
Seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas en trabajo de parto: perfil socio-demográfico, diagnóstico y tratamiento. Hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, enero a junio de 2007.

Seroprevalence of hiv in pregnant women in labour: socio-demographic profile, diagnostic and treatment. Gyneco-obstetric hospital “Enrique C. Sotomayor” from january to june 2007.

Alba María Caviedes Merchán *

RESUMEN

Tipo de Estudio: prospectivo, longitudinal, observacional. **Objetivos:** conocer la seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas en trabajo de parto y determinar su perfil socio-demográfico, diagnóstico y tratamiento. **Metodología:** estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, durante el período enero - junio 2007. Conformado por mujeres embarazadas en trabajo de parto, con pruebas rápidas para VIH doblemente reactiva. Se realizó encuesta directa a las madres y los resultados de laboratorio se obtuvieron del departamento de Estadística. **Resultados:** de las 11520 pacientes ingresadas, 37 fueron reactivas a la prueba rápida y 33 de ellas doblemente reactiva. Las 33 madres recibieron el tratamiento antirretroviral de acuerdo a la situación. El perfil socio-demográfico se relacionó en la mayoría de las pacientes. **Conclusiones:** se determinó que de cada mujer embarazada tamizada para VIH el 0,28% dieron examen confirmatorio para VIH; la principal vía de transmisión fue la vía sexual (la mayoría de las pacientes de este estudio son menores de 20 años), tienen menos años de escolaridad; proceden de áreas urbano-marginales; tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, lo que nos hace pensar que la familia en particular y nuestro sistema educativo en general excluye aspectos trascendentes para la comunidad como la educación sexual.

Palabras clave: VIH. Prueba rápida. Seroprevalencia. Antirretroviral.

SUMMARY

Type of study: prospective, longitudinal, and observational. **Objectives:** to (get to) know the seroprevalence of HIV in pregnant women in labour and to determine their socio-demographic, diagnosis and treatment. **Methodology:** study made in the gyneco-obstetric Hospital “Enrique C. Sotomayor”, during the period from January to June in 2007. Population constituted by pregnant women in labour, with rapid tests for doubly reagent HIV. A direct survey was conducted among mothers and the laboratory results were obtained from the department of statistics. **Results:** out of the 11520 patients admitted, 37 were reagents to the rapid test and 33 of them were doubly reagent. The 33 mothers received antiretroviral drug according to the situation. The socio-demographic profile was related in the majority of the patients. **Conclusion:** it was determined that out of every pregnant woman tested for HIV, 0.28% turned out to be HIV positive, the main way of transmission was sexually (most patients of this study are younger than 20 years old), have incomplete schooling; come from urban-marginal areas; had their first sexual relation before they were 20 years old, which made us think that family and our educational system exclude some important aspects for the society such as sexual education.

Key words: HIV. Rapid test. Seroprevalence. Antiretroviral

Introducción

Larga y difícil ha sido la batalla contra el VIH/SIDA, que desde 1981 se ha convertido en una verdadera pandemia, que avanza rápidamente por todo el planeta^{13,19}. Hasta hoy existen más de 43 millones de contagiados en el mundo (95% enfermos en países subdesarrollados) que incluyen 16,4 millones de mujeres infectadas 21,6 millones de hombres infectados, 1,8 millones de niños infectados y más de 20 millones de muertos^{6,18,21}. Un hecho a nivel nacional e internacional es el incremento significativo de VIH-SIDA en la mujer y por tanto la opción latente de la transmisión vertical^{1,7}.

Existe una serie de factores biológicos y psicosociales que han hecho vulnerable a la mujer para adquirir el VIH SIDA. Entre los psicosociales no cabe duda que las diferencias de género y la educación sexista es uno de los factores que mayor incidencia tienen en la exposición de su salud sexual^{8,11,17}.

Una meta importante a lograr es que las mujeres en edad fértil no adquieran el VIH y no se embaracen sin haberlo planeado; por lo que se propone que toda mujer embarazada o que piense embarazarse sea motivada por su ginecobstetra para hacerse la prueba VIH-SIDA; esto permitiría una detección temprana y por tanto un tratamiento lo más oportuno para evitar la transmisión vertical^{3,9,15,16}.

Los estudios muestran que los tratamientos anti VIH para la mujer embarazada y el bebé son muy efectivos en la reducción de la transmisión vertical; si a esto se suma partos por cesárea y sustitución de leche materna por otra adecuada alimentación, salvaría vidas así como ahorraría elevadas sumas de dinero; sin embargo poco es lo que se planifica y ejecuta como programas generales de prevención sobre VIH-SIDA en concordancia con la dimensión del problema^{2,5,14,20}.

El tema de esta investigación, alude al grupo humano más vulnerable y sensible y se constituye también en una de las especificaciones del problema del VIH/SIDA, expresión que por otra parte nos abre a la diversidad y complejidad que el problema contiene^{4,10,12}.

