

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria
Promoción 2012-2016

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN
VERTICAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA, DICIEMBRE - MAYO 2018.



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

DRA. INDY A. NUÑEZ F.

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Asesora:

DRA. CLARIDANIA RODRÍGUEZ
DR. JOSÉ GUILLERMO BELTRÉ MARTE

Distrito Nacional: 2018

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN
VERTICAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA, DICIEMBRE - MAYO
2018.**

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| I.- INTRODUCCIÓN | 9 |
| I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| 1.3. OBJETIVOS | 15 |
| 1.3.1. General..... | 15 |
| 1.3.2. Específicos..... | 15 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 17 |
| II.1. - Embarazo..... | 17 |
| II.1.1.- Definición según Federación Internacional de Ginecología Obstetricia (FIGO)..... | 17 |
| II.2.- Manifestaciones del embarazo..... | 18 |
| II.3.- Diagnóstico de embarazo..... | 19 |
| II.1.2 Aspectos generales del VIH/SIDA | 20 |
| II.2. Definición..... | 21 |
| II.3. Epidemiología | 24 |
| II.4. Agente etiológico..... | 25 |
| II.5. Ciclo viral..... | 26 |
| II.6. Vía de Transmisión..... | 26 |
| II.7. El VIH frente al sistema inmunológico..... | 36 |
| II.8. Tratamiento | 37 |
| II.9. Enfermedades oportunistas más comunes en el VIH/SIDA. | 40 |
| II.9.1. Infecciones respiratorias..... | 41 |
| II.9.2. Tuberculosis | 41 |
| II.9.3. Neumonía Pneumocystis Carinii (PCP) | 43 |
| II.9.4. Otras manifestaciones clínicas en VIH/SIDA:..... | 43 |
| II.1.1 Historia del Hospital Maternal San Lorenzo de Los Mina | 46 |
| III.1 VARIABLES..... | 50 |
| III.1.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 51 |
| III.3 DISEÑO METODOLÓGICO | 53 |
| III.3.1.- Tipo de estudio: | 53 |
| III.3.2.- Escenario de la investigación..... | 53 |
| III.2.3. Tiempo de Realización | 54 |

| | |
|---|-----------|
| III.2.4. Población | 54 |
| III.2.6. Muestra | 54 |
| III.2.7. Criterio de inclusión..... | 54 |
| III.2.8. Criterio de exclusión..... | 54 |
| II.8. Procedimiento..... | 54 |
| II.9. Método y Técnica..... | 54 |
| II.9. Aspectos Éticos..... | 55 |
| CAPÍTULO IV.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS | 56 |
| IV.2.- DISCUSIÓN..... | 69 |
| IV.3.- CONCLUSIONES | 71 |
| IV.4.- RECOMENDACIONES..... | 72 |
| REFERENCIAS..... | 73 |
| ANEXOS | 76 |

AGRADECIMIENTO:

A DIOS: Sin el nada en la vida es posible, gracias por darme la oportunidad de crecer como persona y de darme esta carrera tan bonita y que amo tanto.

Yolanda Fajardo: usted es el motor que me impulsa a continuar, cuando estoy cansada, me acuerdo de ti y eso me ayuda a seguir hacia adelante, veo en usted la mujer más luchadora que he conocido, mami te amo.

Porfirio Núñez: padre querido desde el cielo sé que celebra cada logro alcanzado, usted siempre fue mi ejemplo a seguir por ser una persona que le gustaba la lectura y el aprendizaje, papi te amo.

Felicia Fajardo. Mi abuela querida, usted siempre estuvo ahí para mí, estos no podía ser posible sin sus consejos y enseñanza, mama la amo.

Pedro Martínez: Mi abuelo querido desde el cielo usted me guía cada momento de mi vida, el mejor padre que pude tener, gracias mil gracias querido papa.

Nicolle Samboy: Mi Reyna, todo lo que hago en mi vida es para darte un buen ejemplo a ti, mi hija tú eres más de lo que soñé tener, eres mi mundo, mi amor.

Osmarlin Brito: Mi príncipe le doy gracias a Dios por tenerte como hijo, tu ternura y apego hacia mí, me impulsa a ser cada día mejor persona para ti. Te adoro.

Eithan Brito: Mi príncipe mas pequeño, nunca cambie, eres súper inteligente, todos lo que pueda lograr es para ustedes, eres mi vida completa te amo mi chiquito.

Yenny Núñez, Johanna Nuñez, Esthephani Fajardo: mis hermanas, gracias, Por siempre estar ahí, cuando más la necesito, ustedes son parte de mis logros sin ustedes era imposible.

Mis sobrinos: Ariel, Oliver, Kaira, Marcel, Lanyaris, Pauly, Paulina y Jesús, espero que sigan mi ejemplo de estudiar y que sean alguien importante en esta sociedad, los amo a todos.

Todos mis tíos y primos, gracias por ser parte de mi gran familia, estoy súper orgullosa de todos ustedes.

Mis compañero de residencia, ustedes formaron parte de este largo recorrido, sin ustedes sería imposible, mis hermano.

RESUMEN

Con el propósito de describir la evaluar el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, diciembre - mayo 2018. Se realizó un estudio descriptivo, con recolección retrospectiva de los datos transversal, en donde se tomó una muestra de 54 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, encontrándose los siguientes resultados: El rango de edad de la madre más frecuente fue de 20-24 años el 55.6 por ciento. El estado civil de la madre fue soltera con el 63.0 por ciento. La zona urbana es la más frecuente con el 59.3 por ciento. La nacionalidad de la mayoría de las entrevistadas es dominicana con el 64.8 por ciento. La cantidad de parejas sexuales de 1-2 parejas con el 53.7 por ciento. La ocupación más frecuente fue amas de casa con el el 70.4 por ciento. La edad gestacional al momento de la entrevista fueron del 1er. trimestre con el 42.6 por ciento. La escolaridad más frecuente fue primaria en el 50.0 por ciento. El 92.6 por ciento de los casos fueron nuevos. En el 92.6 por ciento los casos NO fueron antes de la 34va. semana. La totalidad de las personas en el programa se tuvieron acceso al TARV. El TARV más utilizada la compuesta por Tendvovil / Lamivudina 300 mg, con el 57.4 por ciento. La cesárea fue la vía más frecuente con el 96.3 por ciento.

Palabras clave: VIH, SIDA, Transmisión vertical, TARV, prorgama prevención.

ABSTRACT

With the purpose of describing the evaluation of the Program for the Reduction of Vertical Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in the Maternal and Child Hospital San Lorenzo de Los Mina, December - May 2018. A descriptive study was carried out, with a retrospective collection of the transversal data, where a sample of 54 women who met the inclusion criteria was taken, finding the following results: The most frequent age range of the mother was 20-24 years, 55.6%. The civil status of the mother was single with 63.0 percent. The urban area is the most frequent with 59.3 percent. The nationality of most of the interviewees is Dominican with 64.8 percent. The number of sexual partners of 1-2 couples with 53.7 percent. The most frequent occupation was housewives with 70.4 percent. The gestational age at the time of the interview was from the 1st. quarter with 42.6 percent. The most frequent schooling was primary in 50.0 percent. 92.6 percent of the cases were new. In 92.6 percent the cases were NOT before the 34th. week. All of the people in the program had access to ART. The most used ART was composed of Tenvovil / Lamivudine 300 mg, with 57.4 percent. Caesarean section was the most frequent route with 96.3 percent.

Key words: HIV, AIDS, Vertical transmission, ART, prorgama prevention.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
OBJETIVOS

I.- INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha convertido en la enfermedad infecciosa más importante, por la gran morbilidad que causa y por ser responsable del sida, enfermedad que ocasiona la muerte de tres a cuatro millones de personas cada año.

El semen y la sangre son los principales vehículos de transmisión. La vía rectal es la manera más fácil de que el virus entre al organismo debido a que la mucosa intestinal es rica en células dendríticas (CDs), las cuales capturan el virus y lo llevan a los ganglios linfáticos.

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer va teniendo cambios en los cuáles si la mujeres están infectadas no pueden darse cuenta debido a que podrían asociar los síntomas del VIH con el embarazo.

Los hijos de madre con sida constituyen otro grupo numéricamente creciente de pacientes, en ellos la infección ocurre a través de la placenta o durante el parto. Hasta un 40% de los bebés alimentados al pecho por madres positivas se infectan.¹

I.1.1.- Antecedentes

Nacionales

En una investigación realizada por las Naciones Unidas en la Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH en los bateyes estatales de República Dominicana, en el 2007, se encontró que la edad más frecuente de mujeres con sida es de 23-24 años, son mujeres divorciadas o separadas, que han estado embarazadas, y que su grado educativo es de analfabetismo, quienes tuvieron su primera relación sexual hace más de 10 años, y que no utilizaron condón, y han tenido relaciones sexuales pero no de alto riesgo.²

En el 2012, se realizó un estudio para determinar la implementación de antirretrovirales a embarazadas el programa fue de 46 mujeres. Se encontraron los siguientes hallazgos: La terapia antirretrovirales (TARV) fue aplicado el 84.8

¹ Rojas, W..et..al. Inmunología de rojas. 15va. Edic. Corporación de Investigaciones Biológicas, Bogotá, Colombia, 2010. Pág. 321-323.

² Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana. 2007. Macro International, Inc. Calverton, Marylan, E.E.U.U., Junio 2007. Pág. 141.

por ciento (39 embarazadas); el 15,2 por ciento (7 embarazadas) ya tomaba TARV antes del embarazo. De los 47 bebés que nacieron en el programa en 2012 (había un gemelar), un 93,6% (44 niños) tuvieron resultados negativos de VIH. De los tres niños que salieron VIH positivos, dos de sus madres se diagnosticaron en labor de parto. La tercera se diagnosticó con VIH en el 2008, pero no se inscribió en el programa. En esta investigación se muestra un aumento de casos de bebés VIH positivo de 2% a un 6,4%. Las mujeres en el programa que cumplieron con el protocolo completo de reducción de transmisión vertical, no nació ningún bebé con VIH.³

Internacionales

En una investigación llevada a cabo por Sánchez, Mora, y Sanabria, en Pinar del Río, Argentina con el objetivo de caracterizar el estado de salud de los niños/as hijos de madres VIH/ Sida en el Hospital Provincial "Bonifacio Ondo Edú", de Evinayong en el 2016. El estudio aplicado fue, longitudinal y descriptivo, a 43 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple con el antecedente de madres seropositivas, en el año 2016, en el Hospital Provincial "Bonifacio Ondo Edú", de Evinayong, Centro Sur, Guinea Ecuatorial. Se emplearon métodos empíricos para la obtención de datos, almacenados en una hoja de cálculo creada en EXCEL 15.0 de OFFICE. Se observó una mayor prevalencia de niños nacidos a término, con buen peso al nacer y por vía vaginal, encontrándose que el total de los que no cumplieron con el protocolo de seguimiento establecido pasaron a la condición actual de enfermos. Se concluyó que la atención integral a los niños expuestos hijos de madres con VIH/Sida del distrito de Evinayong, resultó ser válida al garantizar en los mismos una baja tasa de transmisión vertical, lo que nos permitió confeccionar una propuesta de guía integral de trabajo que define acciones diagnósticas, terapéuticas y promocionales.⁴

³ Clínica de Familia La Romana. Reporte Anual 2012. Pág. 4. Disponible en: http://www.clinicadefamilia.org.do/wordpress/wp-content/uploads/2012/07/Reporte-Anual-2012_Clinica-de-Familia-La-Romana1.pdf

⁴ Sánchez Cabrera Yatson Jesús, Mora Linares Onidia, Sanabria Negrín José Guillermo. Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Jun 03]; 21(3): 115-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000300016&lng=es.

Barbosa, Guimaraes, Salge y Fávoro, en 2015, en Brasil, llevaron a cabo otro estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas VIH positivas, en lo que se refiere a las medidas profilácticas del riesgo de transmisión vertical del VIH. Estudio transversal con la participación de 25 profesionales de la salud. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y junio de 2012 en una maternidad pública en Goiás, Brasil. De los profesionales encuestados el 76% tenían un conocimiento inadecuado sobre la prueba del VIH en mujeres embarazadas, el 80% desconocía a qué edad gestacional se realiza la cesárea electiva cuando la carga viral es mayor de 1000 copias / ml, el 66% no sabe cuál es la dosis recomendada de ataque AZT y el tiempo transcurrido antes de la entrega, el 84% no sabe cuál es el método adecuado para la inhibición de la lactancia. Se concluye que es necesaria la implementación de estrategias dirigidas a la formación de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas VIH-positivas en su lugar de trabajo.⁵

I.1.2. Justificación

La República Dominicana ha enfrentado el reto que representa para la salud y el desarrollo del país disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH, dadas las elevadas tasas de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que van desde valores menores del 1.0% en algunas provincias hasta más del 6.0% en varias provincias.

Mediante esta evaluación se observa dicho programa en el contexto de los beneficios obtenidos y valorar si ha sido efectivo y contiene elementos necesarios para hacer replanteamientos estratégicos y de cambios de paradigmas dirigidos a modificar el escenario actual donde están las causas más profundas de los problemas que limitan aspectos fundamentales de salud pública.

⁵ Barbosa Bruna Lúcia Ferreira Almeida, Guimarães Janaína Valadares, Salge Ana Karina Marques, Fávoro Ludmila Camilo. The knowledge of health professionals in prophylaxis of HIV vertical transmission in a Brazilian public maternity. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul [citado 2018 Jun 03]; 14(39): 1-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300001&lng=es.

Nuestro estudio tiene como objetivo evaluar los aportes hechos por el programa a todas las embarazadas y no embarazadas que viven con el VIH, ya que una vez que se diagnostica su enfermedad se les recomienda no tener hijos, debido a su condiciones de salud; no obstante muchas de ellas corren el riesgo y traen al mundo un bebe el cual no goza de buena salud o que en cualquier momento puede quedar huérfano.

Se eligió el Hospital San Lorenzo de Los Mina debido a que el mismo está en una zona metropolitana muy concurrida, y además cuenta con un programa auspiciado por las Naciones Unidas para evitar la transmisión vertical del VIH.

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La transmisión de la infección por VIH de la madre al bebé constituye un problema mundial, especialmente para los países en desarrollo. En la ausencia de cualquier intervención, el riesgo de infección de los niños expuestos puede ser tan alto como 25% para el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) tipo 1 y 4% para el tipo virus de inmunodeficiencia humana tipo 2.⁶ La prevención de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana de la madre al niño se basa en cuatro pilares: la prevención primaria de la infección por VIH entre las mujeres en edad reproductiva, la prevención de los embarazos no planificados entre las mujeres infectadas por el VIH, la prevención de la transmisión del VIH durante el embarazo y / o lactancia; tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH y su familias.⁷ La aplicación ineficaz de este enfoque holístico puede tener graves consecuencias para la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana al niño. La participación de las mujeres embarazadas en este proceso y la accesibilidad a la información son por lo tanto obligatorios.

Se entiende de suma importancia investigar la frecuencia de embarazadas con el Virus de inmunodeficiencia Humana, para la salud de la población en general, ya que determinar el perfil socio-demográfico de estas pacientes es crucial para focalizar directamente la ayuda en las pacientes que sufren de esta enfermedad.⁸

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la República Dominicana en el 2008, el número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión de la transmisión materno-infantil al final de cada año se redondean. Las estimaciones de cobertura se basan en los números no redondeados de infectados por el VIH mujeres embarazadas que reciben terapia antirretroviral y la demanda estimada para el tratamiento antirretroviral no redondeada (con base en ONUSIDA / OMS sobre metodología). Rangos alrededor de los niveles de cobertura se basan en los rangos de incertidumbre en todo de las estimaciones de

⁶ Mandelbrot L, Tubiana R, Matheron S. Pregnancy and HIV infection. In: Girard M-P, Katlama, Pialoux G, Eds. HIV. RueilMalmaison: Doin 2004; pp. 441-57

⁷ Ndikom CM, Onibokun A. Knowledge and behavior of nurses/midwives in the prevention of vertical transmission of HIV in Owerri, Imo state, Nigeria: a cross-sectional study. BMC Nursing 2007; 6: 9.

⁸ Diccionario de medicina, Océano Mosby. Edición en Lengua Española Barcelona, España.

necesidad. Las estimaciones puntuales e intervalos se dan en los países con una epidemia generalizada, mientras que los rangos son solamente dados que los países con una epidemia concentrada. En general, la incertidumbre en las estimaciones de la necesidad de prevenir de madre a hijo en los países con una epidemia concentrada no permite la liberación de las estimaciones puntuales.⁹

En la República Dominicana, en vista de que es un país en desarrollo y que en sus hospitales el virus de Inmunodeficiencia humana se ha convertido en una enfermedad notoria.¹⁰

Por las razones ya expuestas es que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la efectividad del programa de reducción de transmisión en embarazadas que asistieron al Hospital Maternidad San Lorenzo de Los Mina, República Dominicana, Diciembre 2017 - Mayo 2018?

