



UNIVERSIDAD DE CARABOBO.

AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA

CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
EMBARAZADAS INFECTADAS POR VIH EN CONTROL MÉDICO.
UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE
TEJERA. JULIO 2012- JULIO 2013**

AUTOR: NATHALY RAMÍREZ M.

TUTOR: DRA. ISABEL DÍAZ

Valencia, diciembre 2013.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO.

AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
EMBARAZADAS INFECTADAS POR VIH EN CONTROL MÉDICO.
UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE
TEJERA. JULIO 2012- JULIO 2013**

AUTOR: NATHALY RAMÍREZ M.

TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN PRESENTADO ANTE EL ÁREA DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA.

Valencia, diciembre 2013.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
Materiales y Métodos	7
Resultados	9
Discusión	11
Conclusiones	14
Recomendaciones	15
Referencias Bibliográficas	16
Gráficos y Anexos	19

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y ANEXOS

Tabla 1. Distribución de las pacientes según edad	19
Tabla 2. Distribución según estadio clínico	20
Grafico 1. Distribución según el conocimiento del estatus serológico al inicio del embarazo	21
Tabla 3. Principales características sociodemográficas	22
Grafico 2. Distribución según edad gestacional al inicio del TARV	23
Grafico 3. Distribución según otras ITS diagnosticadas	24
Grafico 4. Distribución según cumplimiento de protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH	25
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	26
Anexo 2. Consentimiento informado	27

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
EMBARAZADAS INFECTADAS POR VIH EN CONTROL MÉDICO. UNIDAD
DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA.
JULIO 2012- JULIO 2013

Autor: Dra. Nathaly Ramírez M.

Fecha: 2.013

RESUMEN

Palabras claves: VIH, embarazo, transmisión materno-infantil, tratamiento antirretroviral

Introducción: La epidemia de VIH/SIDA ha evolucionado a la feminización, lo cual ha derivado en una mayor incidencia de embarazos en pacientes infectadas, sin embargo la investigación se ha concentrado en otros grupos de población vulnerables, siendo limitados los datos del comportamiento de la enfermedad en estas mujeres. **Objetivo:** determinar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante el período julio 2012- julio 2013. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo en 32 embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido desde julio 2012- julio 2013. **Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue 27,53 años, el grupo más numeroso estuvo comprendido entre las edades de 25 – 29 años (34,40%). La mayoría de las embarazadas, 15 (46,8%), se ubicó en estadio clínico A2. El diagnóstico de infección por VIH se realizó durante el embarazo en el 65,60% de los casos, todas refirieron como mecanismo de contagio la transmisión sexual, con un número de parejas promedio de 3,25. Un 90,62% se controló el embarazo en centros públicos. El grado de instrucción fue educación básica en 56,2 % de las pacientes. En el 90,60% (29) de los casos se indicó profilaxis antirretroviral en la etapa prenatal, al 87,50% (28) se le administró AZT endovenosa durante el trabajo de parto/cesárea y 93,75% de los recién nacidos inició tratamiento con AZT. 87,50% (28) tuvo resolución del embarazo por cesárea. **Conclusión:** La mayoría de las pacientes eran: jóvenes, asintomáticas, a quienes se les realizó el diagnóstico durante el embarazo; con 2 ó 3 parejas sexuales, control de embarazo en instituciones públicas y acceso al protocolo de profilaxis ARV durante la gestación, sin embargo, con un alto índice de inicio del mismo en el 3er trimestre del embarazo.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT
WOMEN INFECTED BY HIV IN MEDICAL CONTROL UNIT OF
INFECTIOUS DISEASES OF THE CITY HOSPITAL DR ENRIQUE TEJERA
DURING THE PERIOD JULY 2012 - JULY 2013

Author: Dra. Nathaly Ramírez M.

Date: 2.013

ABSTRACT

Keywords: HIV, pregnancy, maternal-child transmission and antiretroviral therapy

Introduction: The HIV/AIDS epidemic has evolved to the feminization, which has resulted in an increased incidence of pregnancies in infected patients, however research has been concentrated in other vulnerable populations, remain limited data from the behavior of the disease in these women.

Objective: to determine the clinical and epidemiological characteristics of pregnant women infected by HIV in medical control in the unit of infectious diseases of the City Hospital Dr Enrique Tejera during the period July 2012 - July 2013.

Materials and methods: a descriptive, observational, prospective study was conducted in 32 pregnant women infected with HIV in medical control in the unit of infectious diseases of the city hospital Dr Enrique Tejera in the period from julio2012 - July 2013.