Materiales

- Ficha recolectora de datos
- Exámenes de laboratorio: pruebas rápidas, microelisa.
- Computadora con programa Microsoft Excel 2007.

Métodos

- Todas las mujeres embarazadas en trabajo de parto ingresadas al área de tocoquirúrgica.
- Se escogieron a las pacientes con pruebas rápidas doblemente reactiva.
- Conociendo su diagnóstico las pacientes fueron programadas para realizárseles cesárea.
- Luego las madres fueron trasladadas a la sala de Infectología donde se ordenó realizar el segundo examen que es el Micro-Elisa.
- Por tal motivo, se realizó una ficha recolectora de datos, para encuestar a las pacientes ingresadas en la sala de Infectología.
- En caso de no poder entrevistar a la paciente directamente, se registraban sus datos personales para luego ponerse en contacto con ellas y llevar a cabo la encuesta.
- La encuesta se realizó de forma directa e indirecta en la sala de Infectología "Jesús de Nazaret".
- Los resultados correspondientes a exámenes de laboratorio se obtuvieron del departamento de Estadística del hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", hospital Guayaquil y "Abel Gilbert Pontón" y departamento de virología del Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez".
- Posteriormente, los datos fueron ingresados a una hoja de Excel.
- Para la interpretación y análisis de las variables se utilizó la relación numérica y porcentual en todos los casos.

Resultados

El total de mujeres embarazadas atendidas en el área de toco quirúrgica del hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" desde enero a junio de 2007 fue de 11.520 pacientes, de ellas, 33 fueron doblemente reactivas.

Por lo tanto, la seroprevalencia fue del 0.28% de mujeres embarazadas doblemente reactivas que ingresaron al área de toco quirúrgica en un período de 6 meses.

Tabla 1

Pacientes ingresados al área de toco quirúrgica

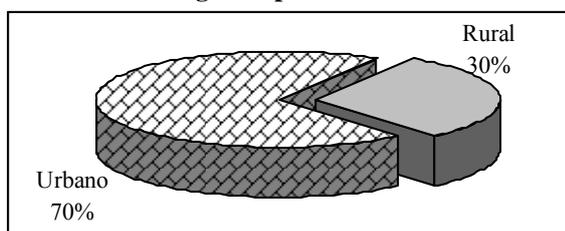
Área toco quirúrgica	Pacientes	Porcentaje
Trabajo de parto	11.520	99.72%
Doblemente reactivas	33	0.28%
Total	11.487	100%

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor. Autor.

Para exponer el perfil socio-demográfico se recopilaron los siguientes datos:

Gráfico 1

Lugar de procedencia



Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor. Autor.

Tabla 2

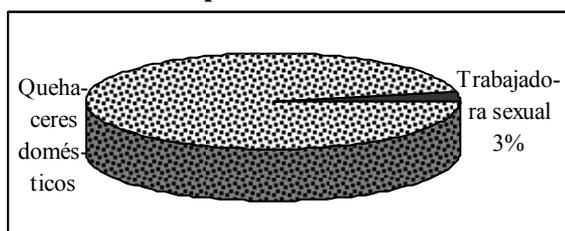
Edad de la madre

Edad	Pacientes	Porcentaje
< 20 años	12	37
21 - 25 años	7	21
26 - 30 años	5	15
> 31 años	9	27
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor. Autor.

Gráfico 2

Ocupación de la madre



Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor. Autor.

Tabla 3

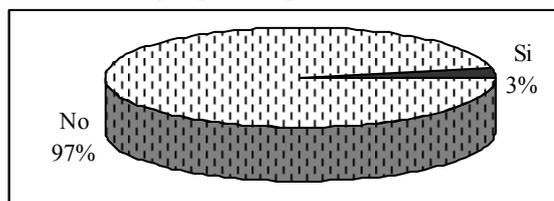
Escolaridad de la madre

Años de educación	Pacientes	Porcentaje
Primaria	14	42
Secundaria	15	46
Universidad	4	12
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Gráfico 3

Uso de drogas por vía parenteral de la madre



Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Tabla 4

Edad que inició actividad sexual la madre

Inicio de actividad sexual	Pacientes	Porcentaje
< 15 años	14	42
16 - 20 años	17	52
21 - 25 años	2	6
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Tabla 5

Número de parejas sexuales en el último año

Número de parejas sexuales	Pacientes	Porcentaje
1 Pareja	25	76
2-3 Parejas	7	21
> 4 Parejas	1	3
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Tabla 6

Otra enfermedad de transmisión sexual

Otras ETS	Pacientes	Porcentaje
Ninguna	26	79
Sífilis	3	9
Herpes virus	2	6
Papiloma humano	2	6
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Tabla 7