⁹ OMS, ONUSIDA y UNICEF. Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH / SIDA en la salud sector. Informe sobre la marcha, junio de 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. (2) ONUSIDA, UNICEF y la OMS. Niños y el SIDA: segundo inventario de la situación, de Nueva York, UNICEF, 2008. (3) la OMS / ONUSIDA de base de datos Global

¹⁰ Montagnie, Luc. Instituto Pasteur reportaron el aislamiento de un nuevo tipo de retrovirus a partir de un ganglio linfático extirpado a un paciente con SIDA. Investigadores Franceses y DR. Robert el Gallo, proporcionaron muestras de retrovirus para la investigación del VIH/SIDA. Disponible en: pdf. Googlecom<http://www.pdf>.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

- Describir la evaluar el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, diciembre - mayo 2018.

1.3.2. Especificos

- Indagar la edad de las mujeres embarazadas.
- Conocer el estado civil de las mujeres embarazadas con virus de inmunodeficiencia humana.
- Indicar la procedencia de las pacientes.
- Comprobar la nacionalidad y/o procedencia.
- Especificar la preferencia sexual que tienen las embarazadas.
- Describir la ocupación o las actividades a las que se dedican las mujeres embarazadas con virus de inmunodeficiencia humana.
- Precisar la edad gestacional en que se realizó el diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humano.
- Determinar la eficiencia del programa de transmisión vertical.
- Describir el nivel de escolaridad de las embarazadas.
- Identificar el número de embarazadas diagnosticadas con VIH que ingresaron al programa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

II.1.- Embarazo

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los días desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

II.1.1.- Definición según Federación Internacional de Ginecología Obstetricia (FIGO).

El Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino

e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.^{11,12}

II.2.- Manifestaciones del embarazo

a) **Manifestaciones de presunción:** Los siguientes síntomas y signos son debidos habitualmente al embarazo, pero aun la presencia de dos o mas de ellos no permite establecer el diagnostico. Un registro o historia de la fecha y frecuencia del coito puede ser de gran utilidad.

b) **Síntomas:** Amenorrea, nauseas y vómitos (primer trimestre), dolor a la palpación y piquetes en las mamas (después de 1-2 semanas), poliuria y urgencia (primer trimestre), "movimientos" (pueden aparecer alrededor de la 16va semana), y aumento de peso.

c) **Signos:** Hiperpigmentación de la piel (después de la 16va semana), émulis (después del primer trimestre) cambios en las mamas (crecimiento, ingurgitación vascular, calostro), crecimiento del abdomen, cianosis de la vagina y del hocico de tenca (aproximadamente en la 6ta semana), reblandecimiento del cérvix.

d) **Manifestaciones probables (después de la 28va semana):** Crecimiento del útero, soplo uterino (ruido), contracciones uterinas.

e) **Manifestaciones positivas:** Cualquiera de las siguientes manifestaciones, aunque ninguna de ellas se presente sino hasta el 4to mes, es una prueba médica

¹¹ Rigol R. Orlando y otros, Obstetricia y Ginecología, Editorial Ciencias Médicas, La Habana (cuba), 2004, 159-162 págs.

¹² F. Gary Cunningham, Paul C. Macdonald, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III. Williams obstetricia, 4ta. Edición, editorial Masson, S.A., Barcelona (España), 1996, 107-131pag.

o legal irrefutable de embarazo: auscultación de latidos fetales, palpación de los contornos del feto, observación de movimientos fetales por el médico, demostración radiográfica del esqueleto del feto. (La exposición radiográfica debe mantenerse al mínimo).¹³

II.3.- Diagnóstico de embarazo

Aproximadamente en una tercera parte de los casos es difícil hacer el diagnóstico definitivo de embarazo, antes de la ausencia del segundo periodo menstrual, debido a lo variables que son los cambios físicos producidos por el mismo embarazo, la posibilidad de la existencia de tumores y la obesidad y falta de relajación abdominal de la paciente que frecuentemente interfieren en la exploración durante esta fase. Hasta médicos con experiencia hacen diagnósticos “falsos positivos” y “falsos negativos” de embarazo. Las consecuencias potencialmente graves desde el punto de vista emocional y legal de un diagnóstico incorrecto de embarazo, deben hacer cauto al médico, y si existe alguna duda, debe repetir el examen 3 a 4 semanas después. Si la paciente desea una confirmación temprana, debe indicarse una prueba para el embarazo.

La prueba temprana del embarazo (PTE) se halla disponible sin prescripción en las farmacias de Estados Unidos de America E.U.A. Las mujeres pueden emplear esta prueba antiGCH, para el embarazo en el hogar, sin la ayuda del médico. Los fabricantes (Axel Pharmed y Warner/Chilcott) afirman que tiene una tasa de precisión de 97 por ciento, pero los ensayos extensos no han proporcionado informes aun.

Una mujer debe esperar cuando menos 9 días después de su último periodo menstrual antes de usar esta prueba. Añade 3 gotas de la primera micción de la mañana al líquido hormonal de la prueba. Se agita el tubo de ensayo durante 10 segundos y se deja reposar durante 2 horas. Si se forma un anillo color pardo en el fondo del tubo, como puede observarse en el espejo que la prueba proporciona, se considera que la prueba es positiva para el embarazo. Si la Gonadotropina

¹³ Marcus a. Krupp, Miltonj Catón, diagnóstico y tratamiento, editorial el manual moderno SA, México DF, 1984. páginas 558.

Coriónica Humana no detecta, se forma un anillo de precipitado color amarillo-rojo.⁽⁴⁾¹⁴

II.1.2 Aspectos generales del VIH/SIDA

No se sabe aún cómo llegó el VIH a los seres humanos. Hasta ahora lo que se tiene son sólo hipótesis y la cuestión sobre el origen del virus permanece abierta. Entre las principales teorías, algunos sostienen que se habría originado en el África central, donde se supone, se produjo la primera infección de un ser humano por su forma HIV-1. Desde allí se habría propagado al Caribe y, luego, a los Estados Unidos y a Europa.¹⁵

La hipótesis preferida, sin embargo, es la de “la transferencia natural”, cuya teoría es que los chimpancés de África fueron los portadores del VIH. El virus se transfirió de esta especie al hombre a través de la manipulación de los mismos y luego se propagó entre el resto de la población mundial. Según el estudio de la genetista americana Bette Korber, tal accidente pudo ocurrir en 1930.¹⁶

La primera vez que fue detectado el SIDA fue en el 1981 en los Estados Unidos cuando se reportó la aparición de una inexplicada neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (*P. Carinii*) en cinco hombres homosexuales previamente sanos en los Ángeles. También la aparición de un raro tumor, sarcomas de Kaposi con o sin neumonía por *P. jirovecii* en 26 varones homosexuales previamente sanos.¹⁷ Diversos cánceres e infecciones oportunistas se consideraron indicadores específicos de la inmunodeficiencia y se los incorporó en el 1982 en la definición inicial de caso de SIDA.¹⁸

El virus de la inmunodeficiencia humana, por primera vez se aisló en el año 1983 de un paciente que tenía adenopatías linfáticas. Y en el año 1984 se descubrió que se trataba del agente que causaba el SIDA.¹⁹

1. ¹⁴ Rigol R. Orlando y otros, *Obstetricia y Ginecología*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana (cuba), 2004, 159-162 págs.

^{15,18} Roger V. Revilla Y. *Los virus y el SIDA*. 2010

¹⁷ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. *Principios de Medicina Interna*. 2009

¹⁸ Cecchini E, González S. *Infectología y enfermedades infecciosas. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. 2008.

¹⁹ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. *Principios de Medicina Interna*. 2009

Las pruebas serológicas para detectar la infección por VIH ya se encontraban disponibles para el 1985, las cuales permitieron estimar la prevalencia de la infección en la población y la evolución de esta.²⁰

II.2. Definición

En el 1987 la definición se extendió para envolver más enfermedades, y para admitir ciertas enfermedades indicadoras como diagnóstico presuntivo, si se mostraban signos de infección por VIH en las pruebas de laboratorio. Ya para el 1993 se analizó la definición de “caso de SIDA” para la vigilancia, y así se abarcará más enfermedades indicadoras. Desde ese entonces se señala como caso de SIDA a todas las personas infectadas por el VIH con cifras de linfocitos CD4+ menor de 200/mm³, o los linfocitos T CD4+ en un porcentaje menor que (14%) del total de linfocitos, aparte de su estado clínico. Esta definición aun se sigue utilizando en muchos países para uso clínico, pero en ciertos países en vía de desarrollo generalmente no se aplica, ya que no poseen los suficientes recursos para la cuentas de linfocitos CD4.²¹

La definición de SIDA es bastante amplia y compleja, y se estableció con fines de vigilancia y no para el cuidado práctico de estos pacientes. El médico pues no debe centrarse en si el paciente satisface la definición o no de SIDA, sino en distinguir la enfermedad por VIH como si fuera un todo, que va desde la misma infección, a la etapa asintomática con o sin síndrome agudo, y a la enfermedad más avanzada.²²

La clasificación actual de la infección por el VIH es la manifestada por los Centers for Disease Control (CDC) en 1993. Es un sistema por el que los infectados se catalogan en función de su sintomatología y por su recuento de linfocitos CD4+.²³

²⁰ Cecchini E, González S. Infectología y enfermedades infecciosas. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2008.

²¹ Heymann D. El control de las enfermedades transmisibles. 2005.

²² Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. Principios de Medicina Interna. Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. 2009.

²³ Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición del SIDA para adultos (CDC 1993)

| Categorías según la C cifra de linfocitos CD4+ | Categorías clínicas | |
|---|---------------------|----|
| | A | B |
| ≥500/μL (≥29 %) C1 | A1 | B1 |
| 200-499/μL (14-28 %) C2 | A2 | B2 |
| <199/μL (<14 %) C3 | A3 | B3 |

Fuente: Centro para el Control y Prevención de enfermedades (CDC)

La categoría clínica A se refiere a los sujetos asintomáticos y primoinfección, con o sin linfadenopatía persistente y generalizada. La categoría clínica B abarca a los pacientes que muestran síntomas por enfermedades no concernientes a la categoría C, y relacionadas con el VIH las cuales son: ²⁴

- Angiomatosis bacilar.
- Muguet (candidiasis oral).
- Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento.
- Displasia de cérvix (moderada o grave) o carcinoma de cérvix in situ.
- Fiebre (≥38,5°C) o diarrea de más de 1 mes.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Herpes zóster (dos episodios o uno que afecte más de un dermatoma).
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Listeriosis.

²⁴ Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

- Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico.
- Neuropatía periférica.

También cuando el manejo y tratamiento suelen verse complicados generalmente por la presencia de estas últimas mencionadas.

En la categoría clínica C se engloban los pacientes que exhiben o han mostrado alguna de las complicaciones incluidas en la definición de SIDA de 1987 y otras que se añadieron con posterioridad y que también fueron aceptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa estas son:²⁵

- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
- Candidiasis esofágica.
- Carcinoma invasor de cérvix.
- Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Infección por citomegalovirus, de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de edad superior a 1 mes.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes.
- Encefalopatía por VIH.
- Retinitis por citomegalovirus.
- Infección por virus del herpes simple que curse una úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución, o bien con bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de 1 mes de edad.
- Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Isosporidiasis crónica (>1 mes).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt o equivalente.
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.

²⁵ Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

- Linfoma cerebral primario.
- Infección por *Mycobacterium avium-intracellulare* o *Mycobacterium kansasii* diseminada o extrapulmonar.
- Tuberculosis pulmonar.
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
- Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Neumonía bacteriana recurrente.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* diferentes de *Salmonella typhi*.
- Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de 1 mes de edad.
- Wasting syndrome (síndrome de consunción).

II.3. Epidemiología

La epidemia tiene una prevalencia global de (1.2 %) pero esta tiene diferentes características para diferentes regiones del mundo, básicamente influenciadas por factores culturales, religiosos, económicos y políticos.²⁶

Aproximadamente, 34 millones de personas [31,6 millones-35,2 millones] estaban infectados por el VIH en todo el mundo a finales del año 2010, un 17% más que en el 2001. La cual representa que la infección continúa en aumento y que actualmente hay una gran cantidad de personas con acceso al tratamiento antirretroviral la cual ha ayudado de manera significativa a reducir las muertes relacionada con el VIH/SIDA.²⁷

Las causas de muertes relacionadas con el VIH/SIDA disminuyeron a 1,8 millones en el 2010, con relación a los 2,2 millones obtenidos a mediados del 2000, la cual fue un gran logro gracias a la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral que se introdujo en países de bajos ingresos.²⁸

²⁶ Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Enfermedades infecciosa. 2003.

^{27, 30} ONUSIDA. Informe de ONUSISA para el día mundial del SIDA. 2011

La incidencia de la infección por VIH para el año 2010 fue de 2,7 millones [2,4 millones-2,9 millones] que incluye aproximadamente 390.000 [340.000-450.000] niños, la cual representó un 15% menos que en el 2001, y un 21% por debajo de la cifras obtenidas de nuevas infecciones en el 1997 (nivel máximo de la epidemia).²⁹

La infección por el VIH esta en descenso. La incidencia de la infección del VIH ha bajado en aproximadamente 33 países, de los cuales 22 corresponden a África subsahariana, la más afectada por la epidemia (59% de todos los infectado en el mundo por VIH en el mundo). El Caribe es la segunda región con la prevalencia más alta del VIH luego de África subsahariana, como se ha dicho anteriormente la epidemia en esta región se ha desacelerado desde los años noventa. En la Jamaica y la República Dominicana la incidencia se redujo a un (25%), en Haití se ha reducido un (12%) aproximadamente. La principal forma de trasmisión en el Caribe son las relaciones sexuales.³⁰

II.4. Agente etiológico

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es miembro de la familia *Retroviridae*, actualmente agrupado dentro del género *lentivirus* al cual pertenecen diversos retrovirus animales como el virus de la inmunodeficiencia simiana y felina (VIS y VIF) y el de la anemia infecciosa equina (EIAV)³¹. Como sabemos los retrovirus producen una infección persistente y lenta, la que causa la enfermedad después de un período largo de replicación.³²

Unas de sus principales características es posee una enzima (transcriptasa reversa TR) que transcribe el ARN viral monocatenario en ADN bicatenario.³³ El virus posee forma esférica con un diámetro aproximadamente de 100nm. Está compuesto por un área central o nucleocápside compuesto por dos cadenas lineales de ácido ribonucleico y las enzimas asociadas, proteasas, integrasas y

^{31,32} ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA. 2011

^{31,35} Cecchini E, González S. Infectología y enfermedades infecciosas. 2008

^{32,36} Vélez H, Rojas W, Borrero J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones transmisión sexual. 2005

transcriptasa reversa necesarias para la primera fase o fase temprana de la replicación.³⁴

Existen dos tipos del virus de la inmunodeficiencia humana, el VIH-1 y el VIH-2. Si bien ambos se asocian al SIDA, el VIH-1 se encuentra ampliamente difundido en todo el mundo mientras que el VIH-2 se presenta como endémico en la región de África occidental, al sur del Sahara y esporádicamente en el resto del mundo.³⁵

II.5. Ciclo viral

Este virus entra por la sangre o fluidos sexuales al cuerpo humano. Y entra a la célula a través de la unión de su glicoproteína 160, con el receptor CD4 que está presente en muchas células del organismo. Se sabe que en la actualidad existen otros receptores que poseen la células que permiten la entrada de este virus, encontrando los linfocitos (T helper) entran que entran en ellos, donde se libera ARN y la enzima transcriptasa inversa, para el ensamblaje del VIH. Esta enzima retro transcribe el ARN en ADN, de ahí el nombre retrovirus, en lugar de la típica transcripción ADN a ARN, esta permite la retro transcripción ARN a ADN. Este ADN está integrado a los cromosomas, la cual se queda por un tiempo largo, y por ello se les llama lentivirus, y así sucesivamente se multiplican los viriones, hasta que muere la célula liberándolos.³⁶

II.6. Vía de Transmisión

Las diferentes formas de transmisión son: vía sanguínea, sexual y perinatal. El contacto sexual de persona a persona ya sea heterosexual o no es transmitido este virus si no se está debidamente protegido; por contacto de piel erosionada y mucosa con líquidos corporales, como son la sangre, el semen; también por el uso de jeringas y agujas con sangre contaminada, y se suma a esto si el individuo comparte drogas intravenosas; trasplante de órganos y transfusiones sanguíneas. También puede transmitirse materno infantil o vertical. Los niños nacidos de madre VIH positivo se infectan en el proceso de parto entre (15 % y 30%) de los casos. Las mujeres VIH positivo pueden infectar a sus hijos por la leche materna,

³⁵ Cecchini E, González S. Infectología y enfermedades infecciosas. 2008

³⁶ Roger V. Revilla Y. Los virus y el SIDA. 2010

la cual constituye hasta la mitad de los casos materno-infantil de transmisión del VIH. Administrar a las embarazadas antirretrovíricos disminuye el riesgo de transmisión materno-infantil.³⁷

Los riesgos laborales que pueden ocurrir en los trabajadores en el ámbito de la salud son otras formas de contagio. A estos se les denominan accidentes de riesgos laborales cuando hay una contaminación con sangre de forma accidental o también secreciones corporales, ya sea a través de punción en la piel o por acercamiento de estas a laceraciones en la mucosa. El riesgo de que un objeto corto punzante con sangre contaminada pueda infectar es menor del 0.4 por ciento, así que se acepta que las medidas de bioseguridad en estos casos garantizan al trabajador de salud una buena protección.³⁸