Results: the average age of the patients was 27,53 years, the most numerous group was comprised between the ages of 25 - 29 years (34,40%). The majority of pregnant women, 15 (46.8%), stood at clinical stage A2. The diagnosis of HIV infection was performed during pregnancy 65,60% of cases, all concerned as a mechanism of sexual transmission, with a number of couples average of 3.25. 90,62% was controlled pregnancy in public centers. The degree of instruction was elementary in 56.2% of the patients. In the 90,60% (29) of cases indicated antiretroviral prophylaxis in the prenatal stage, the 87,50% (28) was administered intravenous AZT during labor/cesarean section and 93,75% of the newly born began treatment with AZT. 87,50% (28) had resolution of pregnancy by cesarean section.

Conclusion: Most of the patients were: young, asymptomatic, who made the diagnosis during pregnancy; with 2 or 3 sexual partners, birth control in public institutions, and access to the protocol of ARV prophylaxis during pregnancy, however, with a high rate of initiate in the 3rd trimester of pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Según datos de la ONUSIDA, de las 34 millones de personas que vivían en el mundo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para finales del año 2011, las mujeres representaban el 49%; observándose por tanto una feminización de la enfermedad, con la consiguiente infección en las embarazadas y riesgo de infección en sus hijos debido a la transmisión vertical del virus. (1, 2) En Estados Unidos, las mujeres son el segmento de la población con VIH que crece más rápidamente; en 1985, el 7% de todos los casos declarados de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) eran de mujeres; esta proporción aumentó hasta el 26% de todos los casos nuevos en 2001 y se estabilizó en el 27% en 2006. La epidemia del VIH está bien establecida en las mujeres latinoamericanas y del Caribe, y sigue concentrada en poblaciones desamparadas que viven en los márgenes socioeconómicos de la sociedad. (3) El precario acceso de la mujer a los servicios de salud reproductiva en los países de recursos limitados, impide y restringe el cuidado de las féminas en cuidados fundamentales como: atención durante el embarazo, acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, atención en problemas de disfunción sexual, planificación de embarazo, consejería en la prevención del VIH, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros, incrementando por tanto, su vulnerabilidad a la infección. (2)

Se calcula que en los países de ingresos bajos y medios vivían en 2011 1,5 millones [1,3 millones-1,6 millones] de mujeres seropositivas embarazadas. (4) Por otro lado, se estima que en doce países de Latinoamérica y el Caribe la tasa de seroprevalencia del VIH en las embarazadas es del 1% o más, lo que hace de esta región del mundo la segunda más afectada después del África Subsahariana. (3) En Venezuela, la mayoría de las embarazadas seropositivas al VIH son mujeres jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y 25 años, un gran porcentaje de ellas presentan infecciones recientes o de muy pocos años de evolución, de modo que la realización de la prueba de VIH durante el embarazo es de vital importancia para hacer el diagnóstico en el pre-natal. La ventaja de saber si una embarazada es positiva para el VIH, le permite al profesional de la salud, realizar las siguientes intervenciones: implementar medidas o estrategias para disminuir la transmisión del VIH de la madre al niño, incorporar a la mujer al sistema de salud para un control regular de su enfermedad; proteger a la pareja recomendando el uso de preservativo; elegir esterilización quirúrgica, previo consentimiento informado (5).

El VIH puede ser transmitido de una madre infectada a su hijo durante la gestación intrauterina, en el parto o en el puerperio a través de la lactancia materna. La transmisión perinatal es un proceso multifactorial, influido por

factores virales, inmunitarios y clínicos tanto de la madre como del lactante.

(3)

La carga viral plasmática de la madre es el factor predictivo más potente de riesgo de transmisión perinatal del VIH. Los niveles de ARN viral se correlacionan con el riesgo de transmisión, incluso en las mujeres tratadas con antirretrovirales. Las mujeres con la enfermedad más avanzada y un recuento bajo de linfocitos T CD4 y alto de T CD8 tienen un riesgo elevado de transmitir perinatalmente el VIH. (3, 6) Los factores sociodemográficos y de estilo de vida también parecen influir en el riesgo de transmisión perinatal. El consumo de drogas o de tabaco por parte de la madre, sobre todo después del primer trimestre de embarazo, puede modificar el riesgo de transmisión perinatal del VIH. (3)