Primer control prenatal

Control prenatal	Pacientes	Porcentaje
Primer trimestre	22	67
Segundo trimestre	9	27
Tercer trimestre	2	6
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Con respecto al trimestre gestacional en que fue diagnosticada la infección con VIH encontramos lo siguiente:

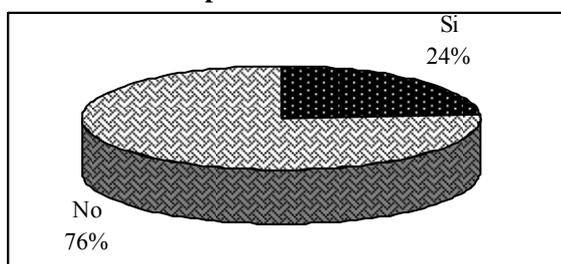
Tabla 8
Diagnóstico de VIH

Diagnóstico de VIH	Pacientes	Porcentajes
Primer trimestre	1	3
Segundo trimestre	7	21
Tercer trimestre	4	12
Parto	21	64
Total	33	100

Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

A continuación detallamos cuántas de esas pacientes si recibieron tratamiento prenatal.

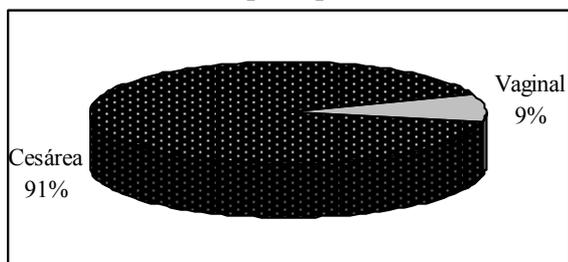
Gráfico 4
Tratamiento prenatal con antirretrovirales



Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

En lo que se refiere al tipo de parto.

Gráfico 5
Tipo de parto



Fuente: encuesta realizada en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil. Autor.

Discusión y conclusión

1. En el presente estudio podemos concluir que de 11.520 embarazadas tamizadas para VIH en el hospital-maternidad gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" el 0,28% dieron examen confirmatorio para VIH, lo que significó que por cada 10.000 mujeres embarazadas atendidas, aproximadamente 28 podrían ser mujeres embarazadas expuestas al VIH.

2. El perfil socio-demográfico de las mujeres gestantes HIV seropositivas nos demuestra la preocupante situación en que se encuentra nuestra juventud, ya que la mayoría de las pacientes del estudio son menores de 20 años; tienen menos años de escolaridad, proceden de áreas urbano-marginales, tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años; todo esto nos hace pensar que el estado no se está preocupando de la importancia de educar a la niñez y juventud sobre las principales enfermedades de transmisión sexual, su prevención y tratamiento principalmente a nivel de las escuelas, colegios, sectores urbano-marginales.

3. La principal vía de transmisión fue la sexual, además la mayoría de las pacientes no habían tenido otra enfermedad de transmisión sexual y durante el último año sólo habían tenido una sola pareja; esto nos indica que el sexo masculino fue el principal transmisor de esta enfermedad, quien por su masculinidad no se preocupa de los riesgos que generan al ser infiel a su pareja y el no cuidarse debidamente con métodos anticonceptivos, dejando a la mujer vulnerable para adquirir el VIH.

4. A pesar de que la mayoría de las pacientes tuvieron control prenatal desde el comienzo de su embarazo, no se preocuparon en realizarse los exámenes oportunamente; esto se debió principalmente a su falta de colaboración supuesta falta de tiempo o de recursos económicos, lo cual impidió a las pacientes tener conocimiento sobre la gravedad de esta enfermedad y los efectos sobre sus bebés.

5. Como protocolo para la prevención de transmisión vertical, el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" realiza cesárea a toda mujer con diagnóstico de VIH, motivo por el cual, la mayoría de las pacientes de este estudio fueron sometidas a cesárea, excepto aquellas que llegaron en período expulsivo. Dicho protocolo se debería implementar en todas las casas de salud para de esta manera evitar en lo posible la transmisión vertical.