Casualmente se ha manifestado el virus en las lágrimas, la orina, la saliva, y las secreciones bronquiales, no se ha advertido que estas secreciones corporales produzca el contagio luego del contacto con ellas. El peligro de transmisión por el sexo oral, se piensa que es bajo. También no hay datos o ningún estudio de laboratorio o epidemiológico demuestra que el VIH se haya transmitido por picaduras de insectos.³⁹

3.3. TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

Definición

La infección por VIH transmitida de una madre infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana a su hijo durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento o por medio de lactancia materna es conocido como Transmisión Vertical del VIH. La prevención de la transmisión vertical de VIH es una intervención efectiva y con gran potencial para mejorar tanto la salud materna como la del infante. (1)

3.3.2. Epidemiología

^{37, 41} Heymann D. El control de las enfermedades transmisibles. 2005

⁴² Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Enfermedades infecciosa. 2003

A nivel mundial un estimado de 430,000 niños fueron infectados de VIH en el año 2008; siendo un noventa por ciento infectados a través de la transmisión materno-infantil, importante ya que sin tratamiento la mitad de ellos mueren al segundo año de vida. Sin intervención, el riesgo de la transmisión vertical de VIH es de 20% a 45%; y con intervenciones específicas el riesgo se reduce del 2 al 5% o menos en la población no amamantada. (13)

La terapia antirretroviral indicada en mujeres embarazadas viviendo con VIH reduce la mortalidad y morbilidad materna, siendo el método más efectivo de prevención en la transmisión vertical de VIH (19), ya que si no hubiera infección por el VIH, la mortalidad materna en el mundo habría sido alrededor de 6% más baja en el 2008; donde en un reciente estudio académico ha estimado que la mortalidad en mujeres embarazadas VIH positivas es del 18%. (13)

A pesar de los proyectos e iniciativas piloto a través de programas nacionales, los resultados no han alcanzado las metas establecidas en la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca del VIH/SIDA en los países de bajo y mediano ingreso; como es el caso de que sólo el 9% de las mujeres embarazadas viviendo con VIH recibieron profilaxis con terapia antirretroviral como método de prevención de la transmisión vertical en el año 2005 a nivel mundial. (6)

El acceso a los servicios de prevención de la transmisión vertical del VIH siguió ampliándose en 2009. Se calculaba que el 26% de las mujeres embarazadas de los países de ingresos bajos y medianos fueron sometidas a pruebas de detección del VIH en 2009, en comparación con el 21% del año 2008. Sin embargo, esta cifra siendo baja, en gran medida debido a una baja cobertura de las pruebas (17%) en Asia Oriental, meridional y Suroriental, donde vive el 55% de las embarazadas. (14)

En algunas partes del mundo, la infección con VIH está afectando considerablemente la supervivencia infantil. El Informe Mundial de la Salud de 2005 calculaba que la infección por VIH contribuyó en el año 2005 al 3% de la mortalidad mundial de niños menores de 5 años.

La proporción de la mortalidad de los niños menores de 5 años atribuible al VIH fue de alrededor del 7% en África, pero se estimó que excedía el 50% en algunos de los países más gravemente afectados. La tasa de mortalidad de los niños nacidos de madres seropositivas es más elevada que la de los niños con madres seronegativas y la incidencia de nacimientos prematuros y retraso del crecimiento intrauterino son también más elevadas, independientemente de si el lactante está infectado o no por VIH. Además, las mujeres que tienen una infección por VIH más avanzada no sólo corren un mayor riesgo de transmitir el VIH a sus hijos que las mujeres con un VIH menos avanzado, sino que sus hijos infectados tienen más posibilidades de morir antes de cumplir 6 meses de edad.

La infección por VIH presenta una evolución más agresiva entre los lactantes y los niños que entre los adultos: un 30% muere al año de vida, y un 50% a los dos años de vida, cuando no tienen acceso a medicamentos que pueden salvar las vidas, entre ellos la terapia antirretroviral e intervenciones preventivas como el clotrimoxazol (trimethoprim- sulfamethoxazole).

En 2007, OMS/ONUSIDA calcularon que 690.000 niños necesitaban terapia antirretroviral. Alrededor de 270.000 niños menores de 15 años murieron por causas relacionadas con el VIH en 2007, la gran mayoría en África subsahariana, siendo la causa más frecuente de mortalidad la transmisión del VIH de las madres a los hijos durante las primeras etapas del embarazo. La mayoría de estas muertes de niños que tenían VIH se podrían haber evitado por medio de un diagnóstico temprano del VIH y una prestación a tiempo de atención y tratamiento eficaces para las enfermedades comunes en la infancia y las infecciones oportunistas, así como mediante la terapia antirretroviral. (15)

En el Reporte Global de la Epidemia de Sida para el año 2010 del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, se documenta que el acceso a los servicios para la prevención de la transmisión materno infantil de VIH habían aumentado, estimando que habían 370,000 niños infectados para el año 2009 (disminuyendo un 24% de lo estimado 5 años antes).

Calculando que el 53% (40-79%) de las embarazadas VIH positivas recibieron antirretrovíricos para reducir la transmisión vía vertical de la infección en comparación con el 45% (37-57%) del año 2008. La brecha de alcanzar la meta de un 80% de la cobertura de tratamiento profiláctico con terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vía vertical, se ha concentrado en los 14 países con mayor incidencia, donde Nigeria contribuye con un 32%, y la República Democrática del Congo con un 7%. (16)

La eficacia del tratamiento antirretrovírico en relación a la disminución de la tasa de transmisión vía vertical del VIH, es en función a la combinación de los fármacos utilizados y la duración del tratamiento, determinando que las embarazadas que tuvieron acceso a terapia antirretroviral con nevirapina disminuyó del 49% al 30% entre los años 2007 y 2009, mientras que la proporción que tuvo acceso a regímenes más eficaces aumentó del 33% al 54% en el mismo periodo. (17)

En Guatemala para el año del 2003, la vigilancia centinela en mujeres embarazadas halló tasas de VIH ligeramente menores entre las mujeres mayas que entre las ladinas. Entre los casos de VIH y SIDA notificados al Ministerio de Salud en 2004, los ladinos representaron el 74% y los mayas el 22%, mientras que, en 2005, los ladinos constituyeron el 69% del total y los mayas el 28%. Aun así, las poblaciones mayas representan la mayoría de los casos de VIH y SIDA en ocho de los 22 departamentos de Guatemala, y se ha detectado el

VIH en estas poblaciones en todos los departamentos del país, una preocupación sería dado que estos grupos ya soportan altos niveles de pobreza y mortalidad materna, así como un acceso muy limitado a los servicios de salud. (18)

Según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Boletín No. 1 de las Estadísticas VIH y VIH Avanzado de Guatemala desde Enero de 1984 a Diciembre del 2010, de acuerdo a las estimaciones a nivel mundial para el año 2009 en Guatemala el número de personas que viven con VIH (adultos y niños) se estima en un total de 65,701 personas con VIH y 7,557 nuevas infecciones, representando 21 personas infectadas diariamente. (12)

En el boletín Epidemiológico No. 17 del año 2010 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, reportó la distribución de notificación de casos de VIH-Sida por unidad de Enero a Agosto del año 2010, el servicio de Infectología de Adultos presentó la frecuencia mayor con 151 casos notificados (57.41%), la Consulta Externa de Adultos presentó una frecuencia de consulta de 69 casos (26.24%), la unidad de Infectología Pediátrica con 25 casos (9.51%) y el Hospital de Ginecología y Obstetricia notificó 18 casos que representan un 6.84% del total de casos. El tipo de transmisión de VIH con mayor incidencia fue con 82.93% el heterosexual, 4.88% homosexual, 0.81 % bisexual y con un 1.38% la transmisión vertical de VIH. (18)

3.3.3. Acciones Preventivas

Los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud al adoptar en 2001 la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA los estados miembros se comprometieron a informar de manera regular a la Asamblea General de las naciones Unidas sobre los avances en la respuesta al VIH que incluía la reducción de la proporción de infantes infectados por VIH en un 50%

para el año 2010 y la eliminación de infecciones por VIH en infantes y niños como vía para obtener una generación libre de VIH y SIDA a nivel mundial; conformándose así el Seguimiento de Progresos en los Países (UNGASS).

La Organización mundial de la Salud recomendó el uso de terapia antirretroviral en la prevención de la Transmisión Vertical del VIH en el 2000, estas recomendaciones fueron revisadas por UNGASS en el 2004 y demostró que a partir de esta fecha fue disponible evidenciar el uso de potentes antirretrovirales como regímenes profilácticos, la efectividad de la terapia antirretroviral en la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH, la seguridad del uso de drogas antirretrovirales durante el embarazo y la resistencia de estos medicamentos utilizados como profilácticos entre madres y su implicación en sus opciones futuras de tratamiento.

Los programas preventivos de la infección por VIH en infantes y niños están vinculados a los de cuidados de la mujer, utilizándose como una oportunidad de relacionar los sistemas de salud; y así integrar los servicios como punto de partida para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Donde las pruebas de tamizaje para VIH y la consejería, son el eje principal como componente esencial de los servicios de Prevención de la transmisión vertical del VIH.

La efectividad de dichos programas están inicialmente determinadas por la proporción de mujeres embarazadas a las que se les haya hecho la prueba, y si las condiciones lo permite, las pruebas deberían ser ofrecidas a todas las mujeres de las cuales es desconocido su estatus durante el trabajo de parto o inmediatamente después del nacimiento de su hijo; en similares condiciones a las pacientes en el periodo puerperal para así poder de ser necesario tener acceso a los servicios relacionados a VIH y consejería de la alimentación de los recién nacidos.

La terapia antirretroviral indicada en mujeres embarazadas viviendo con VIH reduce la mortalidad y morbilidad materna, siendo el método más efectivo de prevención en la transmisión vertical de VIH (13).

3.3.4. Acuerdos y Objetivos internacionales

La comunidad internacional ha emitido varias declaraciones de apoyo a la prevención, el diagnóstico, la atención y tratamiento contra el VIH, muchos de ellas con referencias a la infancia.

3.3.4.1. Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA

Del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en 2001, los Estados Miembros acordaron reducir la proporción de lactantes infectados con VIH en un 20% para 2005 y en un 50% para 2010. La Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA exhortó también a los gobiernos a que mejoren el acceso a atención, apoyo y tratamiento de alta calidad contra el VIH a los individuos, las familias y las comunidades afectados por el VIH y el SIDA.

3.3.4.2. Compromiso con el Acceso universal

Adoptado en la Cumbre del G8 celebrada en Gleneagles en 2005, pidió abordar el VIH/SIDA por medio de la atención continua integral para la prevención, que incluye el tratamiento y la atención así como el acceso universal a los servicios relacionados con el VIH para 2010.

3.3.4.3. Declaración acordó lograr un acceso universal a los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño

Adoptada en Johannesburgo, Sudáfrica, en el año 2007, de un compromiso político sostenido de parte de los gobiernos nacionales y apoyado armoniosa y coordinadamente por los colaboradores hacia el logro de un acceso universal de servicios completos de prevención de la transmisión de la madre al niño.

3.3.4.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 6

Piden una reducción en dos terceras partes de la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años y detener y comenzar a invertir la propagación del VIH/SIDA en la fecha límite de 2015. (7)

En el año 2000, la Cooperativa Internacional en la Declaración del Milenio inspiró la realización de esfuerzos para mejorar la calidad de vida de millones de personas en el mundo; determinando estrategias y acciones llamadas “Desarrollo de Metas del Milenio” a cumplirse en el año 2015.

La meta Número 6 fue enfocada al combate de VIH/SIDA, Malaria y Otras Enfermedades, donde el objetivo principal era haber eliminado y detener la infección por VIH/SIDA para el año 2015. (19)

Las intervenciones enfocadas a la mujer incluyen terapia antirretroviral (TARV) como profilaxis en las mujeres durante el embarazo y trabajo de parto y al recién nacido en las primeras semanas de vida; las intervenciones obstétricas incluyen cesáreas electivas (primordialmente en pacientes sin trabajo de parto y con membranas ovulares integra), y la completa anuencia al amamantamiento. Con estas acciones, las nuevas infecciones entre recién nacidos se han vuelto raras en varias partes del mundo. (13)

Para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH, la Organización Mundial de la Salud promueve los objetivos a seguir que incluyen cuatro componentes: la prevención primaria de la infección por VIH en mujeres en edad fértil, la prevención de embarazos no deseados entre las mujeres que viven con VIH, la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y proporcionar tratamiento apropiado y cuidados de soporte a madres que viven con VIH, sus hijos y familia. (20)

En el 2001, durante la reunión general de las Naciones Unidas se fijó el objetivo de que un 80% de las mujeres embarazadas y sus hijos deberían tener acceso a la prevención y tratamiento precoz, para así reducir la proporción de infantes infectados con VIH a un 50%. (1)

La Organización Panamericana de la Salud y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han definido la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis Congénita para el año 2015 como prioridad en la región; utilizando las siguientes líneas estratégicas de acción: Exhortar la capacidad de los servicios de la salud materna, de recién nacidos y niños en la detección temprana, cuidados y tratamiento de VIH y Sífilis entre mujeres embarazadas, sus parejas e hijos; Mejorar la vigilancia de VIH y Sífilis en los servicios de salud materna, de recién nacidos y niños y en los sistemas de información sobre salud; Integrar las intervenciones sobre el manejo de HIV e Infecciones de Transmisión sexual (ITS) en los servicios de salud reproductiva y por último fortalecer los sistemas en salud.

Las acciones realizadas a nivel de América Latina y el Caribe, fueron el implemento de una iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de sífilis congénita, ya que éstos son los problemas de salud pública que afectan en mayor incidencia a las mujeres y niños los recién nacidos en estos países. Siendo estimado que cada año 6,000 niños son infectados en estas regiones y que se reportan más de 450,000 casos de sífilis gestacional. (18)

Las Naciones Unidas contra el SIDA ha hecho de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil de VIH una de las prioridades en las áreas más afectadas, y haciendo un llamado para la Eliminación Virtual de la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 (definiendo eliminación Virtual como la infección de menos del cinco por ciento de niños recién nacidos de madres VIH positivas).

Por lo que para alcanzar la Eliminación Virtual se necesitará la implementación de las acciones determinadas para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil de VIH, incluyendo la prevención primaria de VIH en las mujeres en edad fértil, prevención de embarazos no deseados entre mujeres VIH positivas, prevención de la Transmisión de VIH de madres a sus hijos y el suministro de tratamiento apropiado, cuidados y ayuda a las mujeres VIH positivas así como a sus hijos y familia.

Siendo los tamizajes rutinarios y voluntarios para el VIH y el apoyo psicológico para todas las mujeres embarazadas, la clave principal para todos los servicios de prevención de la transmisión materno- infantil del VIH. (15)

II.7. El VIH frente al sistema inmunológico.

Los mecanismos por el cual el virus de la inmunodeficiencia humana causa una trágica depleción de las células CD4, produciéndose una gran inmunosupresión, tiene múltiples causas. La interacción de los linfocitos CD4 con los linfocitos B, las células citotóxicas, las células asesinas naturales y los monocitos, se inicia por el contacto y liberación de las citoquinas que alteran el desarrollo, la diferenciación de las células linfoides, y la función de las no linfoides.⁴⁰ Prácticamente unos de los mecanismo que utiliza el virus para esquivar la respuesta inmunológica están fundamentados en permanecer en estado de latencia en los reservorios infectados, como también en su variabilidad antigénica por la gran tasa de error de la transcriptasa inversa. Así que cuando una célula se infecta de forma latente, no muere por los mecanismos de defensa, ya que no se expresan en la superficie los antígenos virales.⁴¹

Cuando las células latentes se activa ocurre de forma intensiva, impiden la muerte celular antes que los viriones maduros se liberen. Este proceso ocurre en los centros germinales los diferentes órganos linfoides donde básicamente los

^{43,44} Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

anticuerpos se alojan con dificultad y donde hay una muchos linfocitos activos susceptibles a la infección.⁴²

Luego que el virus se introducen al organismo, los linfocitos gradualmente T helper disminuyen. Estos son básicos para la activación de las defensas del organismo.. La respuesta inmunitaria en ese momento se va debilitando. Y el organismo es casi incapaz de afrontar al virus y a los microorganismos patógenos y diversos tumores. El cuerpo es entonces atacado por agentes oportunistas, que con llevan al individuo a las enfermedades oportunistas.⁴³

Estos microorganismos oportunistas usualmente están presentes en el cuerpo, pero estos son controlados y limitados por las defensas inmunológicas en condiciones normales. Cuando las defensas y el cuerpo se encuentran débiles estos agente se aprovechan y se vuelven patógenos, provocando muchos daños al organismo. Generalmente el paciente no muere por este virus, sino por las diferentes infecciones oportunistas.⁴⁴

II.8. Tratamiento

En los últimos quince años se han utilizado diferentes regímenes de tratamiento antirretroviral (TARV), tanto en monoterapia como en combinaciones de dos o más fármacos. Ninguna de estas pautas ha sido capaz de erradicar el VIH a corto-medio plazo, si bien la generalización de las combinaciones de 2 o más fármacos (highly active antirretroviral therapy-HAART-, o tratamiento antirretroviral de gran eficacia-TARGE-) han demostrado retrasar en los países desarrollados la progresión clínica de la infección por el VIH, aumentando significativamente la supervivencia y reduciendo dramáticamente la morbilidad de esta enfermedad, medida por sus costes económicos y por el número de ingresos hospitalarios. Estos tratamientos, además, consiguen restaurar en mayor o menor grado la inmunidad de los pacientes, incluso en aquellos en situaciones de enfermedad avanzada. Sin embargo, la toxicidad crónica del TARV y la dificultad de mantener la adherencia al mismo compromete su efectividad en la vida real, lo que ha supuesto que tras la euforia inicial, en la actualidad se impone una actitud

^{43,46} Roger V. Revilla Y. Los virus y el SIDA. 2010

relativamente conservadora a la hora de decidir el momento de iniciar el tratamiento.⁴⁵

El conteo de CD4 de los pacientes indica el grado de deficiencia inmune y predice el riesgo a corto plazo de enfermedades oportunistas. Sin tratamiento, el riesgo es menor a 1% por año cuando el conteo de CD4 está por arriba de 500/mm, pero se eleva a 30% cuando el conteo de CD4 cae por debajo de 100/ μ m. A largo plazo, el pronóstico también se determina por medio de la carga viral (es decir, el número de copias de RNA de VIH por milímetro cúbico de plasma). Una carga viral elevada predice un progreso más rápido hacia el SIDA en los estudios basados en la población, aunque las variaciones entre individuos son enormes.⁴⁶

La destrucción por parte del VIH de las células CD4 y la arquitectura de quistes linfáticos produce una inmunodeficiencia progresiva. El tratamiento antirretroviral suprime la replicación viral, evita la destrucción posterior del sistema inmunitario e incluso permite una reparación considerable en los pacientes que empiezan el tratamiento mientras están inmunosuprimidos. El tratamiento debe adaptarse al paciente, tomando en cuenta la velocidad de progreso, la aceptación del tratamiento por parte del paciente, la probabilidad de cumplimiento y los posibles efectos secundarios.⁴⁷

Tanto los estudios observacionales como los ensayos clínicos apoyan la decisión de iniciar tratamiento tanto en los pacientes con enfermedades indicadoras de SIDA como en aquellos que presentan un recuento de CD4 menor de 200 céls. /mcl, puesto que se admite que el pronóstico de los pacientes es peor en lo pacientes que inician el tratamiento con recuentos de CD4 menor de 200 céls./mcl respecto a los que lo hacen con cifras mayores. En los pacientes asintomáticos con recuentos de CD4 entre 200-350 céls. / mcl se recomienda iniciar el TARV. ⁴⁸ En la República Dominicana se recomienda como norma iniciar el tratamiento con cifras a partir de 350 céls. /mcl o menos.

⁴⁵ Rodríguez García J. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2010

^{46,49} Herschel B, Southwick F. Enfermedades infecciosas. 2008

⁴⁸ Rodríguez García J. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2010

Hay cinco clases diferentes de medicamentos disponibles hoy en día:⁴⁹

- ✓ Los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa(NRTI), como el abacavir (ABC), la didanosina (ddl), emtricitabina (FTC), lamivudina (3TC), estavudina (d4T), tenofovir (TDF) y zidovudina (AZT).
- ✓ Los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (NNRTI), tales como el efavirenz (EFV) y la nevirapina (NVP).
- ✓ Los inhibidores de la proteasa (PI), como amprenavir (APV), darunavir (DRV), indinavir (IDV), lopinavir/ritonavir (LPV/r), nelfinavir (NFV), ritonavir (RTV) y saquinavir (SQV) y tipranavir (TPV).
- ✓ El inhibidor de fusión enfurvitida.
- ✓ Inhibidor integrasa. (MK-0518).

Hay medicamentos adicionales en etapas avanzadas de desarrollo: los inhibidores del receptor CCR5 (el maraviroc es un candidato prometedor).⁵⁰

La supresión óptima de la replicación viral requiere un régimen al cual sólo pueda volverse resistente el VIH con múltiples mutaciones. En este momento, ningún medicamento (con la posible excepción de los inhibidores de proteasa de potenciados por ritonavir) cumple con este requisito. Es necesaria la terapia combinada con al menos tres medicamentos: uno o dos NRTI con uno o dos PI o con un NNRTI. La elección de medicamentos se determina por medio de varios factores, incluidas las interacciones de medicamentos, los intervalos de dosis (es decir, la necesidad de acomodarse a la actividad profesional), opciones terapéuticas futuras o posible embarazo. Los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa pueden ser tóxicos para la mitocondria, produciendo daño hepático, acidosis láctica, lipoatrofia y polineuropatía. Los inhibidores de la proteasa pueden producir náuseas, vómito y diarrea; elevan el colesterol y triglicéridos en sangre; inducen resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, y contribuyen, junto con los NRTI a la redistribución de tejido graso (atrofia en la cara y las extremidades, contrastando con la acumulación en grasa en senos y

^{49,52} Herschel B, Southwick F. Enfermedades infecciosas. 2008

abdomen). El tratamiento de la dislipidemia con estatinas es problemático debido a la posibilidad de interacciones entre medicamentos.⁵¹

Algo importante que mencionar es que la capacidad de predecir la adherencia al tratamiento, ha sido difícil. La evaluación de los médicos no predice adecuadamente la adherencia de los pacientes, así como la autoevaluación del cumplimiento por parte de los pacientes no predice adecuadamente el resultado aunque esta manifestación de los pacientes poco satisfactoria debe ser tomada muy en cuenta. Con estas limitaciones, es necesario saber que los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral deben ser heterogéneos, es importante resaltar algunas de sus características. Resulta muy útil algún sistema de contacto entre los pacientes y el equipo de salud con el objetivo de detectar precozmente las dificultades que puedan poner en riesgo la regularidad de la terapia antirretroviral.⁵²

II.9. Enfermedades oportunistas más comunes en el VIH/SIDA.

Las infecciones oportunistas por lo general representan la reactivación de una infección latente o la adquisición de una nueva infección, con frecuencia provocada por microorganismos de virulencia intrínseca baja. *Toxoplasma gondii*, el CMV (citomegalovirus), los virus del grupo del herpes, el PCP de papovavirus JC (el agente de leucoencefalopatía multifocal progresiva) y *Mycobacterium tuberculosis* suelen adquirirse en años anteriores, pero permanecen latentes siempre que la respuesta inmune esté intacta. Una vez que la deficiencia inmune es profunda, estos microorganismos pueden empezar a proliferar. Algunos de estos agentes pueden aislarse mucho antes de que aparezcan signos clínicos. Sin embargo, se presentan síntomas y daño en órganos de forma progresiva (por ejemplo, estomatitis y esofagitis sintomática por *Candida albicans*). En las etapas avanzadas de supresión inmune, agentes que no suelen ser patogénicos pueden tener consecuencias devastadoras. Algunos ejemplos incluyen la destrucción de la retina por CMV o caquexia provocada por *Mycobacterium avium*, presente en la sangre de 25% de los pacientes con conteos de CD4 menores a 10/ μm^3 . Se

⁵¹ Herschel B, Southwick F. Enfermedades infecciosas. 2008

⁵² Cecchini E, González S. Infectología y enfermedades infecciosas. 2008

pueden presentar muchas infecciones al mismo tiempo, complicando mucho el diagnóstico y tratamiento.⁵³

II.9.1. Infecciones respiratorias

Las enfermedades del sistema respiratorio son generalmente la causa más importante de mortalidad y morbilidad en los pacientes con VIH/SIDA. En los países en desarrollo básicamente el diagnóstico se hace en etapas muy avanzadas y la terapia antirretroviral y la profilaxis son restringidas e inconcebibles. Las complicaciones principales de este aparato son la neumonía por *P. Carinii*, la neumonía bacteriana por agentes adquiridos en la comunidad, también está la tuberculosis, y la histoplasmosis. La etiología es bastante extensa y la manifestaciones clínicas y los estudios de imágenes son semejantes, para la mayoría de las causas, por lo tanto es fundamental el estudio del agente de la muestra para obtener la etiología y así dar el tratamiento específico.⁵⁴

Básicamente se debe tomar en cuenta en una complicación pulmonar en individuos con VIH/SIDA los signos y síntomas como fiebre, disnea, tos, cianosis y signos de consolidación y derrame pleural. Y también correlacionarlos con otros signos de otros sistemas, ya que las enfermedades oportunistas en el VIH/SIDA se encuentran diseminadas y generalmente hay compromisos de diversos órganos.⁵⁵

II.9.2. Tuberculosis

Un tercio de la población a nivel mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* y ocasiona unos 3 millones de muertes por año a causa de esta enfermedad infecto-contagiosa. A pesar de que la tuberculosis (TB) es una gran pandemia, su distribución en el mundo es muy diferente, siendo los más afectados las regiones y países más pobres o subdesarrollado. Por otra parte, España, siendo un país desarrollado, tiene una tasa de incidencia anual de TB

⁵³ Herschel B, Southwick F. Enfermedades infecciosas. 2008

^{54,57} Vélez A., Rojas W., Borrero J., Restrepo J. Fundamentos de Medicina. Enfermedades Infecciosas. 2003

considerable: 38,5/100.000 habitantes/año, según información del Proyecto Multicéntrico de Investigación de Tuberculosis (PMIT). La TB es la infección oportunista más frecuentemente encontrada en personas infectadas por el VIH.⁵⁶

La TB es una enfermedad infecto-contagiosa, la cual se transmite vía aérea, de personas con TB pulmonar a otras personas. Es una infección oportunista curable y prevenible. Esto va a depender en gran parte de una buena actuación del personal médico y del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Así con estas medidas poder evitar las multirresistencias y los casos de brotes nosocomiales.⁵⁷

Las manifestaciones clínicas predominantes en los pacientes con recuentos más altos de linfocitos CD4+, es la tuberculosis pulmonar perse, teniendo como cuadro clínico tos productiva, fiebre, disminución de peso, sudoración nocturna y una radiografía de tórax patológica, con infiltrado-cavitación. Sin embargo, en aquellos pacientes con infección por el VIH avanzada y recuentos de linfocitos menores, son más frecuentes las localizaciones extrapulmonares (poliadenopatías, digestiva, etc.), las pulmonares con patrones radiológicos atípicos (miliar, adenopatías hiliares, etc.) y la negatividad de la tuberculina.⁵⁸

1. Tuberculosis Pulmonar

• Situaciones de sospecha:⁵⁹

- ✓ Presencia de Tos por más de 14 días sin alguna causa.
- ✓ Manifestaciones compatibles con infección respiratoria de más de 7 días de evolución, sin respuesta al tratamiento empírico.
- ✓ Radiografía de tórax patológica, aún sin signos indicativos de TB.
- ✓ Hemoptisis.

2. Tuberculosis Extrapulmonar y/o Diseminada.

• Situaciones de Sospecha:⁶⁰

- ✓ Fiebre de origen desconocido (FOD). La TB es la principal causa de FOD en personas infectadas por el VIH.

^{58,59,60} Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

^{61,62} Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

- ✓ Síndrome adenopático periférico.
- ✓ Adenopatías periféricas y fiebre.
- ✓ Colestasis disociada y fiebre.
- ✓ Síntomas locales representativos: hematuria, síndrome meníngeo, etc.
- ✓ Dolor abdominal no específico.

II.9.3. Neumonía Pneumocystis Carinii (PCP)

Es una patología grave encontrada en individuos con VIH/SIDA. Su agente etiológico es Pneumocystis Carinii, generalmente los pacientes infectados por este microorganismo, no manifiestan neumonía, ya que su sistema inmune es normal.⁶¹

Se cree que la PCP se transmite por vía aérea, aún no se sabe cuál es el hábitat de este agente, lo que si se ha demostrado que es un germen muy común. Este solo se diagnostica mediante los análisis de laboratorios de fluidos y tejidos pulmonares. La persona debe someterse a tratamiento inmediatamente si se presentan síntomas semejantes a los de la tuberculosis pulmonar. Esta enfermedad es prevenible por medio del trimetropin sulfa (trimetropim sulfametoxazole).⁶²

II.9.4. Otras manifestaciones clínicas en VIH/SIDA:

Lesiones orales

Las lesiones orales son frecuentes en el paciente con infección por el VIH, y comprenden las siguientes:⁶³

1. Lesiones neoplásicas: el sarcoma de Kaposi afecta sobre todo a la mucosa del paladar.
2. Candidiasis oral: es muy frecuente, y su aparición es a menudo el primer síntoma de inmunosupresión. El diagnóstico es habitualmente clínico, aunque pueden haber formas atípicas. Sin pseudomembranas.
3. Grupo herpes. El herpes simple produce brotes de lesiones en mucosa oral y labial, que sin tratamiento pueden evolucionar a formas crónicas. Se

^{63,64} Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Usted puede prevenir la PCP en adultos y adolescentes. 2006

⁶³ Rodríguez García J. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2010

describen también lesiones de mucosas producidas por reactivaciones del herpes varicela-zoster y por citomegalovirus.

4. Leucoplasia vellosa oral: son lesiones muy características, indoloras, blanquecinas, sobre todo en la cara lateral de la lengua, que toma un aspecto vellosa, y que no se despegan con el raspado. Están producidas por el virus del Epstein-Barr.
5. Otras infecciones: es frecuente la aparición de úlceras orales en los pacientes con histoplasmosis.
6. Aftas recidivantes idiopáticas: son lesiones grandes, dolorosas, solitarias o múltiples, que pueden mejorar con esteroides o con talidomida.

Lesiones cutáneas:⁶⁴

1. Lesiones neoplásicas. El sarcoma de Kaposi es una neoplasia causada por el virus herpes 8 (VHH-8), que aparece característicamente en forma de lesiones planas o sobre-elevadas de color violáceo. Puede afectar tanto a la piel como a las mucosas y vísceras. La mayoría de los linfomas asociados al VIH son linfomas B, y no es frecuente la afectación cutánea.
2. Lesiones no infecciosas. La dermatitis seborreica y la psoriasis son las dos entidades que con mayor frecuencia afectan al paciente con infección por el VIH. Otras dermatitis asociadas al VIH son la pitiriasis rubra pilaris y la foliculitis eosinofílica. Algunos pacientes presentan cuadros de dermatitis inespecífica, con prurito, que recuerdan a la dermatitis atópica. Los exantemas medicamentosos son mucho más frecuentes que en la población general.
3. Infecciones fúngicas. Son frecuentes las infecciones superficiales, por candidas o por dermatofitos, afectando a la piel y/o a las uñas. La criptococosis puede cursar con lesiones cutáneas que recuerdan al mollusco contagiosum. Otras micosis sistémicas (*Histoplasma capsulatum*, *Penicillium marneffeii*, *Aspergillus spp*) pueden también cursar con lesiones cutáneas.

⁶⁴ Rodríguez García J. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2010

4. Angiomatosis bacilar. Es una infección sistémica causada por la bacteria *Bartonella henselae*, y cursa con lesiones cutáneas que pueden confundirse con las del sarcoma de Kaposi.
5. Molluscum contagiosum. Son lesiones papulosas, con umbilicación central, causadas por un poxvirus. En el paciente con infección por el VIH pueden ser múltiples y difíciles de tratar.

Gastroenteritis

Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tienen una gran incidencia en procesos diarreicos que son agudos, de los cuales se aíslan *Campylobacter Jejuni*, *Salmonella no typhi* o el *clostridium difficile* en paciente que generalmente se encuentra hospitalizados. Las infecciones por parásitos son una de las causas más frecuentes de la diarrea crónica en estos pacientes. El intestino delgado puede estar afectado por infección por *Giardia*, *Cryptosporidium Isospora*, *Microsporidium*. La *Entamoeba histolytica* afecta al íleon, ciego y al colon terminal. El *microsporidium* que es un protozoo en forma de esporas pequeñas, que se transmite de básicamente por la vía fecal-oral, la cual hay más de 90 géneros y muchas especies, pero las que afectan al intestino están asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana (<100 linfocitos CD4cel/ μ L) las cuales corresponden al *Enterocytozoon* y *Encephalitozoon*.⁶⁵

De los más frecuentes está la *Enteroytozoon bienensi*, la cual provoca generalmente el 90 por ciento de los caso detectados. Incluso se han detectado en pacientes que cursan sin diarrea. Este produce diarrea crónica, pérdida de peso en pacientes inmunodeprimidos como también malabsorción, la cual se queda en el enterocito del intestino delgado y en las vía biliares, por lo que puede producir colecistitis o colangitis como también elevación de la fosfatasa alcalina.⁶⁶

Manifestaciones cerebrales

La toxoplasmosis cerebral cursa con lesiones múltiples, que afectan ganglios basales, tálamo, y con menor frecuencia la fosa posterior, con edema y captación de contraste en anillo. La serología a toxoplasma gondii es habitualmente

^{65,66} Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

positiva, y los pacientes mejoran clínica y radiológicamente con tratamiento específico en un plazo de 1-2 semanas.⁶⁷

El citomegalovirus (CMV) es un virus que normalmente produce una patología en los ojos llamada retinitis. La retinitis es el tipo más frecuente de infección por CMV entre los infectados por el VIH.⁶⁸ Puede transmitirse de persona a persona a través de las secreciones vaginales, saliva, semen, la leche materna, transfusiones con sangre infectada y la orina. Cualquiera puede infectarse con CMV, pero la enfermedad sólo se manifiesta en personas inmunodeprimidas. El cuadro clínico incluye zonas ciegas y visión distorsionada, borrosa, o bien disminuida, que puede progresar a la ceguera. En algunos casos, es recomendable la profilaxis primaria. Los tipos de tratamiento para la retinitis incluyen medicamentos por vía intravenosa, píldoras e inyecciones intraoculares. También existe profilaxis secundaria. Sin el tratamiento la patología progresará a ceguera. El citomegalovirus puede producir una meningitis pura, resulta más común el desarrollo de una encefalitis de tipo subagudo, de la producida por otro microorganismo vírico. Se presenta en paciente con una inmunodepresión grave y la evidencia de infección sistémica por este virus. Siempre deberá sospecharse en una encefalopatía aguda cuando el paciente presente cefalea, fiebre, pleocitosis linfocítica en el líquido cefalorraquídeo e hipoglucorraquia. Frecuentemente el cultivo resulta negativo, por lo que se debe diagnosticar por medio de la evidencia de inclusiones citomegálicas en las células por medios histológicos. En sospecha de la infección, se debe iniciar la administración de ganciclovir 5mg/kg por 12 horas vía intravenosa.⁶⁹

II.1.1 Historia del Hospital Maternal San Lorenzo de Los Mina

El Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina es una institución de servicio de salud fundada en el año 1974, forma parte de la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública, habilitado para ofrecer servicios

⁶⁷ Rodríguez García J. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2010

⁶⁸ Varelaenred. Infecciones oportunistas. <http://www.varelaenred.com.ar/infec-oportu.htm>

⁶⁹ Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

de tercer nivel de atención teniendo como ámbito geográfico la provincia Santo Domingo Este y amplio espectro de población nacional, lo que la convierte en una institución de referencia nacional especializada en servicios obstétricos, neonatal y pediátrico.

El Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina es una institución de servicios médicos de la red del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana orientada a ofrecer servicios de atención clínico-quirúrgica a población demandante, de forma específica concentra la mayor parte de sus recursos en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva y atención pediátrica. Articula respuesta y servicios de nivel III de atención al tiempo que es plataforma docente para la formación de recursos humanos especializados en áreas de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Cirugía pediátrica, Anestesiología y enfermería.

En el contexto social el Centro desarrolla alianza estratégica con instituciones comunitarias extendiendo servicios asistencial, preventivo y de promoción de la salud en áreas de impacto o influencia de forma tal que aborda respuestas sanitarias en el contexto de la red de servicios. Nuestros usuarios o clientes son:

El Hospital Materno Infantil San Lorenzo ubicado en el municipio Santo Domingo Este, con una población de 1,350,000 habitantes; de la Provincia Santo Domingo, República Dominicana es un hospital materno infantil, donde además se da asistencia de emergencia a todo tipo de personas.

El Hospital cuenta con 322 camas. Realiza 20,000 a 30,000 internamientos por año y más de 115, 000 consultas por año. En el servicio de obstetricia de asisten alrededor de 12, 000 partos por año.

El hospital cuenta con múltiples departamentos y servicios de atención a la población. Se trata de un hospital de enseñanza, donde funcionan tres residencias médicas: Gineco-obstetricia, pediatría y perinatología, que forman especialistas en estas tres ramas para beneficio de toda la población dominicana.

Las residencias médicas han sido un ancla de apoyo importante a los servicios médicos, ya que, además de servir de entrenamiento a los jóvenes especialistas en formación ha servido por suplir un servicio necesitado por la población. En el

presente trabajo realizamos una corta reseña de la historia del hospital, la labor que realiza y los servicios que presta a la población.

El Hospital San Lorenzo de los mina fue inaugurado en Junio del 1974, por entonces Presidente de la Republica Dr. Joaquín Balaguer. Fue establecido como un Hospital General, sin embargo por decisión de la Secretaria de Salud de entonces y la solicitud de la comunidad fue derivando únicamente en un Hospital Materno-infantil, permaneciendo numerosos servicios ambulatorios para todo tipo de persona.

Su primer director médico fue el doctor Sergio Taveras Fermín. Entre otros directores podemos mencionar a los doctores: Manuel Guzmán Rodríguez, Elías Rosario Cáceres, Virgilio Albert Mota, Pablo De la Mota, Félix Galarza, Plácido Montero, Servando Santana Viloría, Dr. Manuel De la Mota, Porfirio Ruiz García, Mario Geraldino, Hilario Reyes Pérez, Dr. Gregorio Rivas , Dr. Paulino Díaz Ozoria, Dra. Joselyn Sánchez Parra. Su actual director el Dr. Víctor Calderón

En el año 1980 se iniciaron las residencias médicas de Gineco-Obstetricia y pediatría. En el año 1985 se creó la residencia de perinatología. 2008 la Residencia de Cirugía Pediátrica y en el 2009 la Residencia de Anestesiología.

El hospital ha sido galardonado en varias ocasiones por los logros en a la atención de la madre y el niño. En el año 1996 el hospital se le fue otorgado el premio Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Para el año 2005 el Hospital gano en tercer lugar en el premio nacional de calidad en salud. En el año 2009 el centro fue seleccionado uno de los diez hospitales, ganando el primer lugar, para el proyecto centros de excelencia donde habían participado 38 hospitales a nivel nacional.

En el año 2009 el Hospital fue Habilitado por el Ministerio de Salud mediante la resolución No. 000104010035 y actualizada en el año 2013 mediante el código No. 0320100009.

CAPÍTULO III

VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DISEÑO METODOLÓGICO

III.1 VARIABLES.

Dependiente.

Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) en embarazadas.

Independientes.

Edad

Estado Civil

Procedencia

Nacionalidad

Preferencia sexual

Ocupación

Edad gestacional

Vía de desembarazo

Transmisión vertical

III.1.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variables | Definición | indicador | Escala |
|---|--|---|---|
| Síndrome Virus de Inmunodeficiencia Humana | Virus que causa la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que afecta el sistema inmunológico. | Disminución del sistema inmunológico. | Positivo Negativo |
| Edad | Tiempo transcurrido de gestión hasta el momento del diagnóstico. | Años cumplidos | 17 - 20 años 21 – 24 años 25 – 28 años 29 – 31 años 32 – 36 años > 36 años |
| Estado Civil | Estatus marital de la paciente al momento del estudio. | Situación conyugal | Soltera Casada Unión Libre Relación Ocasional Viuda |
| Procedencia | Lugar de residencia de la paciente. | Lugar de donde proviene | Zona Rural Zona Urbana |
| Nacionalidad | Lugar de nacimiento u origen de la paciente | País de donde proviene | Dominicana Haitiana |
| Preferencia sexual. | Refiere a un patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su género. | Comportamiento sexual | Heterosexual Homosexual Bisexual |
| Ocupación | Labor a que se dedica para ganarse la vida | Actividades remuneradas | Ama de casa Trabajadora sexual Empleada privada Empleada pública Otros |
| Edad Gestacional | Periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. | Meses cumplidos | 1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre |
| Vía de desembarazo | Forma en que se culminó el embarazo. | Forma en que finalizó el embarazo | Cesárea Parto |
| Transmisión Vía Vertical de VIH de acuerdo a la | Mecanismo de Transmisión de madre a hijo de la Adherencia del protocolo para la Disminución de la Transmisión Vertical de VIH | Presencia de Estadio clínico, marcadores inmunológicos y Presencia de Estadio clínico, marcadores inmunológicos y infección por VIH, según el cumplimiento de un acta de series y matrices ordenadas y establecidas para la disminución de la transmisión vertical de VIH, virológicos del VIH en recién nacidos hijos de mujeres VIH positivas; según el cumplimiento o no del Protocolo en las 4 etapas: a. Diagnóstico y Terapia antirretroviral profiláctica | Registro Clínico |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>para VIH en la mujer embarazada VIH positiva</p> <p>b. Terapia antirretroviral profiláctica para VIH en recién nacidos hijos de mujeres VIH positivas.</p> <p>c. Vía de resolución del embarazo por Cesárea Segmentaria Transperitoneal.</p> <p>d. Alimentación con leche maternizada para hijos de mujeres VIH positivas</p> | |
|--|--|--|--|

III.2.3. Tiempo de Realización

Diciembre - Mayo 2018.

III.2.4. Población

La población estuvo conformada por todas las mujeres embarazadas, diagnosticadas con VIH, en el último trimestre de gestación que asistieron a la consulta de ginecología en el periodo de estudio.

III.2.6. Muestra

La muestra se formó por 54 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, diagnosticada con VIH/SIDA, durante el periodo de estudio.

III.2.7. Criterio de inclusión.

Todas las embarazadas que estén inscritas en el programa de transmisión vertical del virus de Inmunodeficiencia Humana en el periodo Diciembre – mayo de 2018, y que cuyo resultado haya sido positivo.

Expedientes disponibles y completos.

III.2.8. Criterio de exclusión.

Mujeres que no estén embarazadas.

Las mujeres embarazadas cuyos resultados de la prueba del virus de inmunodeficiencia humana haya sido negativo en el periodo de estudio.

Expedientes que estén incompletos o en muy mal estado cuya no se pueda leer.

II.8. Procedimiento

Se sometió el ante-proyecto por ante la oficina de tesis, una vez aprobado el tema de estudio, se solicitó permiso a las autoridades del hospital San Lorenzo de Los Mina. Inmediatamente se obtuvo el permiso se revisaron los expedientes de registro de las pacientes que se hayan hecho la prueba del virus de inmunodeficiencia humana, procediendo a cuantificar los datos para determinar la muestra a tomar.

II.9. Método y Técnica.

Para la recolección de datos se utilizó el método probabilístico a partir de una población conocida. Encontramos la población indagando en el Libro de

Registro de Pruebas Serológicas, donde entre otras pruebas, se asientan las pruebas de VIH del Laboratorio del Hospital San Lorenzo de Los Mina.

La prueba de VIH en este hospital se realiza mediante técnica de cromatografía, si el resultado es positivo se confirma con el método de ELISA que detecta ACs contra el virus, esta prueba tiene una buena sensibilidad y especificidad.

Una vez encontrada la población total de pacientes se utilizó la fórmula estadística para una población conocida. Al encontrar la población, se filtraron los expedientes datos de acuerdo a los criterios exclusión e inclusión, siendo la muestra un total de 54 pacientes. Teniendo la muestra se procedió a la tabulación de los datos utilizando el programa de paquete especial para las ciencias sociales (Special Package for Social Sciences, SPSS).

II.9. Aspectos Éticos

Se preservó la confidencialidad y el secreto profesional de los datos encontrados, por tratarse de una investigación hecha en seres humanos. Todas las informaciones encontradas aquí serán utilizadas únicamente con fines científicos. Independencia y respeto.

CAPÍTULO IV.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

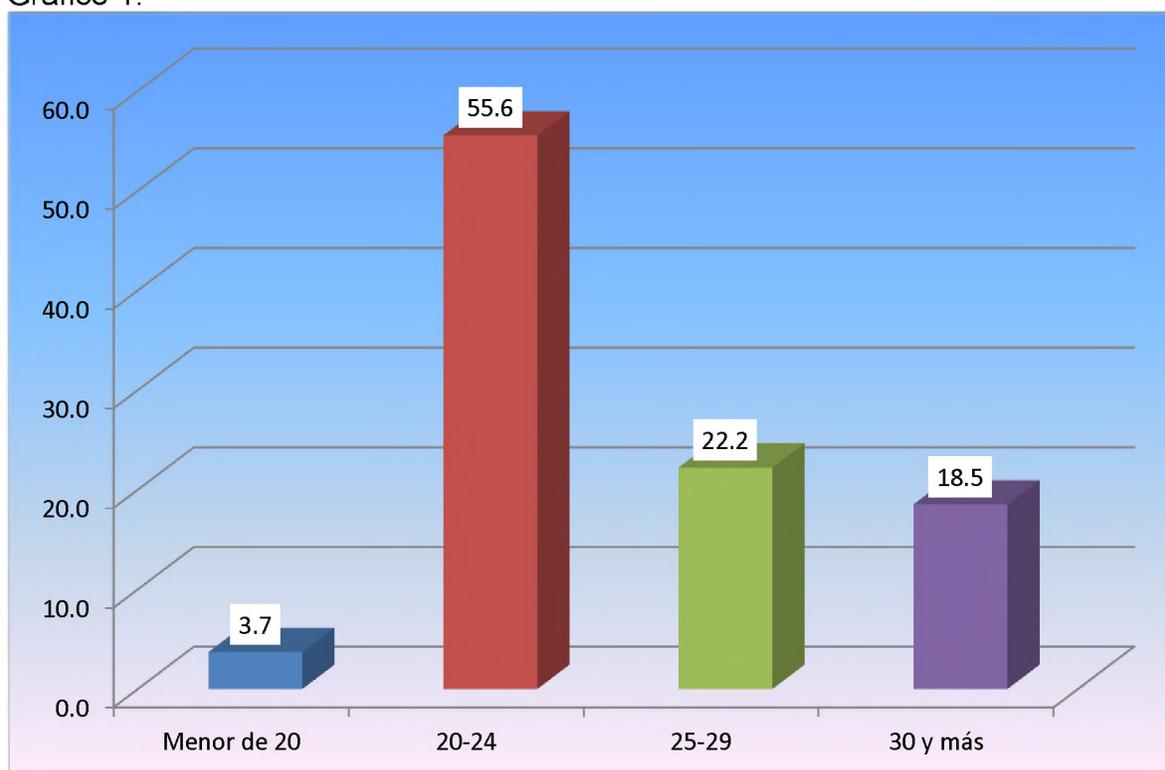
Tabla 1.- Distribución de la población según edad de la madre

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Menor de 20 | 2 | 3.7 |
| 20-24 | 30 | 55.6 |
| 25-29 | 12 | 22.2 |
| 30 y más | 10 | 18.5 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

De acuerdo a la edad de la madre la población se distribuyó de la siguiente manera de 20-24 años el 55.6 por ciento, de 25-29 años el 22.2 por ciento 30 y más años el 18.5 por ciento y menores de 20 años el 3.7 por ciento.

Gráfico 1.-



Fuente: Tabla 1

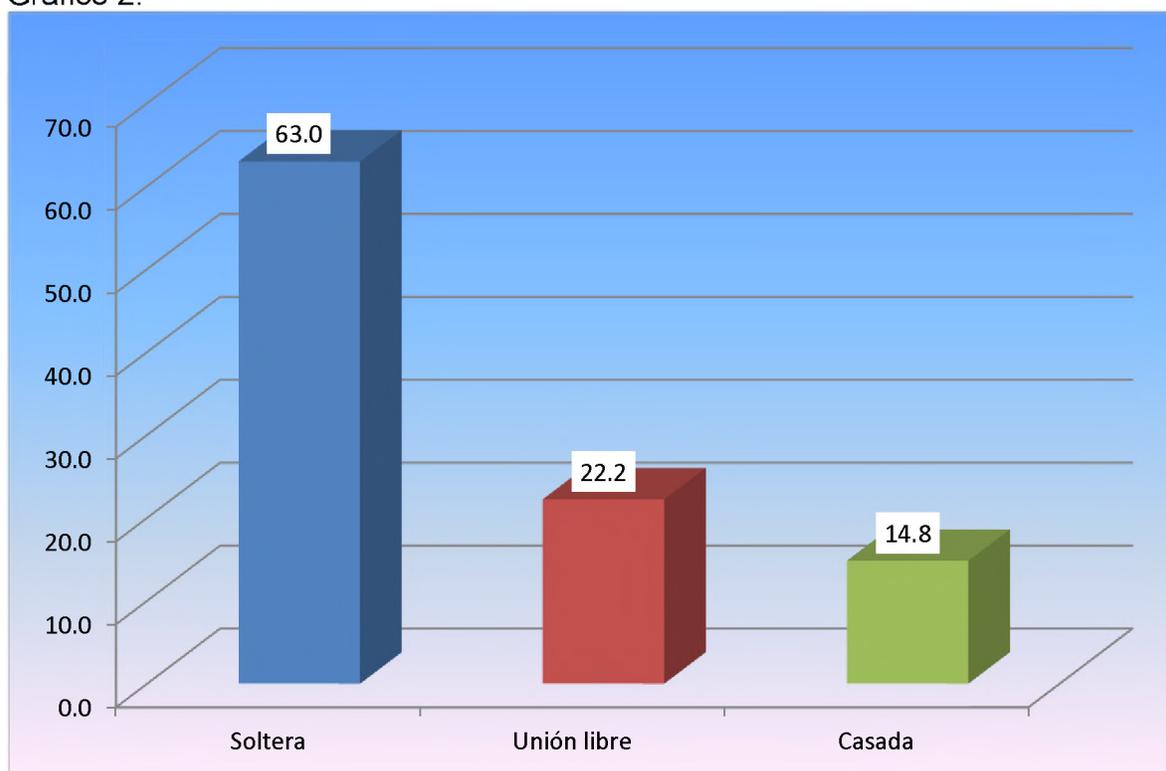
Tabla 2.- Distribución de la población según estado civil

| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|--------------|
| Soltera | 34 | 63.0 |
| Unión libre | 12 | 22.2 |
| Casada | 8 | 14.8 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

En relación al estado civil de la madre, se encontró que el 63.0 por ciento eran solteras, el 22.2 por ciento en unión libre y el 14.8 por ciento casadas.

Gráfico 2.-



Fuente: Tabla 2

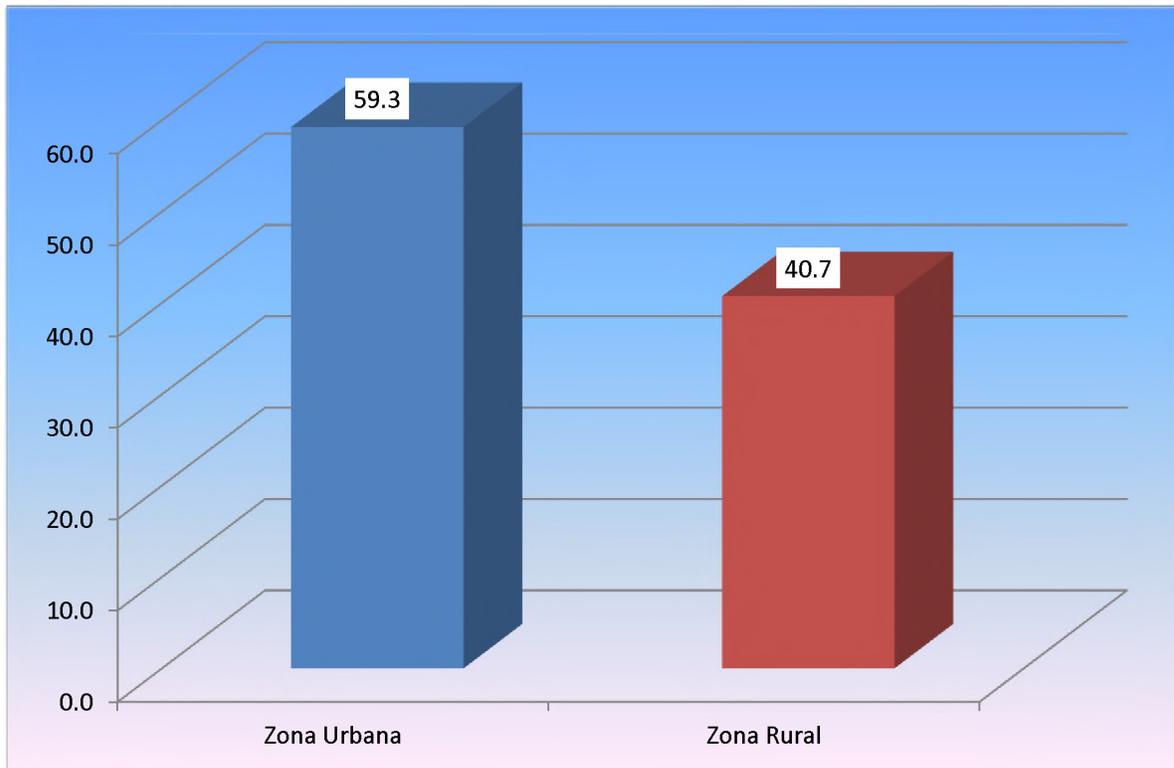
Tabla 3.- Distribución de la población según procedencia

| Procedencia | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Zona Urbana | 32 | 59.3 |
| Zona Rural | 22 | 40.7 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La zona urbana es la más frecuente con el 59.3 por ciento mientras que la zona rural ocupó el 40.7 por ciento.

Gráfico 3.-



Fuente: Tabla 3

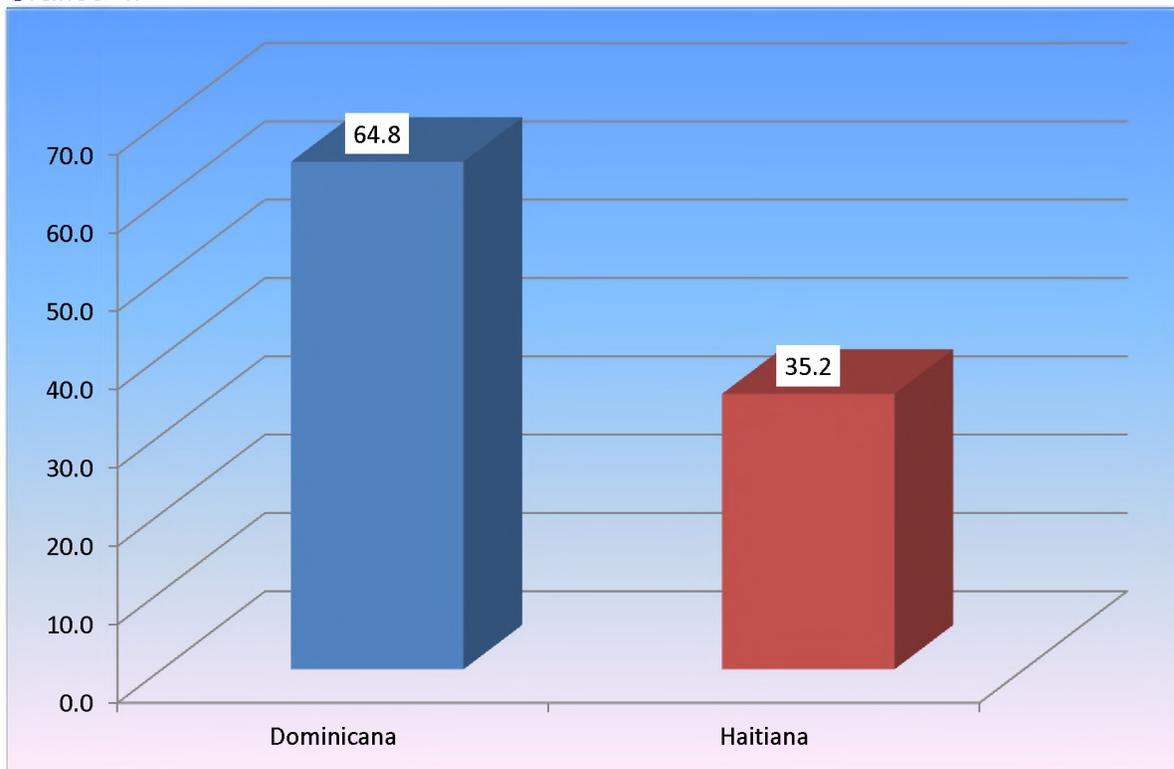
Tabla 4.- Distribución de la población según nacionalidad

| Nacionalidad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Dominicana | 35 | 64.8 |
| Haitiana | 19 | 35.2 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La nacionalidad de la mayoría de las entrevistadas es dominicana con el 64.8 por ciento, y las haitianas en este programa obtuvieron el 35.2 por ciento.

Gráfico 4.-



Fuente: Tabla 4

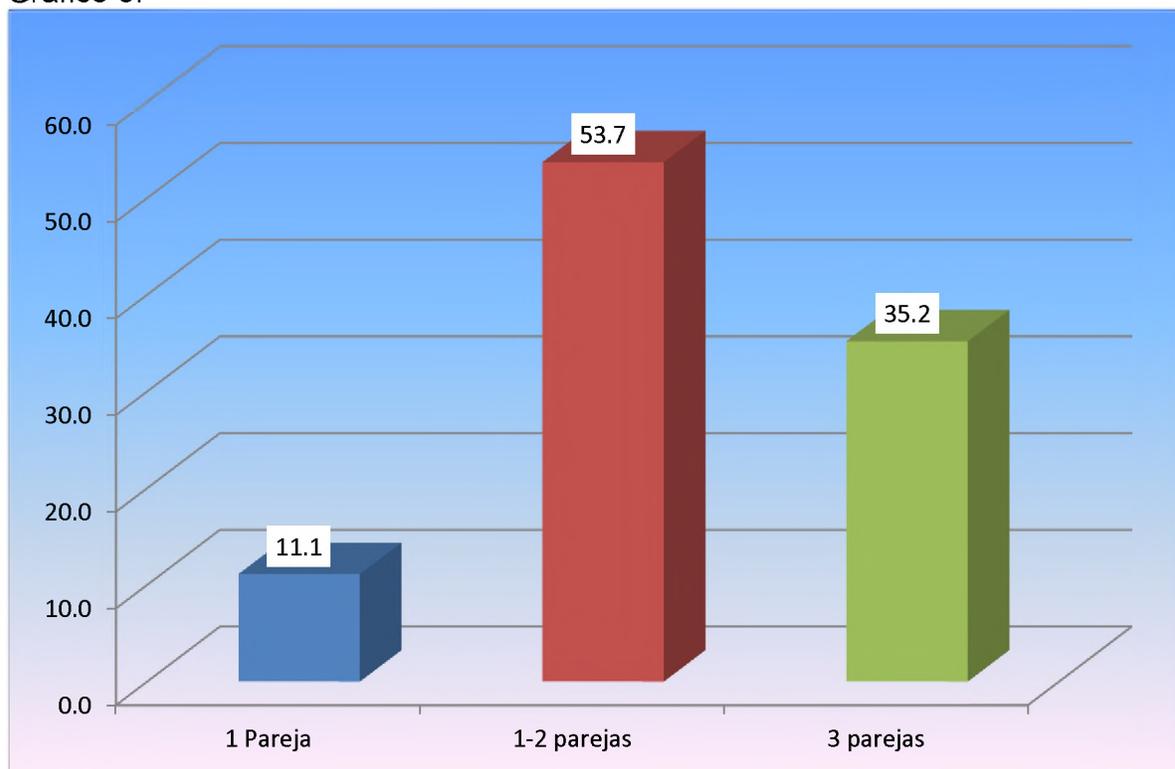
Tabla 5.- Distribución de la población según parejas sexuales

| Parejas Sexuales | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|--------------|
| 1 Pareja | 6 | 11.1 |
| 1-2 parejas | 29 | 53.7 |
| 3 parejas | 19 | 35.2 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La cantidad de parejas sexuales de 1-2 parejas con el 53.7 por ciento, 3 parejas con el 36.2 por ciento y 1 pareja 11.1 por ciento.

Gráfico 5.-



Fuente: Tabla 5.-

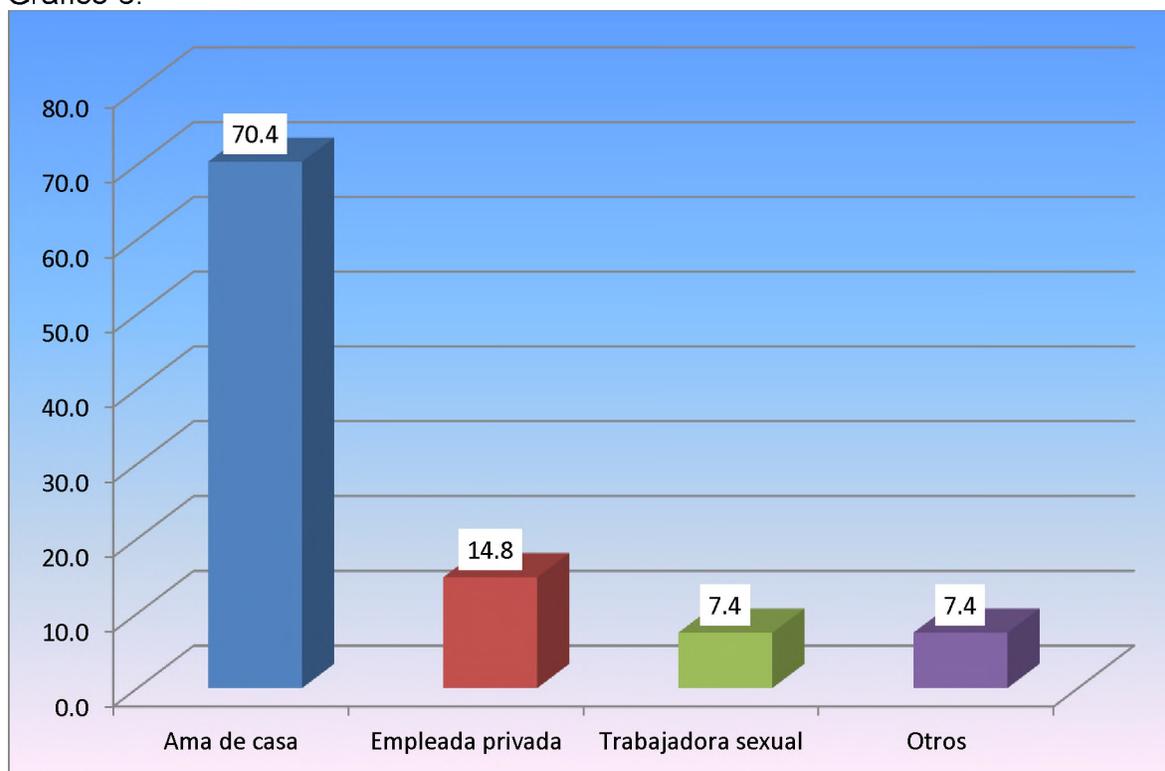
Tabla 6.- Distribución de la población según ocupación

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|--------------|
| Ama de casa | 38 | 70.4 |
| Empleada privada | 8 | 14.8 |
| Trabajadora sexual | 4 | 7.4 |
| Otros | 4 | 7.4 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

Las amas de casa ocupan el 70.4 por ciento de las entrevistadas, las empleadas privadas el 14.8 por ciento, trabajadoras sexuales el 7.4 por ciento y otras actividades el 7.4 por ciento.

Gráfico 6.-



Fuente: Tabla 6

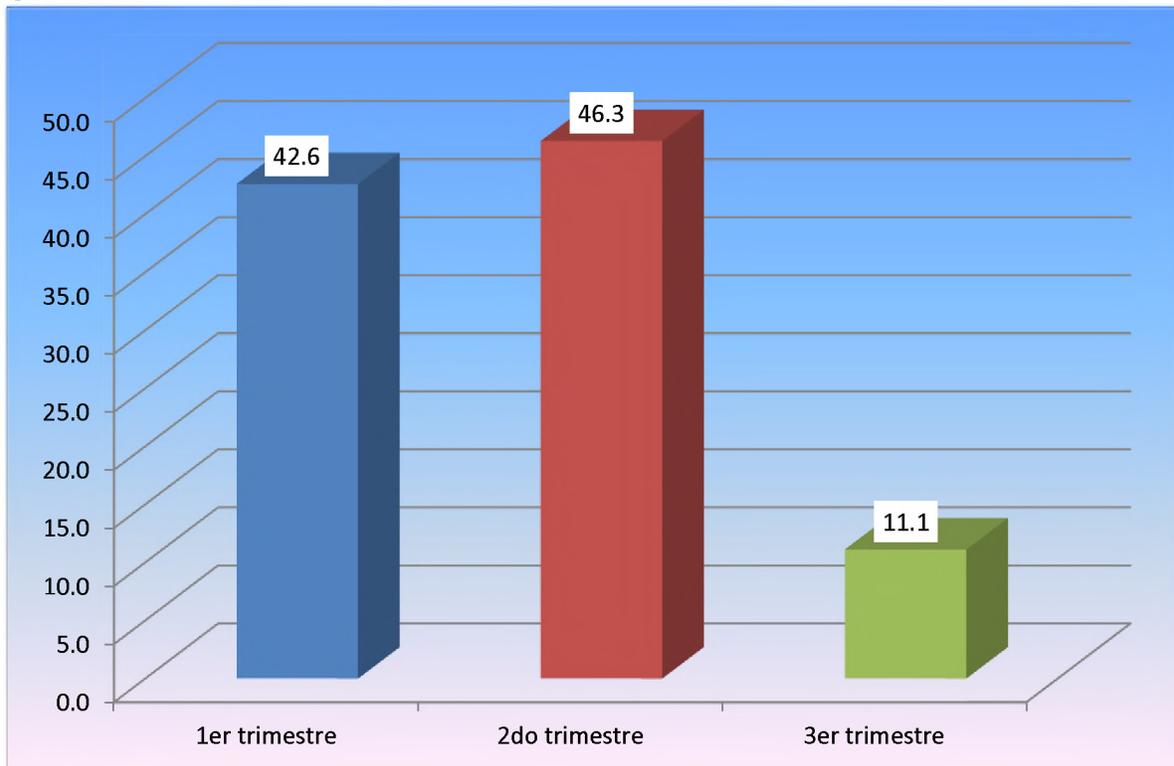
Tabla 7.- Distribución de la población según edad gestacional

| Edad Gestacional | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|--------------|
| 1er trimestre | 23 | 42.6 |
| 2do trimestre | 25 | 46.3 |
| 3er trimestre | 6 | 11.1 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La edad gestacional al momento de la entrevista fueron del 1er. trimestre con el 42.6 por ciento, 2do. trimestre con el 46.3 por ciento y 3er. trimestre con el 11.1 por ciento

Gráfico 7.-



Fuente: Tabla 7

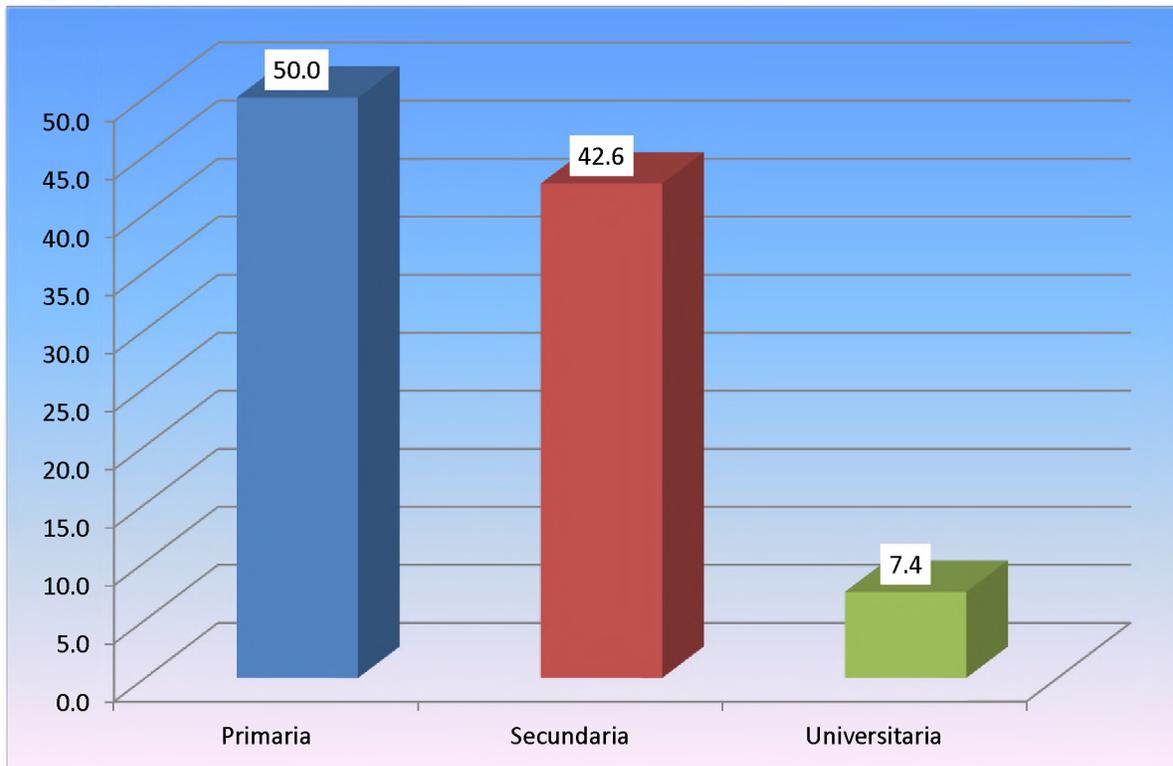
Tabla 8.- Distribución de la población según escolaridad

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|--------------|
| Primaria | 27 | 50.0 |
| Secundaria | 23 | 42.6 |
| Universitaria | 4 | 7.4 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La escolaridad de las mujeres entrevistadas fue primaria en el 50.0 por ciento, secundaria en el 42.6 por ciento y universitaria en el 7.4 por ciento.

Gráfico 8.-



Fuente: Tabla 8.

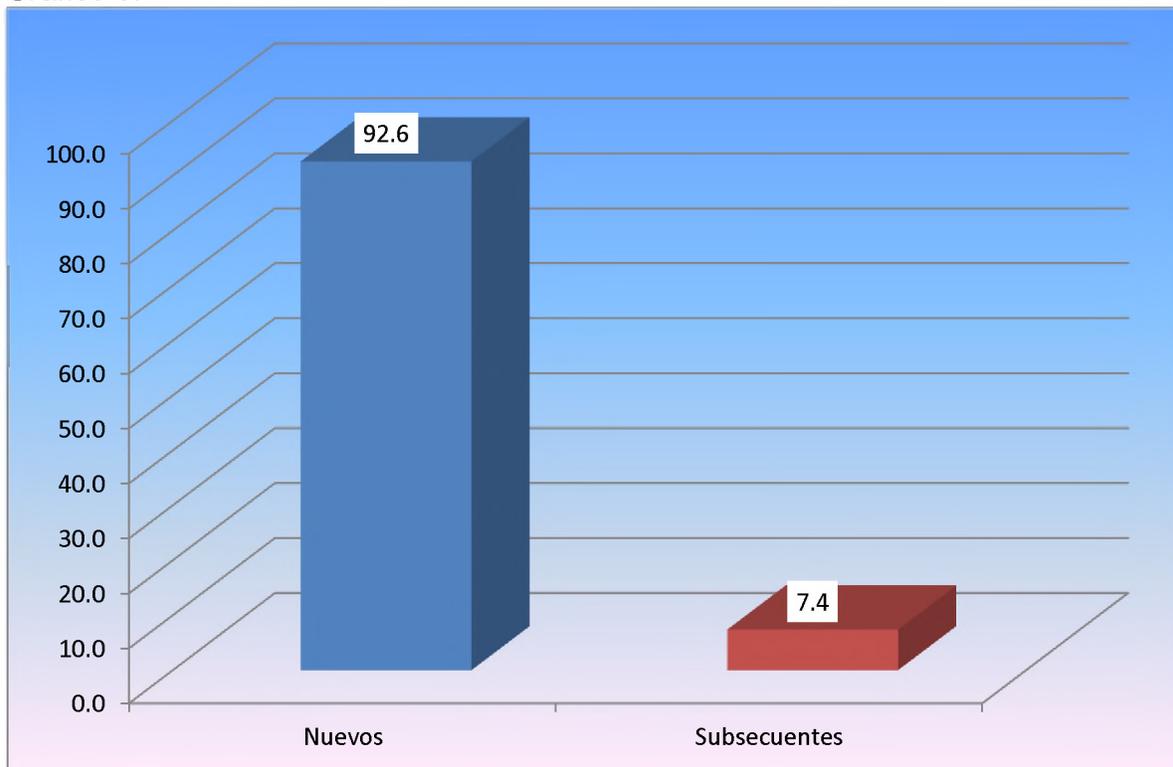
Tabla 9.- Distribución de la población según tipo de casos

| Casos | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Nuevos | 50 | 92.6 |
| Subsecuentes | 4 | 7.4 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

El 92.6 por ciento de los casos fueron nuevos.

Gráfico 9.-



Fuente: Tabla 9.

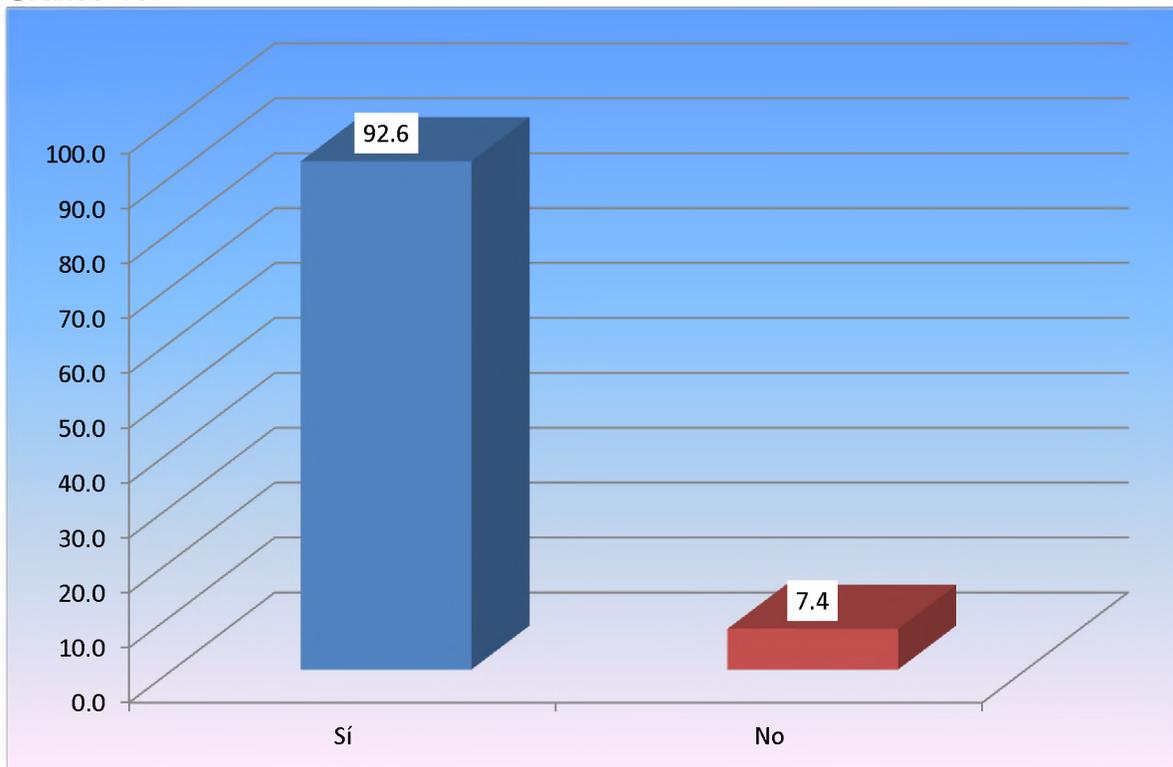
Tabla 10.- Distribución de la población según diagnóstico antes de 34 semanas.

| Diagnóstico Antes de las 34 semana | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Sí | 50 | 92.6 |
| No | 4 | 7.4 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

En el 92.6 por ciento los casos NO fueron antes de la 34va. semana.

Gráfico 10.-



Fuente: Tabla 10

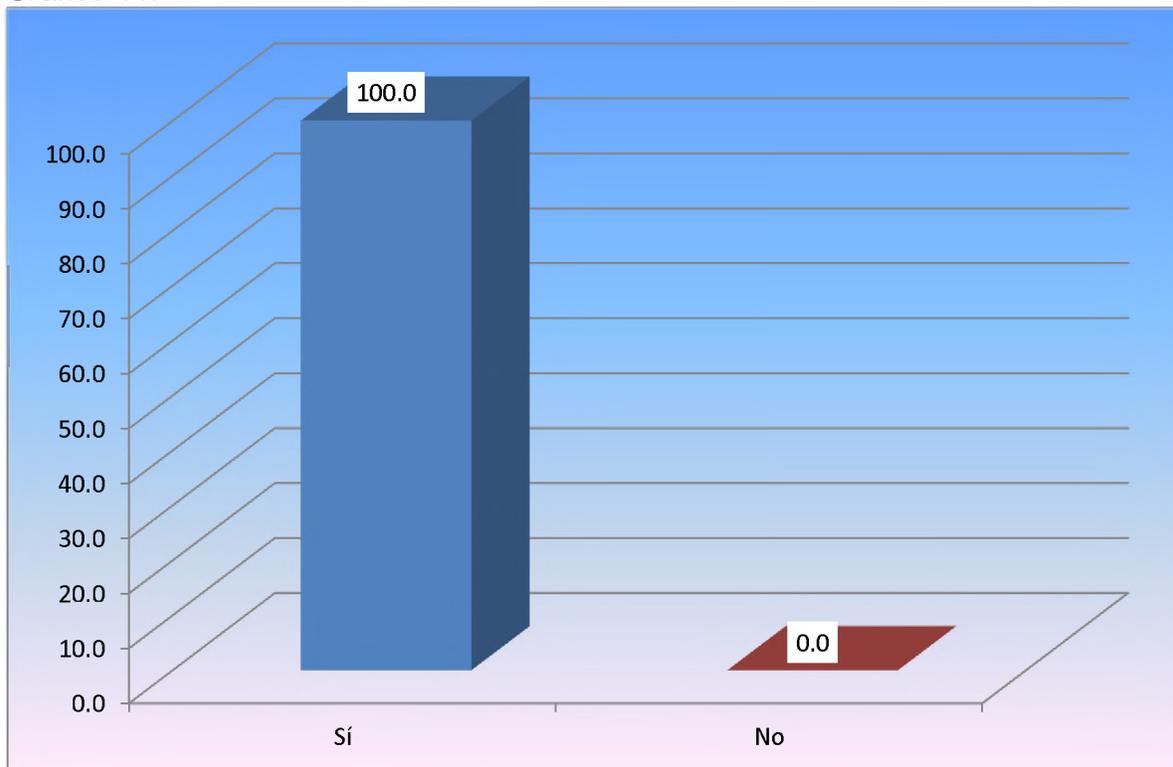
Tabla 11.- Distribución de la población según acceso a TARV

| Mujer con acceso a TARV | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|--------------|
| Sí | 54 | 100.0 |
| No | 0 | 0.0 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La totalidad de las personas en el programa se tuvieron acceso al TARV.

Gráfico 11.-



Fuente: Tabla 11

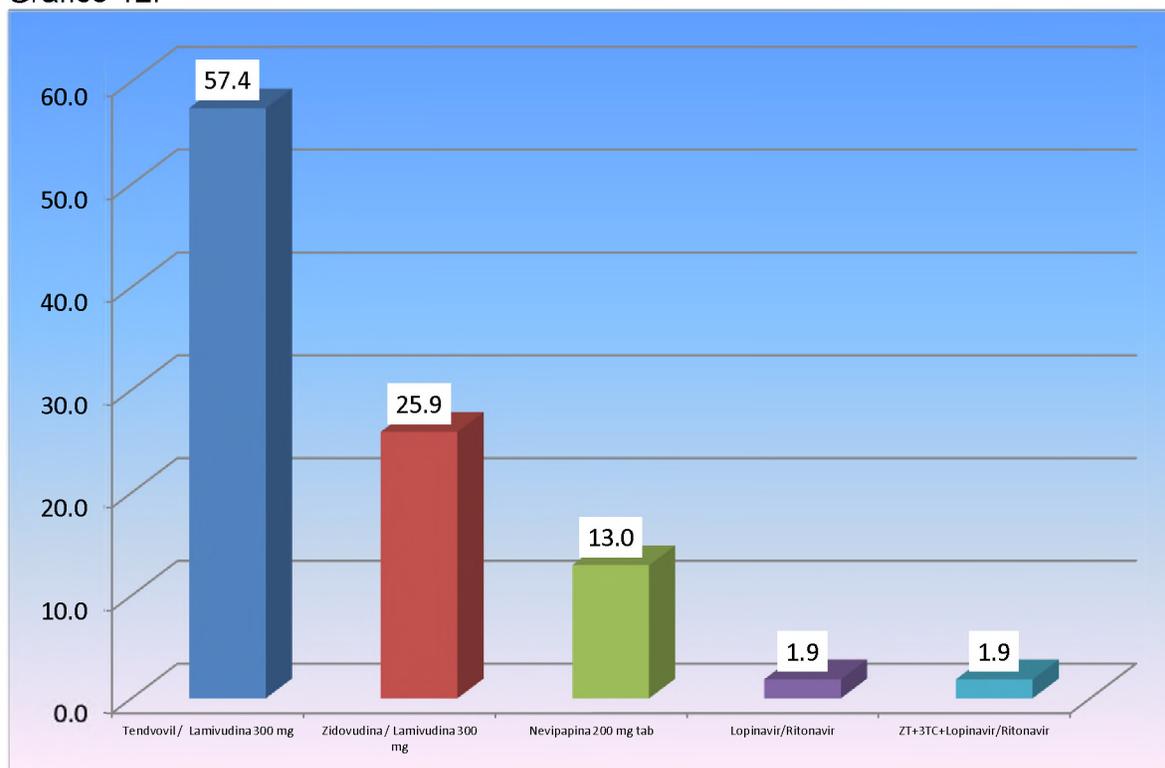
Tabla 12.- Distribución de la población según TARV utilizada

| TARV utilizada | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Tendvovil / Lamivudina 300 mg | 31 | 57.4 |
| Zidovudina / Lamivudina 300 mg | 14 | 25.9 |
| Nevipapina 200 mg tab | 7 | 13.0 |
| Lopinavir/Ritonavir | 1 | 1.9 |
| ZT+3TC+Lopinavir/Ritonavir | 1 | 1.9 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

El TARV más utilizada la compuesta por Tendvovil / Lamivudina 300 mg, con el 57.4 por ciento, seguida de Zidovudina / Lamivudina 300 mg con el 25.9 por ciento, la Nevipapina 200 mg tab con el 13.0 por ciento, Lopinavir/Ritonavir con el 1.9 por ciento y ZT+3TC+Lopinavir/Ritonavir con el 1.9 por ciento.

Gráfico 12.-



Fuente: Tabla 12

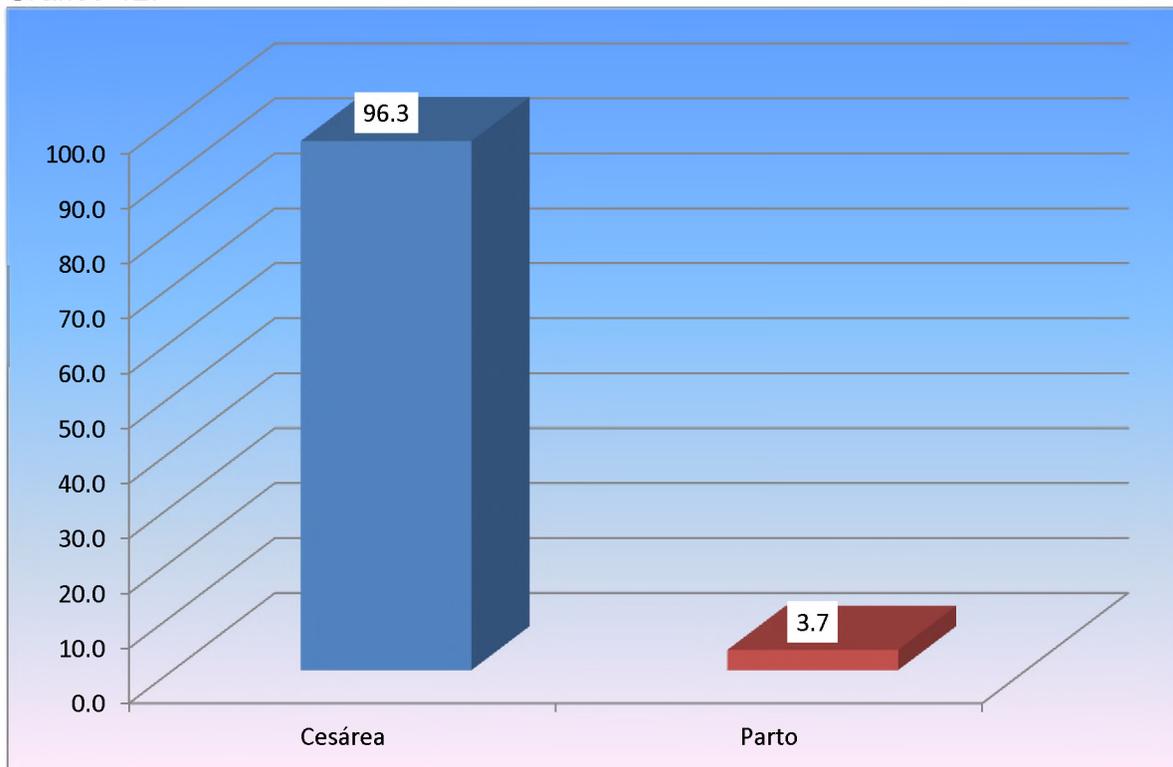
Tabla 13.- Distribución de la población según vía de desembarazo

| Vía de Resolución Emb. | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|--------------|
| Cesárea | 52 | 96.3 |
| Parto | 2 | 3.7 |
| Total | 54 | 100.0 |

Fuente: Encuesta realizada a madres inscritas en el programa de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

La cesárea fue la vía más frecuente con el 96.3 por ciento.

Gráfico 12.-



Fuente: Tabla 13.

IV.2.- DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que de las 54 mujeres inscritas en el programa, de acuerdo a la edad de la madre la población se distribuyó de la siguiente manera de 20-24 años el 55.6 por ciento, de 25-29 años el 22.2 por ciento 30 y más años el 18.5 por ciento y menores de 20 años el 3.7 por ciento. Además en relación al estado civil de la madre, se encontró que el 63.0 por ciento eran solteras, el 22.2 por ciento en unión libre y el 14.8 por ciento casadas. La zona urbana es la más frecuente con el 59.3 por ciento mientras que la zona rural ocupó el 40.7 por ciento. La nacionalidad de la mayoría de las entrevistadas es dominicana con el 64.8 por ciento, y las haitianas en este programa obtuvieron el 35.2 por ciento. La escolaridad de las mujeres entrevistadas fue primaria en el 50.0 por ciento, secundaria en el 42.6 por ciento y universitaria en el 7.4 por ciento. Estas informaciones guardan relación con lo establecido por las Naciones Unidas en la Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH en los bateyes estatales de República Dominicana, en el 2007, se encontró que la edad más frecuente de mujeres con sida es de 23-24 años, son mujeres divorciadas o separadas, que han estado embarazadas, y que su grado educativo es de analfabetismo, quienes tuvieron su primera relación sexual hace más de 10 años, y que no utilizaron condón, y han tenido relaciones sexuales pero no de alto riesgo.⁷⁰

Siguiendo en ese orden se estableció que de acuerdo a las entrevistadas la cantidad de parejas sexuales de 1-2 parejas con el 53.7 por ciento, 3 parejas con el 36.2 por ciento y 1 pareja 11.1 por ciento.

Siendo éstas mujeres la mayoría amas de casa ocupan el 70.4 por ciento de las entrevistadas, las empleadas privadas el 14.8 por ciento, trabajadoras sexuales el 7.4 por ciento y otras actividades el 7.4 por ciento.

⁷⁰ Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana. 2007. Macro International, Inc. Calverton, Maryland, E.E.U.U., Junio 2007. Pág. 141.

La edad gestacional al momento de la entrevista fueron del 1er. trimestre con el 42.6 por ciento, 2do. trimestre con el 46.3 por ciento y 3er. trimestre con el 11.1 por ciento

En relación a la aplicación del programa se encontró que: El 92.6 por ciento de los casos fueron nuevos. En el 92.6 por ciento los casos NO fueron antes de la 34va. semana. La totalidad de las personas en el programa se tuvieron acceso al TARV.

El TARV más utilizada la compuesta por Tenvovil / Lamivudina 300 mg, con el 57.4 por ciento, seguida de Zidovudina / Lamivudina 300 mg con el 25.9 por ciento, la Nevipapina 200 mg tab con el 13.0 por ciento, Lopinavir/Ritonavir con el 1.9 por ciento y ZT+3TC+Lopinavir/Ritonavir con el 1.9 por ciento. La cesárea fue la vía más frecuente con el 96.3 por ciento. Datos que guardan relación con los datos suministrados por la Clínica de Familia de La Romana, Rep. Dom., en donde En el 2012, se realizó un estudio para determinar la implementación de antirretrovirales a embarazadas el programa fue de 46 mujeres. Se encontraron los siguientes hallazgos: La terapia antirretrovirales (TARV) fue aplicado el 84.8 por ciento (39 embarazadas); el 15,2 por ciento (7 embarazadas) ya tomaba TARV antes del embarazo. De los 47 bebés que nacieron en el programa en 2012 (había un gemelar), un 93,6% (44 niños) tuvieron resultados negativos de VIH.⁷¹

⁷¹ Clínica de Familia La Romana. Reporte Anual 2012. Pág. 4. Disponible en: http://www.clinicadefamilia.org.do/wordpress/wp-content/uploads/2012/07/Reporte-Anual-2012_Clinica-de-Familia-La-Romana1.pdf

IV.3.- CONCLUSIONES

El rango de edad de la madre más frecuente fue de 20-24 años el 55.6 por ciento.

El estado civil de la madre fue soltera con el 63.0 por ciento.

La zona urbana es la más frecuente con el 59.3 por ciento.

La nacionalidad de la mayoría de las entrevistadas es dominicana con el 64.8 por ciento.

La cantidad de parejas sexuales de 1-2 parejas con el 53.7 por ciento.

La ocupación más frecuente fue amas de casa con el 70.4 por ciento.

La edad gestacional al momento de la entrevista fueron del 1er. trimestre con el 42.6 por ciento.

La escolaridad más frecuente fue primaria en el 50.0 por ciento.

El 92.6 por ciento de los casos fueron nuevos.

En el 92.6 por ciento los casos NO fueron antes de la 34va. semana.

La totalidad de las personas en el programa se tuvieron acceso al TARV.

El TARV más utilizada la compuesta por Tenvovil / Lamivudina 300 mg, con el 57.4 por ciento.

La cesárea fue la vía más frecuente con el 96.3 por ciento.

IV.4.- RECOMENDACIONES

A las autoridades del hospital

Ampliar la promoción y difusión de este programa para que sea más conocido por la población en sentido general.

Contratar trabajadores sociales para darle seguimiento a las personas en el programa de transmisión vertical.

A las usuarias del programa de transmisión vertical

Seguir las indicaciones del personal de salud al pie de la letra.

Asistir a las citas indicadas de manera frecuente.

REFERENCIAS

Arredondo García, José Luis; Hernández Trejo, María; Figueroa-Damian, Ricardo; Ortiz. Ibarra, Ahued. José Roberto. SIDA y embarazo /AIDS and pregnancy. Fuente: Ginecol. Obstet. Méx.;66(1):8-12, ene. 1998. tab, ilus. Disponible en: <http://bases.br/cgi-bin/wxsilind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nexAction=Search=232510idexSearch=ID>

Campo, Jacobo. Epidemiología del VIH/SIDA en Cali: Una Problemática de Salud Pública. Universidad del Rosario - Bogotá. 2006. Disponible en: http://www.icesi.edu.co/polis/images/contenido/pdfs/Boletin_3/epidemiologia_sida_cali_una_%20problemativa_salud_publica.pdf

Cecchini E, González S. Infectología y enfermedades infecciosas. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2008.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana. 2007. Macro International, Inc. Calverton, Maryland, E.E.U.U., Junio 2007. Pág. 141.

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Usted puede prevenir la PCP en adultos y adolescentes. 2006

Clínica de Familia La Romana. Reporte Anual 2012. Pág. 4. Disponible en: http://www.clinicadefamilia.org.do/wordpress/wp-content/uploads/2012/07/Reporte-Anual-2012_Clinica-de-Familia-La-Romana1.pdf

Cursos sobre Diagnostico de laboratorio en enfermedades de transmisión sexual, dirigidos ha bioanalistas. Auspiciado por la agencia Internacional para el desarrollo de estados unidos.

Diccionario de medicina, Océano Mosby. Edición en Lengua Española Barcelona, España.

Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/alumnos/documents/Tesiscoinfeccionvihvhvhydssdianaelviralriveralandadiciembre2011pdf>.

ENDESA 2007. 0.8% de la población dominicana tiene VIH. Disponible en: <http://www.provinciasdominicanas.org/index.php/nacionales/16992>

Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. Principios de Medicina Interna.

Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. 2009.

Figueroa-Damian R. evolución de los embarazos de mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. Salud Publica Mex 2010;41:362-367.

Herschel B, Southwick F. Enfermedades infecciosas. 2008

Heymann D. El control de las enfermedades transmisibles. 2005.

Mandelbrot L, Tubiana R, Matheron S. Pregnancy and HIV infection. In: Girard M-P, Katlama, Pialoux G, Eds. HIV. RueilMalmaison: Doin 2004; pp. 441-57

Montagnie, Luc. Instituto Pasteur reportaron el, aislamiento de un nuevo tipo de retrovirus a partir de un ganglio linfático extirpado a un paciente con SIDA. Investigadores Franceses y DR. Robert el Gallo, proporcionaron muestras de retrovirus para la investigación del VIH/SIDA. Disponible en: pdf. Googlecom<http://www.pdf>.

National Institute of Health (NIH). El VIH y el Embarazo. INFO-SIDA. Pag. 6. 2012. Disponible en: http://infosida.nih.gov/contentfiles/EIVIHYEIEmbarazo_FS_sp.pdf

Ndikom CM, Onibokun A. Knowledge and behavior of nurses/midwives in the prevention of vertical transmission of HIV in Owerri, Imo state, Nigeria: a cross-sectional study. BMC Nursing 2007; 6: 9.

OMS, ONUSIDA y UNICEF. Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH / SIDA en la salud sector. Informe sobre la marcha, junio de 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. (2)

ONUSIDA. Informe de ONUSISA para el día mundial del SIDA. 2011

Panchón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2003

Pietrani, María José. Maternidad en Mujeres VIH Positivo. Universidad Abierta Interamericana. Argentin. 2010. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC099617.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Rep. Dominicana. Población con SIDA en la Hispaniola. Disponible en: <http://www.pnud.org.do/vihsida>

Rivera Landa, Diana. Prevalencia la co-infección VIH/-Hepatitis Viral B/C y los determinantes sociales en usuarios del CAPASITIS del Hospital Dr. Luis f. Nachon, Xalapa, México, 2011.

Rodríguez García J. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2010

Roger V. Revilla Y. Los virus y el SIDA. 2010

Rojas, W..et..al. Inmunología de rojas. 15va. Edic. Corporación de Investigaciones Biológicas, Bogotá, Colombia, 2010. Pág. 321-323.

Salud publica image Library. Ilustraciones, archivos multimedia. Centros para control y enfermedades de trasmisión sexual (ETS) de estados Unidos.

Valdés R. enrique. VIH-SIDA y embarazo: ACTUALIZACION Y RALIDAD Departamento de obstetricia y Ginecología Hospital clínico J.J. Aguirre. Universidad de chile. REV CHILR EOVB SCTHEL OGBINSETCEOTL G2C; O6L7 (20); O 126; 06-7(626) Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n2/art16.pdf>

Varelaenred. Infecciones oportunistas. <http://www.varelaenred.com.ar/infec-oportu.htm>

Vélez A., Rojas W., Borrero J., Restrepo J. Fundamentos de Medicina. Enfermedades Infecciosas. 2003

Vélez H, Rojas W, Borrero J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones transmisión sexual. 2005

Varelaenred. Infecciones oportunistas. <http://www.varelaenred.com.ar/infec-oportu.htm>

ANEXOS

PRESUPUESTO.

| Descripción | Cantidad | Valor RD | Total RD |
|---|----------|---------------|------------------|
| Inscripción de tesis. | 3 | RD\$6,000.00 | 18,000.00 |
| Servicios de Internet. | 20 | RD\$30.00 | 600.00 |
| Digitación, tabulación Impresión, empastado, | 6 | RD\$15,000.00 | 15,000.00 |
| Fotocopias | 10 | RD\$60.00 | 600.00 |
| Encuadernación | 10 | RD\$100.00 | 1,000.00 |
| Memoria USB | 1 | RD\$600.00 | 450.00 |
| CD | 2 | RD\$25.00 | 50.00 |
| Tarjetas telefónicas | P.A. | RD\$3,000.00 | 3,000.00 |
| Trasporte | 10 | RD\$300.00 | 3000.00 |
| TOTAL | | | 42,000.00 |

Cronograma

| Actividades | 2017 | | | | 2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|--|--|--|--|
| | Nov. | | | | Dic. | | | | Ene. | | | | Feb. | | | | Mar. | | | | Abr. | | | | May. | | | | Jun. | | | | Jul. | | | | Agos. | | | | | | | |
| Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| Inscripción de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscripción del grupo de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selección del problema de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción de antecedentes y planteamiento del problema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción de la justificación, formulación de objetivos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Variables y Operacionalización de variables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esquema del marco teórico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño metodológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de anteproyecto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recopilación de Información para el Marco teórico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del Marco Teórico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recopilación de Datos para Resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de los Datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Discusión, Conclusión, Recomendaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Impresión para Revisión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación Reporte Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL
DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA, DICIEMBRE - MAYO 2018.**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha _____ **No. de Record** _____

1.- Edad _____

2.- Estado Civil

- 2.1.- Soltera []
- 2.2.- Casada []
- 2.3.- Unión Libre []

3.- Procedencia

- 3.1.- Zona Rural []
- 3.2.- Zona Urbana []

4.- Nacionalidad

- 4.1.- Dominicana []
- 4.2.- Haitiana []
- 4.3.- Otras []

5.- Parejas sexuales.

- 5.1.- 1 Pareja []
- 5.2.- 1-2 parejas []
- 5.3.- 3 parejas []
- 5.4.- Más de 3 []

6.- Ocupación

- 6.1.- Ama de casa []
- 6.2.- Trabajadora sexual []
- 6.3.- Empleada privada []
- 6.4.- Empleada pública []
- 6.5.- Otros []

7.- Edad Gestacional

- 7.1.- 1er trimestre []
- 7.2.- 2do trimestre []
- 7.3.- 3er trimestre []

8. Programa Transmisión Vertical

| Paciente Archivo | Diagnóstico antes de las 34 semanas de gestación | | Mujer con acceso a TARV | | TARV Utilizada | | | Vía de Resolución del Embarazo | |
|---------------------|---|----|----------------------------|----|---------------------------------|----------|-------------------|-----------------------------------|-------|
| | SI | NO | SI | NO | AZT+3TC+ Lopinavir/Ritonavir | Sólo AZT | Otros Esquemas | Cesárea | Parto |
| | | | | | | | | | |

Sustentante

Dra. Indy A. Núñez F.

Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica

Dr. José Guillermo Beltré Marte
Asesor Clínico

Jurado:

Dra. Carmen Valdez

Dra. Odalis Hernández

Dra. Guadalupe Linares

Autoridades:

Dra. Gladys Soto
Coordinadora Residencia MFyC

Dra. Glendis Ozuna
Jefe de Enseñanza

Dr. William Duke
Decano de la Facultad Ciencias de la Salud
(UNPHU)

Fecha presentación _____

Calificación: _____