Algunos estudios realizados antes de que las terapias antirretrovirales combinadas y las pruebas de carga viral formaran parte de la rutina clínica, demostraron de manera constante que el parto por cesárea programada, realizada antes del comienzo del parto y de la ruptura de membranas, reducía de forma significativa el riesgo de transmisión perinatal de VIH, entre un 55% y un 80%. La cesárea electiva reduce por sí sola en un 50% el riesgo de transmisión del VIH y, asociada a la terapia antirretroviral (ARV) durante

el período prenatal, el parto y al recién nacido, logra reducciones cercanas al 90% con tasas finales de transmisión vertical menores al 2%.(7, 8, 9,10, 11)

Ningún medicamento puede considerarse seguro durante el embarazo, por ello, en lo posible, la profilaxis ARV debe ser iniciada después del 1er trimestre sugiriéndose actividades de farmacovigilancia en todas las etapas del embarazo, extendiéndose la misma al feto, el recién nacido y al niño hasta su adolescencia. (8, 12, 13) La mayor experiencia de uso de inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de nucleósido (ITRN) en embarazo se tiene con zidovudina (AZT) que ha demostrado alta eficacia en reducir la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, con efectos protectores de la transmisión que van más allá de su acción reduciendo la carga viral plasmática (CVP) materna. En lo que respecta a toxicidad, el uso de AZT durante el embarazo no ha sido asociado a una mayor incidencia de anemia severa o neutropenia como tampoco su asociación con otros ITRN. Lamivudina (3TC), en combinación con AZT, ha demostrado mayor eficacia en prevenir la TMI que AZT en monoterapia. Por consiguiente, durante el embarazo y siempre que sea posible, debería incluirse AZT en el tratamiento ARV con 3TC y como alternativas Abacabir (ABC), Tenofovir (TDF), Didanosina (DDI). (8, 9, 10, 12)

Estos ITRN deben ser combinados preferentemente de primera elección con un inhibidor de proteasa reforzado con bajas dosis de ritonavir (lopinavir o saquinavir). Estudios farmacocinéticos disponibles de lopinavir/ritonavir (LPV/r) tanto en formulación de capsulas como en tabletas han demostrado que hay una variación en los niveles séricos del LPV/r en el último trimestre por lo cual se recomienda aumentar la dosis de 2 tabletas VO BID a 3 tabletas VO BID a partir de las 24 semanas de embarazo. (8, 9, 10, 12)

En relación a la culminación del embarazo se recomienda: cesárea electiva programada a las 38 semanas de gestación para embarazadas con CVP >1000 copias/ml y en las que se desconoce la CVP a las 34 semanas, además del uso de AZT endovenosa (EV) durante todo el trabajo de parto/cesárea a una dosis inicial de 2 mg/Kg a pasar en 1 hora. Cuando sea previsto realizar cesárea, la infusión de AZT EV debe comenzar 3 horas antes de la cirugía; seguida de una infusión continua de 1 mg/kg/hora hasta el pinzamiento del cordón umbilical. (8)

Las mujeres constituyen casi la mitad de los adultos que viven con VIH en el mundo. La proporción de infecciones está aumentando en varios países entre ellos Venezuela, sin embargo la investigación se ha concentrado en los grupos de población más vulnerables, siendo limitados los datos del

comportamiento de la enfermedad en mujeres. (2, 6, 14) En nuestro país carecemos de indicadores que nos permitan conocer el porcentaje de las embarazadas que tienen acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, el porcentaje de embarazadas infectadas por VIH que reciben profilaxis antirretroviral en el prenatal e indicadores de calidad de servicio, entre otros. (2)

Desde el punto de vista institucional no se conocen datos estadísticos propios del tema, para de esta manera elaborar planes y aportar a los programas nacionales para la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento efectivo del VIH en esta población. Por otra parte, es importante generar una base de datos para futuras investigaciones que enriquezcan la literatura tanto local como nacional.

Desde el punto de vista social, la falta de información expone a las mujeres a seguir tomando conductas que las ponen en riesgo de contraer el VIH o transmitirlo a sus hijos al quedar embarazadas sin recibir atención y tratamiento médico.

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente, esta investigación se estableció como objetivo general determinar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante el período julio 2012- julio 2013, para lograr este objetivo se plantearon además objetivos específicos: determinar el estadio clínico de las embarazadas infectadas, precisar el conocimiento de la paciente sobre su estatus serológico al momento del inicio del embarazo, describir las principales características socio-demográficas de las pacientes en estudio, conocer la edad gestacional al momento de inicio del tratamiento antirretroviral, identificar otras infecciones de transmisión sexual presentes en las embarazadas con infección por VIH, constatar el cumplimiento del protocolo para la prevención de la transmisión vertical en embarazadas con infección por VIH.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo en las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera julio 2012- julio 2013.