Recomendaciones

- Educar, informar, promocionar sobre qué es, cómo se transmite, cómo se previene, cómo se trata el HIV/SIDA y su fácil acceso para la realización de las pruebas diagnósticas.
- Asistir a pacientes que estén viviendo con el VIH a acceder a servicios médicos, servicios prenatales en caso de estar embarazada; ofrecer orientación psicológica y social.
- Tratar de aplicar en todo el país la cesárea electiva, sistemática en todas las gestantes VIH (+), en la semana 37-38 de embarazo antes de que haya rotura de membranas y de que se inicie el trabajo de parto.
- En caso de que el parto tenga que ser por vía vaginal se aconseja hacer lavados del canal de parto con una sustancia antiséptica.
- Evitar técnicas invasivas o agresivas durante el control prenatal.
- Orientar a las madres sobre el riesgo de la lactancia materna, desde la primera toma, y sólo dar leches de fórmula.
- Los programas de prevención cubrirán las necesidades de poblaciones marginadas, a las que anteriores esfuerzos por promover conductas más seguras, no habían sido tomadas en cuenta.
- El tratamiento reduce la morbilidad y la mortalidad por lo que debería difundirse entre los más necesitados.
- Lograr que la comunidad en general e incluso la comunidad médica maneje esta información; seguramente se logrará una disminución sustantiva en la transmisión vertical del VIH-SIDA, porque incluso en grupos poblacionales con posibilidad económica, se deja de ofrecer las alternativas anteriormente identificadas, por desconocimiento de los profesionales de la salud y de los/las usuarios del sistema de salud.
- Aunque la prevención y detección temprana de VIH-SIDA en las mujeres embarazadas salvaría vidas y ahorraría dinero, el sistema de salud no reacciona aún ante esta realidad de la mujer y la niñez.

Si tan sólo se lograra que las mujeres que piensan embarazarse o están embarazadas fuesen motivadas por su gineco-obstetra para aplicarse la prueba de VIH-SIDA, seguramente se lograría una reducción significativa en la transmisión vertical del VIH-SIDA y en su incidencia, tal como lo han demostrado estudios en países desarrollados.

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics, Supplement to Pediatrics. Antiretroviral Therapy and Medical Management of Pediatric HIV Infection and 1997 USPH/IDSA Report on the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. Pediatrics 1998; 107: 1005-1085.
2. Brocklehurst P, et al. Intervenciones para la reducción del riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH. Rev. La Biblioteca Cochrane Plus; 3:433-47, 2006.
3. Bryson Y, Luzuriaga K, Sullivan J, Wara D. Proposed definitions for in utero versus intrapartum transmission of HIV-1. N Engl J Med; 327: 1246-7. 1993.
4. Edgar Carrasco Terán, Orlando Montoya Herrera Informe Comparado sobre la Situación del VIH/SIDA y los Derechos Humanos en la Comunidad Andina de Naciones. Rev aportes andinos 2004 14:19-24
5. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H. VIH y sida. Rev, Panamericana washington v.8 n.6. 2000.
6. Hesketh T et al. (2006). HIV and the world. Sexually Transmitted Infections, 82(1):11.
7. Hidalgo LA, Ortiz M. Transmisión Vertical VIH/SIDA en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Rev. Ginecol Obstet; 10:15-17. 2006.
8. Jiang J et al. (2006). High prevalence of sexually transmitted. Sexually Transmitted Diseases, 33(2): 118-2.

9. Mena L. Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS. Rev. Guías para la atención a personas viviendo con VIH; 20:84-85. 2006.
10. Mena I. programa Nacional de Prevención y control del VIH/SIDA-ITS. rev. Consejo nacional de salud 10:14-3. 2006.
11. Mofenson L, Lambert J, Stiehm E, et al. Risk Factors for Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. N Engl J Med; 341:385-393. 2004.
12. Ortiz M, Vargas Z, Yoonce R. Transmisión Vertical VIH/SIDA en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Rev. Ginecol Obstet; 10:15-17. 2006.
13. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Organización Mundial de la Salud (OMS). La Epidemia de SIDA 2006. <http://www.unaids.org>.
14. Riono P y Jazant S (2001). The current situation of the HIV/AIDS epidemic. AIDS Education and Prevention, 16 (Supplement A):78-90
15. Shetty A K, Maldonado Y. Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV-1: An International Perspective. Neo Rew; 2(4):75-82. 2001.
16. Shetty A K, Maldonado Y. Prevention of Perinatal HIV-1. Transmission in the United States. Neo Rew; 2(4): 83-93. 2001.
17. Shetty A K, Maldonado Y: Changing Epidemiology of Perinatal HVI-1 Infection. Neo Rew; 2(4): 94-99. 2001.
18. Sierra A, Tolosa M, Lopez-Vilchez M, Torna E, Herrero S. Transmisión vertical del VIH situación actual. Acta Pediatr Esp; 58:644-55. 2000.
19. Silvia Barragán M, Jacques Laufer Z. Report of the global AIDS epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition. ONUSIDA, Ginebra 2006.
20. Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence. Morbidity and Mortality Weekly Report, 55(31):844-848.
21. Zamani S, Kihara M et al. (2006). High prevalence of HIV infection. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 42(3):342-346.

Md. Alba María Caviedes Merchán
Teléfonos: 593-04-2271295; 094536973
Correo electrónico: albita_caviedes@hotmail.com
Fecha de presentación: 25 de junio de 2008
Fecha de publicación: 30 de abril de 2009
Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Fátima Lucero.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL