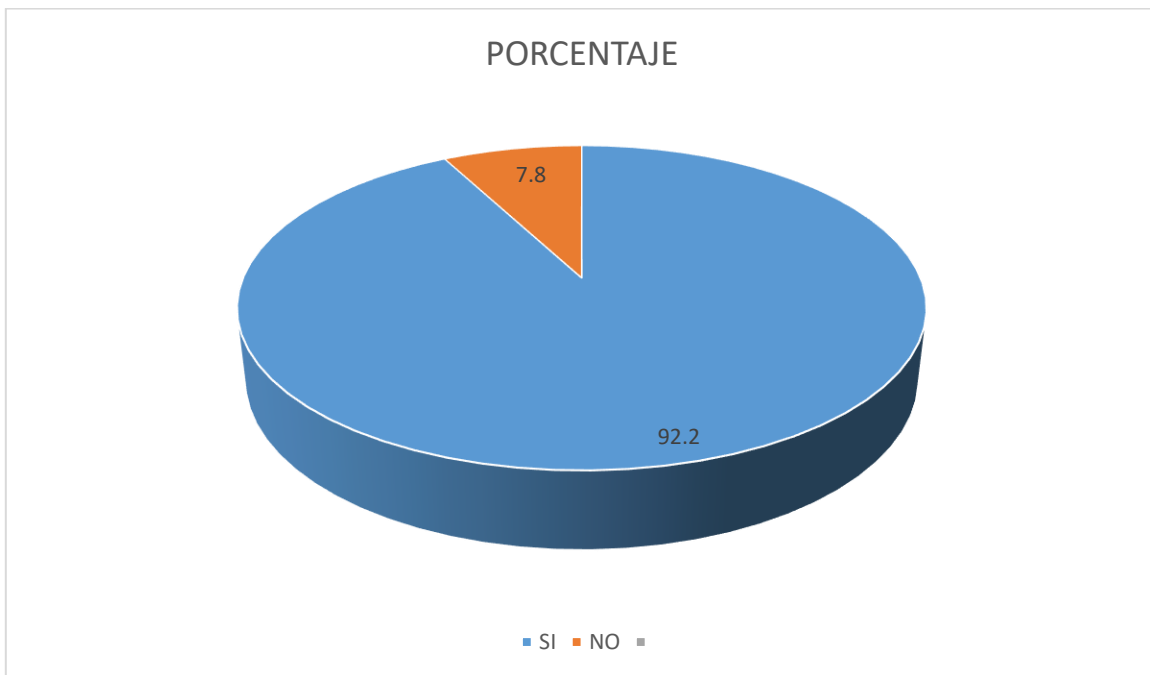


FUENTE: Tabla 3.



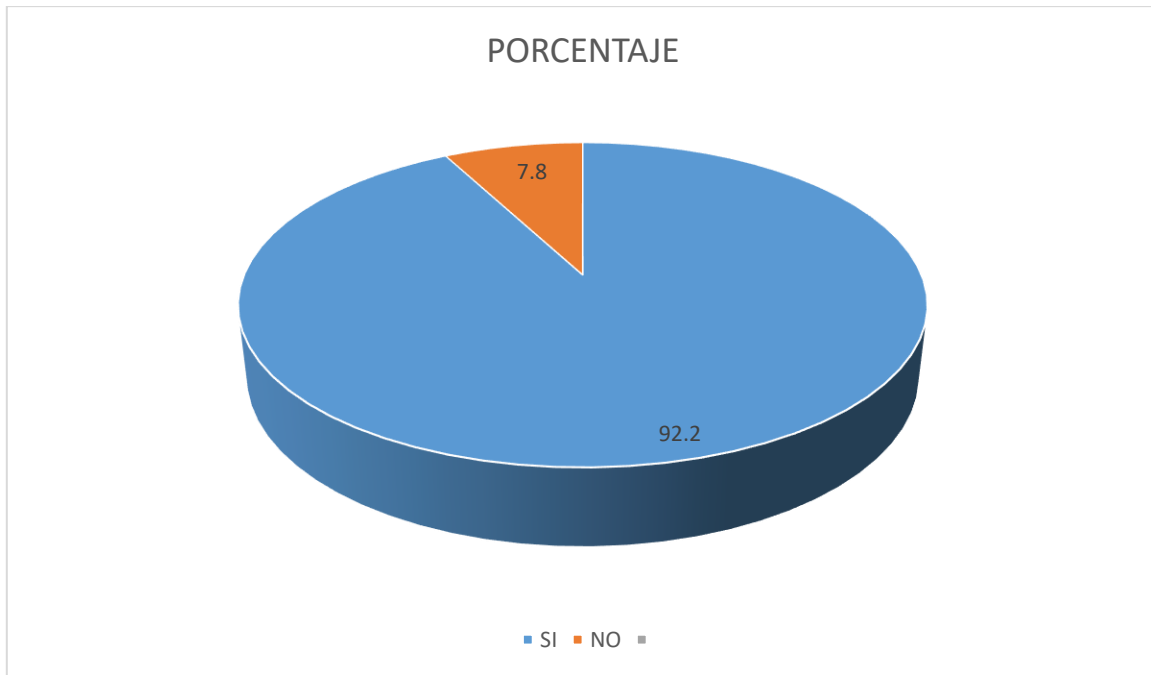
FUENTE: Tabla 3.

GRAFICO 14. REALIZACION DE CD4.



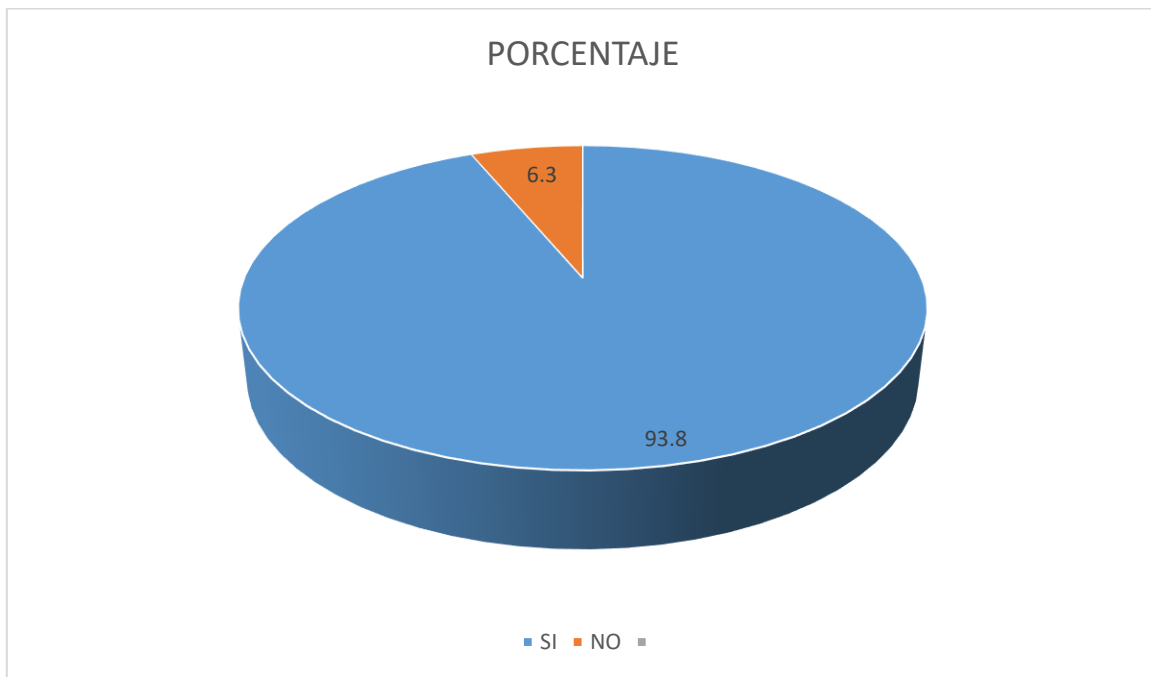
FUENTE: Tabla 3.

GRAFICO 15. REALIZACION DE CARGA VIRAL

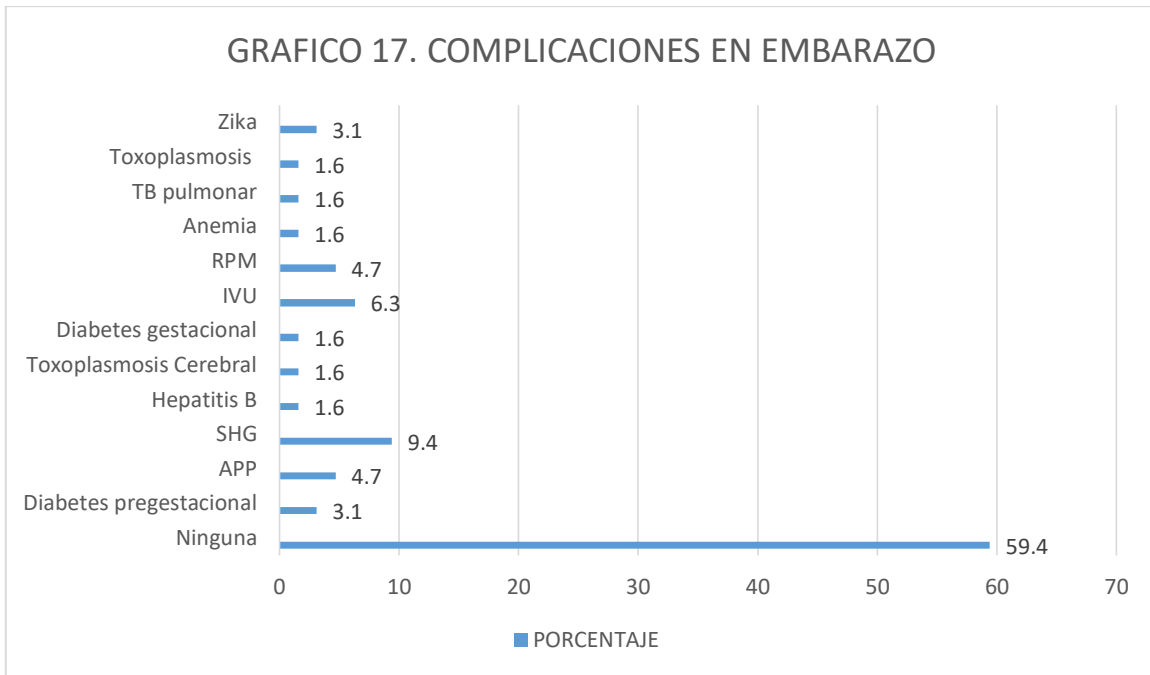


FUENTE: Tabla 3.

GRAFICO 16. AZT PROFILACTICO

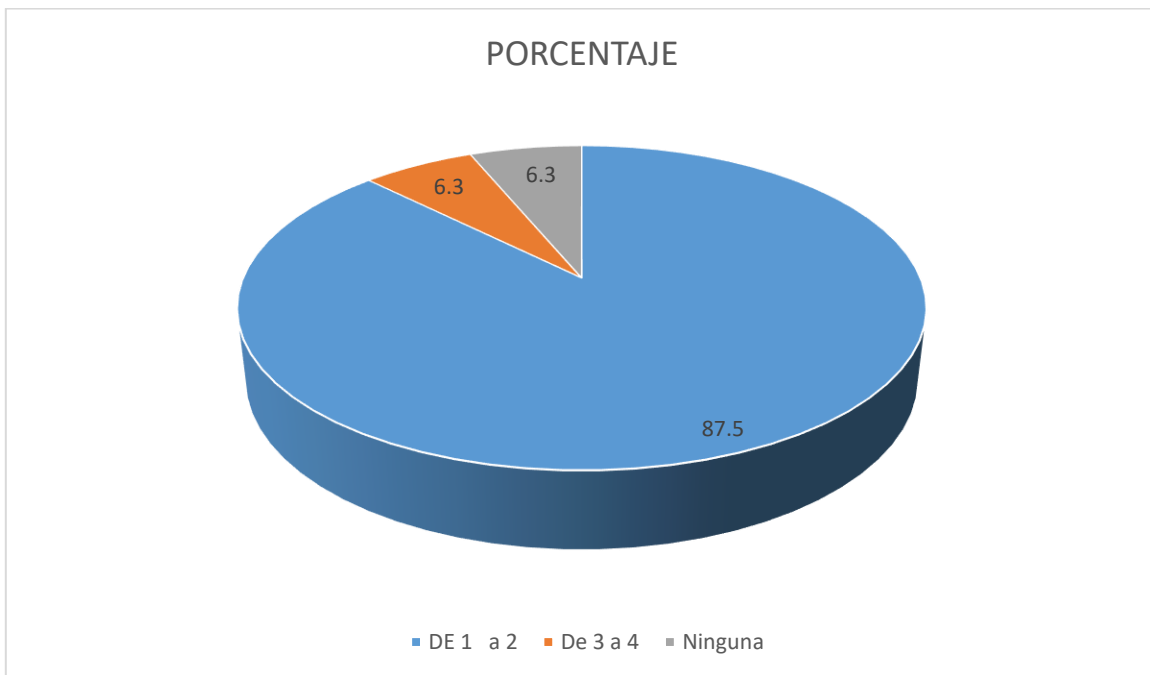


FUENTE: Tabla 3.

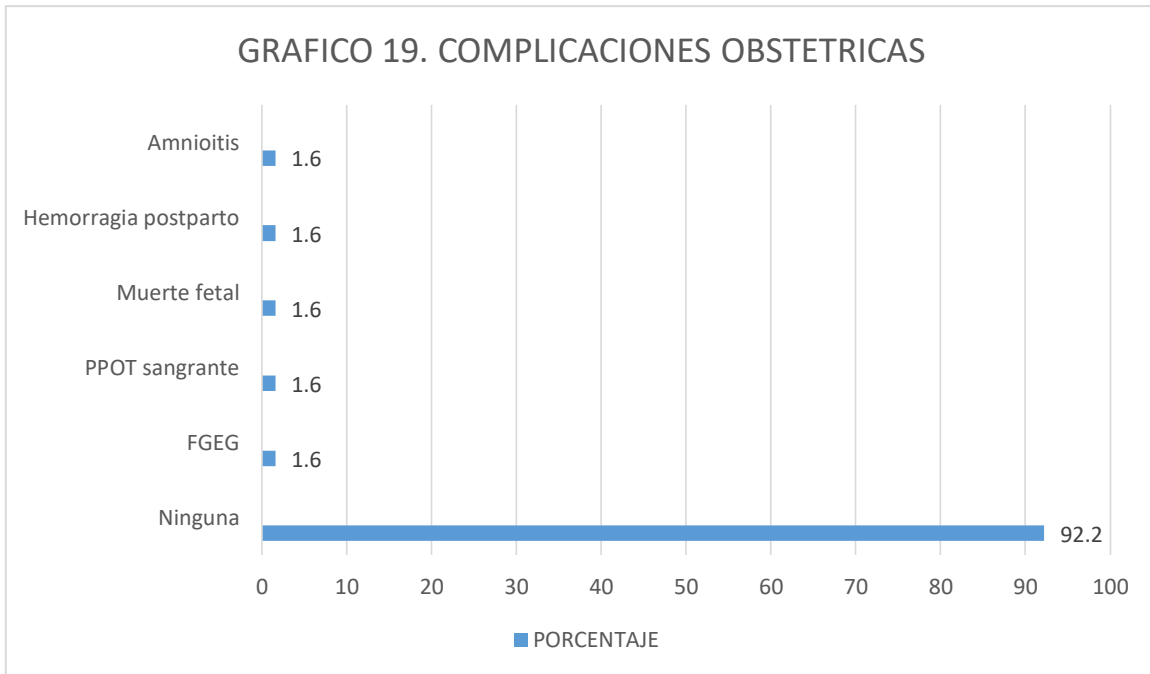


FUENTE: Tabla 4.

GRAFICO 18. NUMERO DE HOSPITALIZACIONES

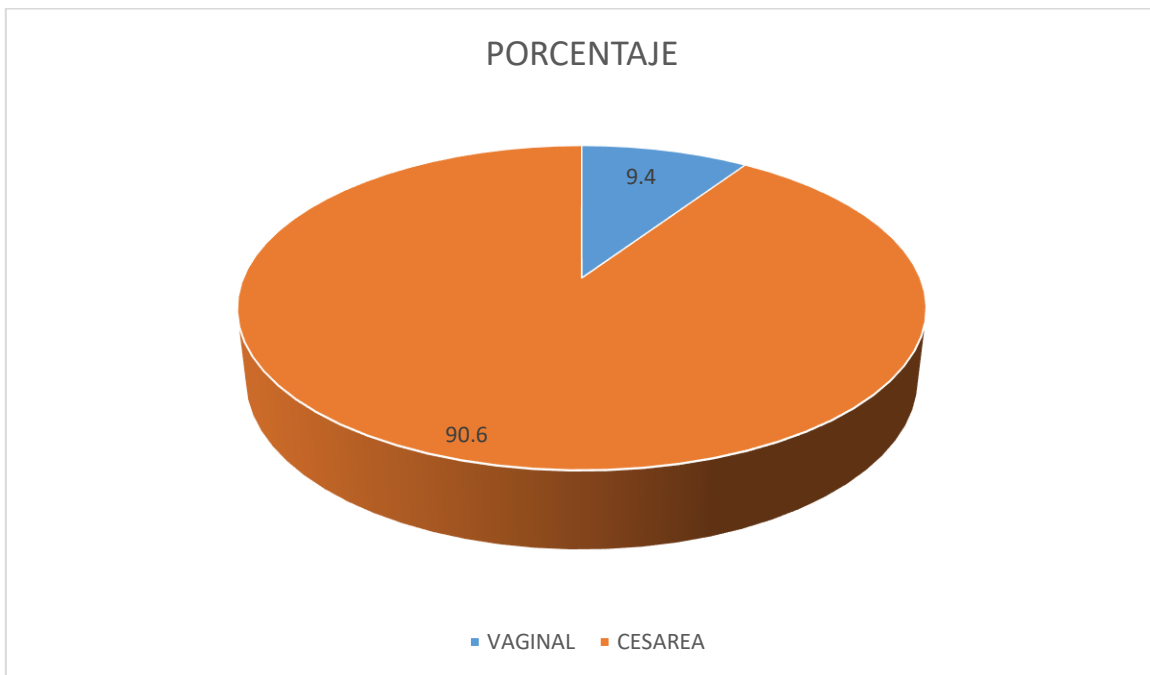


FUENTE: Tabla 4.

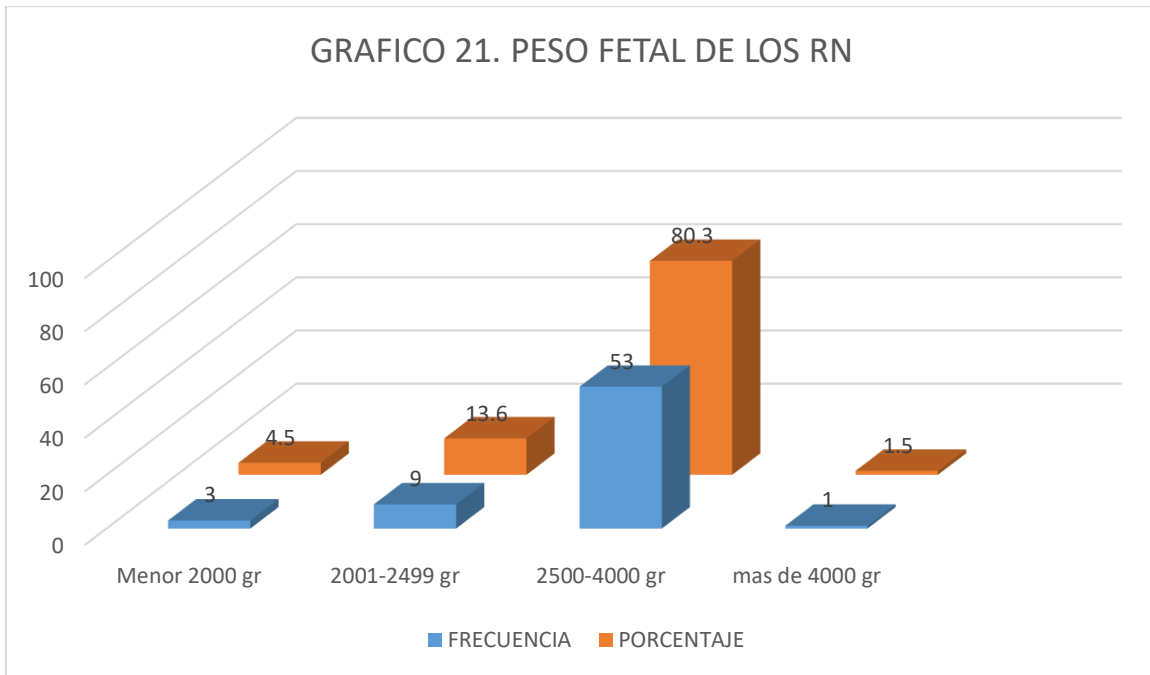


FUENTE: Tabla 4.

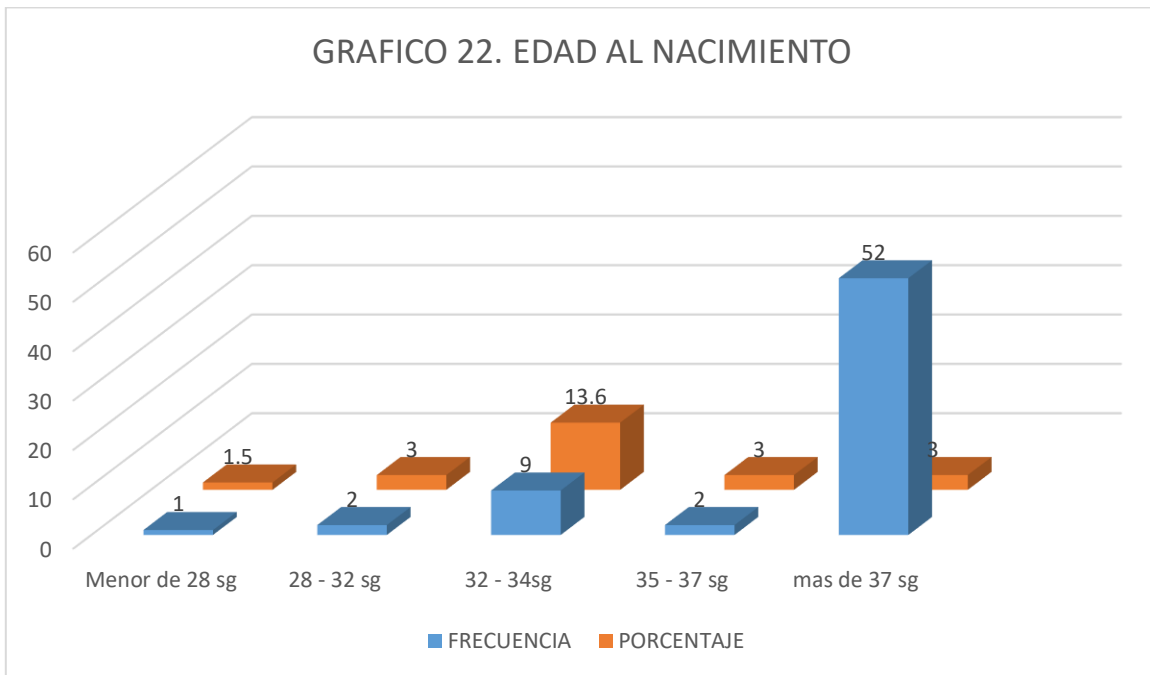
GRAFICO 20. VIA DE NACIMIENTO



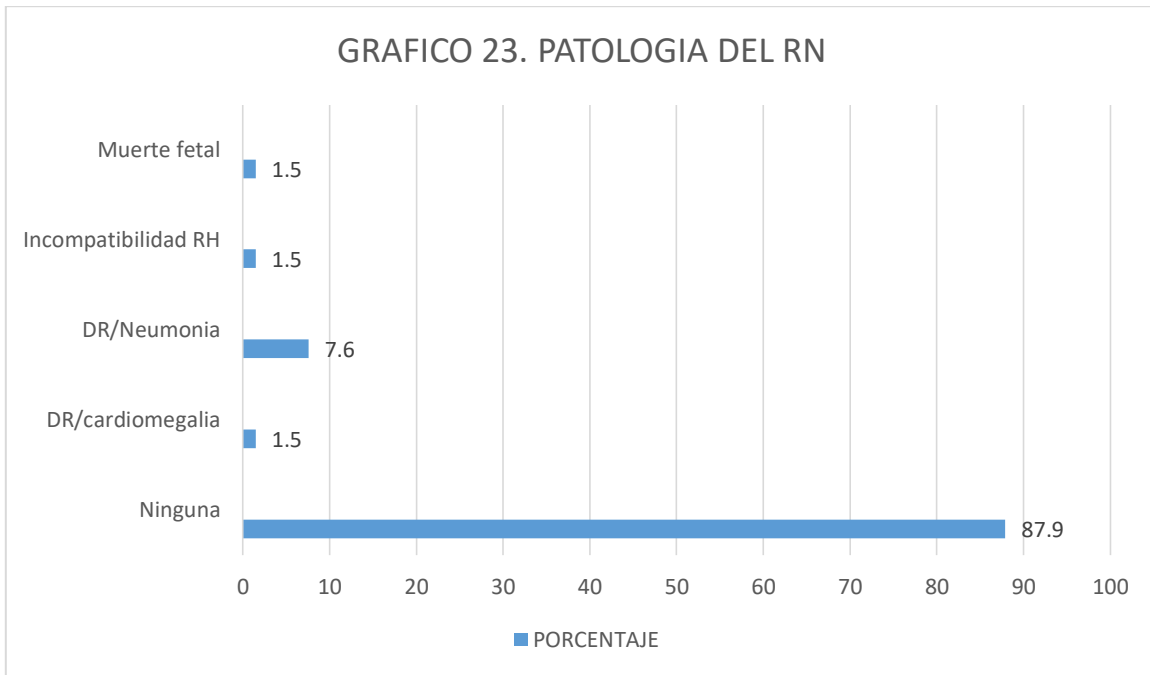
FUENTE: Tabla 5.



FUENTE: Tabla 5.

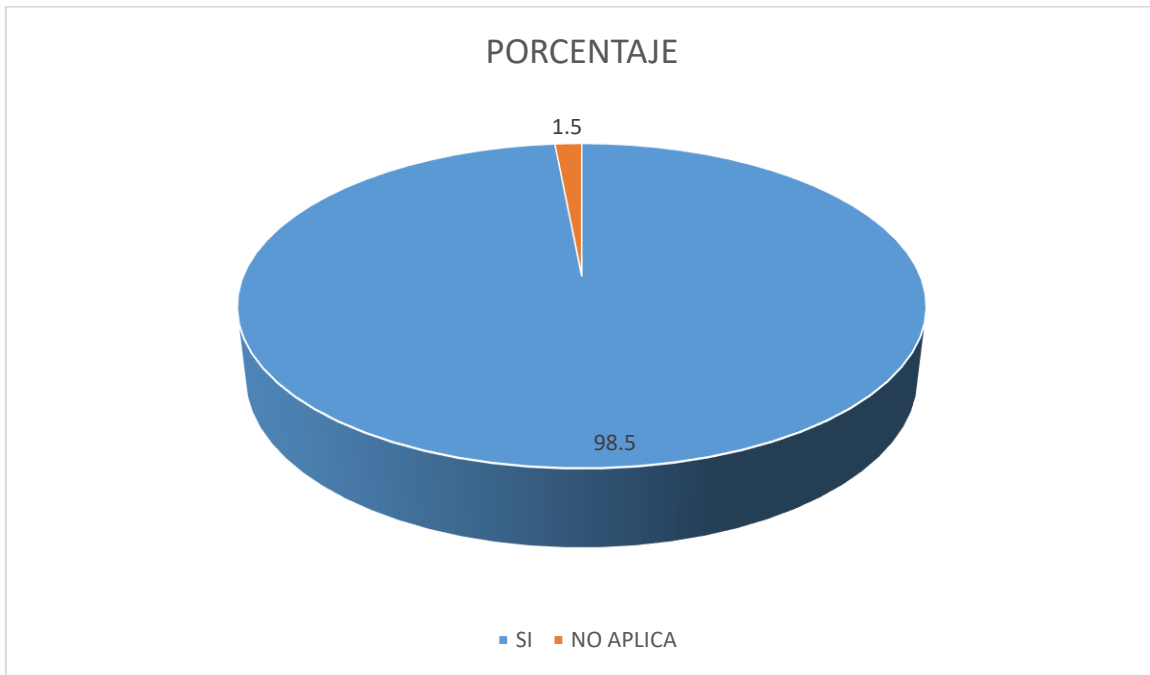


FUENTE: Tabla 5.



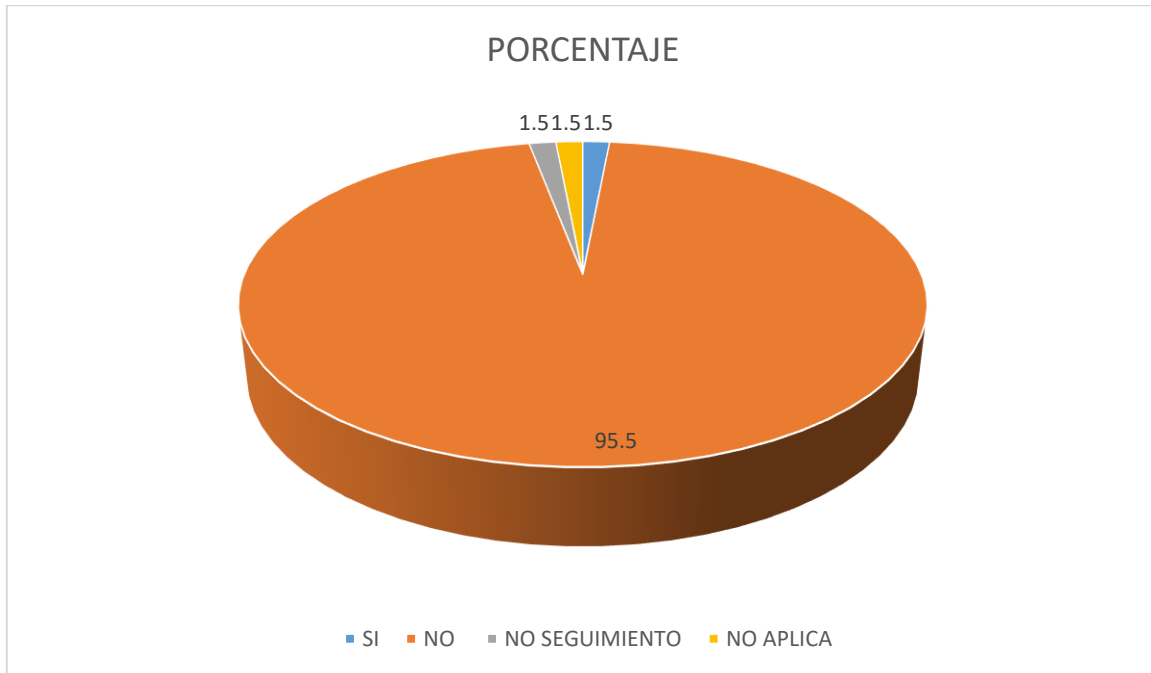
FUENTE: Tabla 5.

GRAFICO 24. ARV EN EL RECIEN NACIDO



FUENTE: Tabla 5.

GRAFICO 25. CASOS DE TRANSMISION VERTICAL



FUENTE: Tabla 5.

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

TEMA: Resultados perinatales de Pacientes que viven con VIH atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2014-Diciembre 2016.

1. Edad
>15 años _____
16-20 años _____
21-30 años _____
31-35 años _____
<36 años _____

2. Procedencia
Urbano _____
Rural _____

3. Escolaridad
Ninguna _____
Primaria _____
Secundaria _____
Técnico _____
Superior _____

4. Estado civil
Soltera _____
Unión libre _____
Casada _____
Viuda _____

5. Ocupación
Ama de casa _____
Estudiante _____
Trabajo informal _____
Trabajador del estado _____
Otro _____

6. Gestaciones
1 _____
2 _____
3 _____
4 o mas _____

7. Controles prenatales

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 o más _____

8. Edad gestacional de captación

- Menor de 12 _____
- 12.1-18 _____
- 18.1-24 _____
- 24.1-30 _____
- Más de 30 _____

9. Inicio de vida sexual

- Menor de 10 años _____
- 11-14 años _____
- 15-17 años _____
- Después de 18 años _____

10. Numero de compañeros sexuales

- 1-2 _____
- 3-4 _____
- 5-6 _____
- Más de 7 _____

11. Antecedente de ITS

- Si _____ ¿cuál? _____
- No _____

12. Momento de diagnostico

- Antes de embarazo _____
- Durante el embarazo _____
- Durante el parto _____
- Durante el puerperio _____

13. Tratamiento ARV durante el embarazo

- Si _____
- No _____

14. Edad gestacional de inicio del tratamiento

- Previo al embarazo _____
- 14 -18 semanas _____

18.1-24 semanas _____
24.1-30 semanas _____
Más de 30 semanas _____

15. Realización de CD4

Si _____
No _____

16. Realización de carga viral

Si _____
No _____

17. AZT previo al parto

Si _____
No _____

18. Complicación en embarazo

Si _____ cual ¿ _____
No _____

19. Numero de hospitalizaciones

1-2 _____
3-4 _____
Más de 5 _____

20. Complicaciones obstétricas

Si _____ ¿Cuál? _____
No _____

21. Ingreso uci

Si _____
No _____

22. Muerte materna

Si _____
No _____

23. Vía de nacimiento

Vaginal _____
Cesárea _____
Legrado _____

24. Peso fetal

Menor de 2000 gr _____

2001-2499 gr _____
2500-4000 gr _____
Más de 4000 gr _____

25. Semana gestacional al nacimiento

Menor de 28 semanas _____
28 - 32 sg _____
32 - 34 sg _____
35 - 37 sg _____
Mayor de 37 sg _____

26. Patología del recién nacido

Si _____ ¿Cuál? _____
No _____

27. ARV en recién nacido

Si _____
No _____

28. Transmisión vertical

Si _____
No _____

29. Condición de egreso

Vivo _____
Muerto _____
Traslado _____