La muestra estuvo constituida por 32 pacientes infectadas por VIH que acudieron a la consulta de Infectología o que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera entre julio 2012 y julio 2013, seleccionadas según los siguientes criterios de inclusión: pacientes embarazadas, VIH positivo, en control médico por la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un instrumento tipo tabulado (Anexo 1), en el cual se describieron las principales características clínicas (categoría inmunológica, categoría clínica, ITS asociada) y epidemiológicas de las pacientes (edad, grado de instrucción, graffar, antecedentes gineco- obstétricos, conocimiento de estatus serológico al inicio del embarazo, control del embarazo, edad gestacional al momento de inicio del tratamiento ARV, mecanismo de contagio, uso de drogas ilícitas, uso de preservativo, situación familiar); además de describir qué medidas se llevaron a cabo para la prevención de la transmisión vertical del VIH. Dicho instrumento se aplicó previo consentimiento informado. (Anexo 2)

Los datos se ordenaron y tabularon mediante la hoja de tabla de datos Microsoft office Excel 2007 en Windows Vista y se procesaron mediante el programador estadístico Statistica 6.0, se presentaron en tablas de

distribución de frecuencia absoluta y relativa, se calculó media y desviación estándar para las variables continuas.

RESULTADOS

El estudio estuvo conformado por una muestra de 32 pacientes, cuyas edades estaban comprendidas entre 15 y 39 años, con una media de 27,53 años y una desviación estándar de 6,42; el grupo más numeroso estuvo comprendido entre las edades de 25 – 29 años, 11 (34,40%). (Tabla 1)

La mayoría de las embarazadas, 15 (46,87%), se ubicó en estadio clínico A2, seguido por 12 (37,5%) en estadio A1; solo 5 (15,62%) se encontraban en estadios definitorios de SIDA. (Tabla 2)

Un 65,60% (21) de las pacientes desconocía su estatus serológico al momento del inicio del embarazo, mientras que el restante 34,40% (11) si lo conocía. (Grafico 1)

En cuanto a las características socio-demográficas de estas pacientes se encontró que la mayoría (90,62%) se controló el embarazo en centros públicos, todas refirieron como mecanismo de contagio del VIH la transmisión sexual, con un número de parejas promedio de 3,25 y una desviación estándar de 2,17 (mínimo de 1 y máximo 12), además, 68,8% (22) señaló que no utilizaba el preservativo durante las relaciones sexuales, mientras que otro 28,1% (9) expresó utilizarlo solo a veces. El número de gestas promedio de estas mujeres fue 3,06 con una desviación estándar de 1,58 (mínimo 1, máximo 8). Solo 1 manifestó consumo de drogas. Por otro lado, la mayoría de las embarazadas, 53,1% (17) mencionó contar con el apoyo de su pareja y en cuanto a su nivel de instrucción, el 56,2 % (18) manifestó educación básica en este ítem. Se determinó que más de la mitad de las pacientes pertenecen a estratos socioeconómicos medio-bajos, dados por un graffar III (50%), seguido de un 31,1% graffar IV. (Tabla 3)

La mayoría, 43,75% (14), de las pacientes inició la profilaxis con antirretrovirales en el 3er trimestre del embarazo, 31,25% (10) lo recibía previo al inicio del mismo y 15,62% (05) lo inició en el 2do trimestre del embarazo. 03 pacientes no recibieron tratamiento antirretroviral durante toda la gestación. (Grafico 2)

En una pequeña proporción de pacientes se diagnosticaron otras ITS asociadas, siendo VPH (1; 3,10%) y sífilis (1; 3,10%). (Grafico 3)

Con respecto al cumplimiento del protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH, 90,60% (29) de las pacientes recibió TARV prenatal, al 87,50% (28) se le administró AZT EV durante el trabajo de parto/cesárea y 87,50% (28) tuvo resolución del embarazo por cesárea. 93,75% de los recién nacidos inició tratamiento con AZT, el resto falleció al nacer. (Grafico 4)

DISCUSIÓN

La edad de las pacientes en estudio se corresponde a lo descrito por otros autores, donde la infección por el VIH en embarazadas se observa principalmente en mujeres jóvenes; el informe de ONUSIDA informa que las nuevas infecciones por el VIH se presentan en jóvenes y adolescentes, además casi 50% corresponden a mujeres.(5, 15, 16)

Según lo encontrado en un estudio realizado por Holgado en España en el 2012, casi el 75% de las gestantes de una cohorte materna con infección por VIH se encontraba en estado de portador asintomático (estadío A del CDC), siendo superior lo encontrado en este estudio, en donde un poco más del 90% se encontraba en este estadío. (17)

De la población estudiada, el 65,60% fue diagnosticada con VIH durante el embarazo y el 34,40% ya conocía su estatus serológico. La frecuencia de

diagnóstico previo al embarazo se muestra muy inferior a la hallada en 76 mujeres estudiadas en Rhode Island entre enero de 2004 y diciembre de 2009 en donde se observó que el diagnóstico de infección por VIH fue previo al embarazo en el 79% de las pacientes, mientras que en la zona sur de Madrid entre agosto de 1992 hasta enero de 2010, en el 57,1% de los casos el momento de diagnóstico fue antes de la gestación, pero coincide con lo observado por Carvajal y cols. en el Hospital Universitario de Caracas (HUC) en donde el diagnóstico de infección por VIH se realizó durante el embarazo en el 63.4 % de las pacientes, antes del embarazo en el 29.3 % y después del embarazo en 7,3 % de los casos. Esto demuestra que en nuestro medio, la mayoría de las mujeres con VIH desconoce su diagnóstico previo a la gestación y denota la vital importancia que cumple su despistaje durante el embarazo para hacer el diagnóstico precoz en el pre-natal y así tomar las medidas necesarias para evitar la transmisión vertical. (16, 17, 18)

Al comparar este estudio con uno realizado en Caracas, en el cual se analizaron las características epidemiológicas en embarazadas infectadas por VIH, se observa la similitud de que todas las pacientes refirieron las relaciones sexuales como mecanismo de contagio de la infección. La mayoría de las gestantes refirieron haber tenido 2 o 3 parejas sexuales 62, 49 % (en este estudio) Vs 50,5% (Caracas). El embarazo fue controlado en una institución pública en mayor proporción en este estudio, 90,62% en comparación del 74,7% de las pacientes controladas en Caracas, donde

además se observó que la mayoría de las pacientes tenían como grado de instrucción la educación media diversificada (46,4 %) a diferencia de lo evidenciado en esta investigación en la que más de la mitad de las mujeres (56,2%) solo habían cursado estudios primarios. (19)

Con respecto al uso de drogas ilícitas, al describir la prevención de la transmisión vertical del VIH en Dinamarca, Linstow y cols., evidenciaron que en cinco de cada 226 embarazos (2,2 %) la madre era usuaria de drogas inyectables, y cinco de cada 222 (2,3 %) usaban metadona. En el estudio mencionado anteriormente realizado por Carvajal y cols. había antecedentes de drogadicción por vía inhalada (cocaína) en un caso. En este trabajo también se reportó drogadicción en una paciente (3,1%) (marihuana). (20)

En una investigación realizada en el HUC en donde se analizó la profilaxis antirretroviral en 80 embarazadas infectadas con VIH, más del 60% de las pacientes inició el tratamiento antirretroviral prenatal en el 2do trimestre del embarazo, a diferencia de lo observado en este estudio en donde la mayoría (43,75%) lo hizo en el 3er trimestre. (16)

A una pequeña proporción de pacientes (6,20%) se les realizó el diagnóstico de otras ITS asociadas (1 VPH, 1 sífilis), coincidiendo en proporción con otros estudios en donde las cifras fueron 6,5% (hepatitis B) en uno y 5,4% (hepatitis C) en otro. (20)

En un estudio realizado por Paredes, en donde se reporta el manejo y resultados en la resolución de 34 embarazos de pacientes VIH/SIDA positivas chilenas desde el año 2005 a diciembre de 2010, se observó la administración de AZT endovenosa en forma completa en 30 embarazos (88%), lo cual coincide con lo conseguido en esta investigación en donde el 87,50% de las pacientes también recibieron el fármaco; pero difieren en la forma de culminación del embarazo debido a que se realizó cesárea en el 56% de las pacientes chilenas en contraste con el 87,50% en este estudio. (21)

En cuanto a los productos de la concepción, 30 (93,75%) nacieron vivos e iniciaron tratamiento con AZT, siendo similar a lo observado en el trabajo realizado en el HUC mencionado previamente en donde todos los recién nacidos recibieron la profilaxis antirretroviral con AZT por 6 semanas. (16)

CONCLUSIÓN

La mayoría de estas mujeres embarazadas con VIH eran: jóvenes, asintomáticas (A2), a quienes se les realizó el diagnóstico durante el embarazo, pertenecientes a estratos socioeconómicos medio-bajos, con control del embarazo en instituciones públicas y acceso al protocolo de profilaxis ARV durante la gestación, sin embargo, con un alto índice de inicio del mismo en el 3er trimestre del embarazo.

RECOMENDACIONES

1. Promover las campañas nacionales de educación a la población para minimizar las conductas que ponen en riesgo a las mujeres de contraer el VIH o transmitirlo a sus hijos al quedar embarazadas sin recibir atención y tratamiento médico
2. Elaborar planes y programas nacionales para la prevención y diagnóstico precoz del VIH, en donde se le garantice las mujeres consejería en la prevención y acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, sobre todo durante el embarazo.
3. Dar a conocer a las mujeres con diagnóstico de infección por VIH los riesgos que implica embarazarse para sus hijos.
4. La mujer VIH positiva embarazada debe ser derivada a consulta prenatal de alto riesgo, para un manejo multidisciplinario, que incluya evaluación por el servicio de Infectología y Perinatología, entre otras.
5. La realización de un estudio donde se haga seguimiento a los productos de estos embarazos para evaluar la tasa de transmisión vertical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2012: 1-52
2. Red de Sociedades Científicas de Venezuela. Situación del VIH-SIDA en Venezuela: Embarazo. Octubre 2009; 9: 1-18
3. ONUSIDA/OMS. Cuenta atrás hasta cero. Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madre. 2011.
4. Cohn SE, Clark RA. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la mujer. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas principios y práctica. 7 ed. Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 1788-1817.
5. Red de Sociedades Científicas de Venezuela. Embarazo y VIH. Diciembre 2011: 1-10
6. Red de Sociedades Científicas de Venezuela. VIH-SIDA en Venezuela: aproximación a la situación actual. Febrero 2012: 1-11
7. Anderson J. Women and HIV: motherhood and more. Curr Opin Infect Dis 2012; 25(1):58- 65
8. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Guía para el manejo del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela, cuarta edición, 2010-2012.
9. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>.

10. Ministerio de Salud Subsecretaria de Salud Pública de Chile. Guía Clínica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Chil; 2009
11. Thompson M, Aberg J, Hoy J, Telentiet A, Benson C, Cahn P, et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection. Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. JAMA. 2012; 308 (4): 387- 402.
12. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA). Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH. Quinta edición. México: 2012.
13. Anderson J (2008). A guide to the clinical care of woman with HIV. (Libro en internet). USA: Health Resources and Services Administration; (Acceso 12 de octubre de 2012)
14. Quijada A, González S, Calderón L, Lorena Balda, Valenzuela P, Fandiño C, Sánchez A, et al. Características epidemiológicas y de salud de mujeres con VIH que asistieron a consulta de Infectología Hospital Vargas de Caracas, años 2008 - 2009. Bol Venez Infectol 2010 jun- dic; 21 (2): 1-2.
15. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011: 1-52
16. Carvajal A, Morillo M, López J, Garrido E, Aché A, Ferreira A, et al. Profilaxis antirretroviral en 80 embarazadas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana. Bol Venez Infectol. 2008 ene- jun; 19 (1): 18-29.
17. Holgado-Juan M, et al. Características de una cohorte materna con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.06.007>.
18. Firth J, Wang C, Fizza G, Alexander N, Dufort E, Rana A, et al. The Changing Face of HIV in Pregnancy in Rhode Island 2004–2009. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2012: 1-6.

19. Carvajal A, Garrido E, Ferreira A, Cabrera K, Barrios M, Silva M, et al. Características epidemiológicas en embarazadas infectadas con VIH Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela. Bol Venez Infectol 2009 jun- dic; 20 (2): 56-57.
20. Linstow ML, Rosenfeldt V, Lebech AM, Storgaard M, Hornstrup T, Katzenstein TL, et al. Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV in Denmark, 1994-2008. HIV Medicine. 2010;11(7):448-456
21. Paredes A, Córdova V, Cofré J, Lattus J, Ballesteros J. Manejo y resultados en la resolución de pacientes embarazadas VIH/SIDA positivas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Rev. Obstet. Ginecol. 2012; vol 7 (1): 11-18

Tabla 1. Distribución según edad de las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique. Julio 2012- julio 2013

Edad	FA	FR
15 – 19	4	12,50%
20 – 24	6	18,75%
25 – 29	11	34,40%
30 – 34	5	15,60%
35 – 39	6	18,75%
Total	32	100%

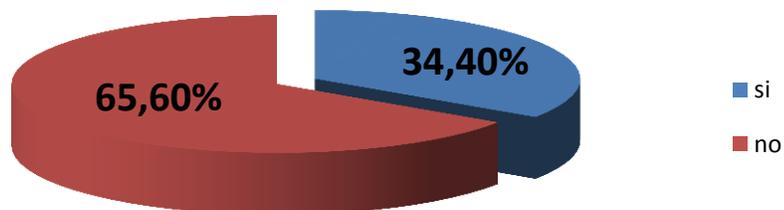
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 2. Distribución según estadío clínico de las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Julio 2012- julio 2013

Categoría Inmunológica	Categoría Clínica							
	A		B		C		Total	
1	12	37,5%	0	0%	0	0%	12	37,5%
2	15	46,87%	0	0%	0	0%	15	46,87%
3	2	6,25%	1	3,12%	2	6,25%	5	15,62%
Todos	29	90,62%	1	3,12%	2	6,25%	32	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 1. Distribución según el conocimiento del estatus serológico previo al inicio del embarazo de las pacientes infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Julio 2012- julio 2013



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 3. Principales características sociodemográficas de las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Julio 2012- julio 2013

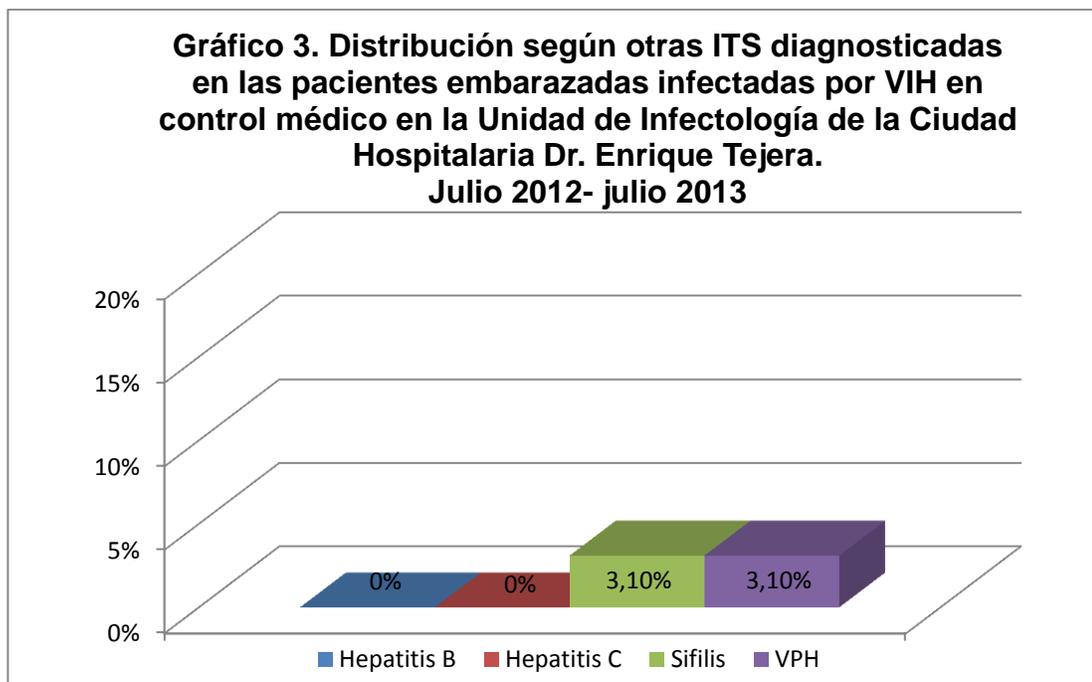
Características Socio Demográficas	FA	FR
Control Prenatal		
Público	29	90,62%
Privado	3	9,38%
Mecanismo de contagio		
Sexual	32	100%
Uso de drogas	01	3,1%
Uso de preservativo		
No	22	68,8%
Si	01	3,1%
A veces	09	28,1%
Situación familiar		
Sola	03	9,4%
Pareja	17	53,1%
Familiares	12	37,5%
Grado de Instrucción		
Primaria	18	56,2%
Media diversificada	10	31,2%
Técnico	02	6,3%
Universitario	02	6,3%
Graffar		
I	0	0%
II	02	6,3%
III	16	50%
IV	10	31,1%
V	04	12,5%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 2. Distribución según edad gestacional al inicio del TARV de las embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante. Julio 2012- julio 2013

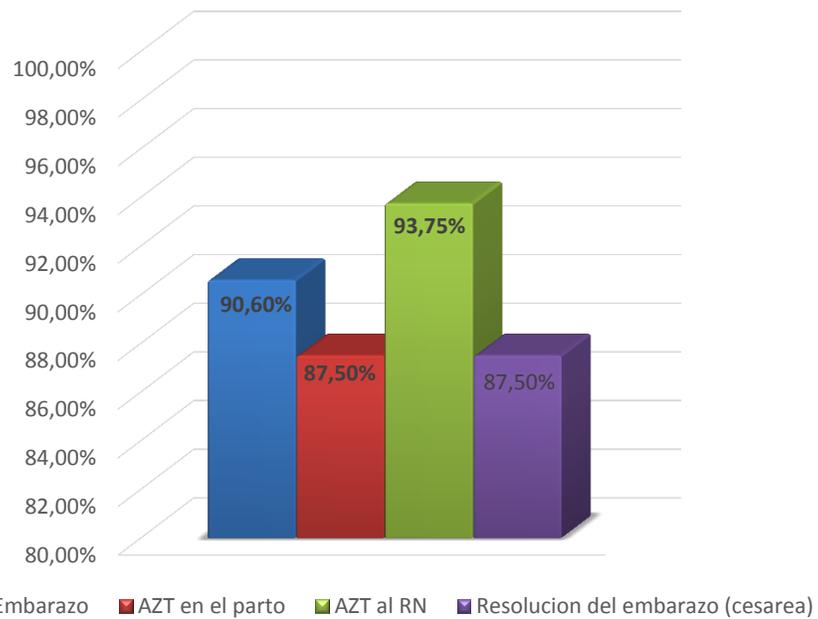


Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 4. Distribución según cumplimiento del protocolo para la prevención de la transmisión vertical en embarazadas infectadas por VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Julio 2012- Julio 2013



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Anexo 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

de historia:

Características clínicas	Categoría inmunológica	Categoría 1	
		Categoría 2	
		Categoría 3	
	Categoría clínica	Categoría A	
		Categoría B	
		Categoría C	
		Hepatitis B	
Infección de transmisión sexual	Hepatitis C		
	Sífilis		
	VPH		
Características epidemiológicas	Edad		
	Grado de instrucción	Analfabeta	
		Básico	
		Bachiller	
		Técnico	
	Graffar	Universitario	
		I	
		II	
		III	
		IV	
	Antecedentes gineco-obtetricos	V	
		Sexarquia	
		No. De parejas	
		No. De Gestas	
	Conocimiento de estatus serológico al inicio del embarazo	Formas de culminación del embarazo	
		Si	
	Control del embarazo	No	
		Público	
	Edad gestacional al momento de inicio del TARV	Privado	
	Mecanismo de contagio	Heterosexual	
		Transfusión sanguínea	
		Uso de drogas EV	
Transmisión vertical			
Uso de drogas ilícitas	Si		
	No		
Uso de preservativo	Si		
	No		
Situación familiar	Sola		
	Pareja		
	Familia		
	Amigos		
Prevención de la transmisión vertical	TARV durante el embarazo	Si	
	AZT EV durante trabajo de parto/ cesárea	No	
		Si	
	AZT al RN	No	
		Si	
	Resolución del embarazo	No	
		Cesárea	
	Parto		

Anexo 2

Consentimiento informado

Yo, _____, mayor de edad, portador de la Cédula de Identidad: _____, familiar del paciente _____, portador de la Cédula de Identidad _____; autorizo a la Dra. Nathaly Ramírez M., médico residente de Infectología UC-CHET quien en conjunto con la asesoría de la Dra. Isabel Díaz, Médico Internista- Infectólogo, llevarán a cabo la siguiente investigación: Características Clínicas y Epidemiológicas de las embarazadas infectadas con VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante el periodo julio 2012- julio 2013; para lo cual ameritan la recolección de datos a través de un instrumento tipo tabulado.

La participación es de carácter voluntario y la información generada en este estudio será considerada estrictamente confidencial, entre las partes participantes. En ningún documento generado durante todo el estudio se utilizarán los nombres de los participantes y los datos estarán protegidos del uso no permitido por personas ajenas a la investigación. Considerando lo antes expuesto, autorizo al grupo de investigación para participar en el mismo.

PARTICIPANTE: Estoy de acuerdo y conforme en participar en el estudio

Nombre: _____ C.I.: _____ Firma: _____

_____ INVESTIGADOR RESPONSABLE: Fecha: ____/____/____

Firma: _____