

***COMPORTAMIENTO DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN EL ESTADO LARA.
CENTRO REGIONAL DE INMUNOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
DR. ANTONIO MARIA PINEDA***

* Jocyary Zavarce; ** Elida Dapena

PALABRAS CLAVE: Virus Inmunodeficiencia Adquirida. Transmisión Vertical. Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical. PNSIDA/ITS.

RESUMEN

Para evaluar el comportamiento de la transmisión vertical de VIH en el estado Lara durante el lapso 2011-2014, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo longitudinal, revisándose 164 historias clínicas de recién nacidos productos de madres VIH positivas controlados en el Centro Regional de Inmunología del Hospital Central "Antonio María Pineda", donde el mayor porcentaje de pacientes (29,87%) correspondió al año 2012; 76,82% de los recién nacidos fueron registrados antes del mes de edad; predominó el sexo masculino (52,44%) y 95,73% era procedentes del estado Lara siendo los municipios más afectados Iribarren (55,41%) seguido de Palavecino (15,28%). Con relación al cumplimiento del tratamiento antirretroviral según el protocolo de prevención de transmisión vertical del VIH se evidenció que 90,24% de las madres lo recibieron. Además al 80,48% se les practicó cesárea, 98,78% se le omitió la lactancia materna y 98,78% de los niños cumplieron zidovudina vía oral durante seis semanas post nacimiento. Se encontró que 81,71% de los niños resultaron negativos para VIH siendo el porcentaje de transmisión vertical global 3,60%. Al relacionar los resultados de los expuestos perinatalmente al VIH con el cumplimiento del protocolo se evidenció que el 100% (n120) de los que cumplieron el protocolo completo resultaron negativos para el Virus, mientras que el 100% (n5) de los que no lo cumplieron se infectaron. En conclusión, la reducción de la transmisión vertical del VIH se logra con el diagnóstico precoz del virus durante el embarazo y el cumplimiento del protocolo de prevención en todas sus fases. De ahí la importancia de un buen control prenatal para disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH.

***PERFORMANCE OF VERTICAL TRANSMISSION OF HIV IN LARA STATE. REGIONAL
IMMUNOLOGY CENTER OF THE HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARÍA
PINEDA***

KEY WORDS: Acquired Immunodeficiency Virus. Vertical Transmission. Protocol for the Prevention of Vertical Transmission. PNSIDA/STI.

ABSTRACT

To evaluate the performance of vertical transmission of HIV in Lara State during the period 2011-2014, a longitudinal retrospective descriptive study, reviewing medical records of 164 infants of HIV positive mothers products controlled at the Regional Hospital Immunology Center of Hospital Central Universitario "Antonio Maria Pineda" where the highest percentage of patients (29,87%) corresponded to the year 2012; 76,82% of newborns were registered before the month of age; male predominance (52,44%) and 95,73% gender from Lara state was the most affected Iribarren (55,41%) followed by Palavecino (15,28%) municipalities. With regard to adherence to antiretroviral therapy according to the protocol of prevention of MTCT of HIV showed that 90,24% of mothers received it. In addition to the 80,48% were cesarean, 98,78% will be omitted breastfeeding and 98,78% of the children were zidovudine orally for six weeks after birth. It was found that 81,71% of children tested negative for HIV and the percentage of 3,60% overall vertical transmission. By relating the results of perinatally exposed to HIV protocol compliance was evident that 100% (n120) of those who met the full protocol were negative for the virus, while 100% (n5) of those who do not They infected met. In conclusion, the reduction of vertical HIV transmission is achieved with early diagnosis of the virus during pregnancy and prevention protocol compliance in all its phases. Hence the importance of good prenatal care to reduce the risk of vertical transmission of HIV.

* Residente del Postgrado de Puericultura y Pediatría.

** Pediatra puericultor, especialista II, coordinadora del programa de transmisión vertical del estado Lara.

INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH / SIDA) es un problemas de salud pública. Más de la mitad de los casos nuevos de infección con VIH ocurren en personas menores de 24 años de edad, ocupando las mujeres jóvenes un 0,6% de prevalencia. (1)

La pandemia se ha ido feminizando. Este incremento guarda vital importancia por el impacto que la infección tiene en el grupo de edad pediátrica (2). Es por esto que existen medidas de prevención de la transmisión vertical como lo son administración de la terapia antirretroviral a la gestante, aplicación de terapia antirretroviral intraparto, terapia antirretroviral al neonato y omisión de la lactancia materna.

En Venezuela a través del Programa Nacional de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida/Infecciones de Transmisión Sexual (PNSIDA/ITS), ha implementado estas medidas, es por esto que surgió la necesidad de realizar esta investigación con la finalidad de describir el comportamiento de la transmisión vertical de VIH en el Estado Lara, a través de los resultados de la aplicación de este protocolo de prevención, en las madres VIH positivas y sus neonatos contabilizados en el Centro Regional de Inmunología del Estado Lara durante el período 2011-2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo longitudinal. La población la conformo los pacientes pediátricos expuestos perinatalmente al VIH, es decir, hijos de madres seropositivas para VIH que acudieron al control de la consulta pediátrica del Centro Regional de Inmunología del Estado Lara, durante el lapso 2011-2014, obteniendo un total de 164 historias clínicas. Se recolectaron los datos a través de un instrumento diseñado a tal fin. Los datos fueron procesados y analizados y se presentaron en cuadros y gráficos, con frecuencias y porcentajes. Los resultados de este estudio permitieron evaluar el comportamiento de la transmisión vertical en los pacientes expuesto perinatalmente al VIH.

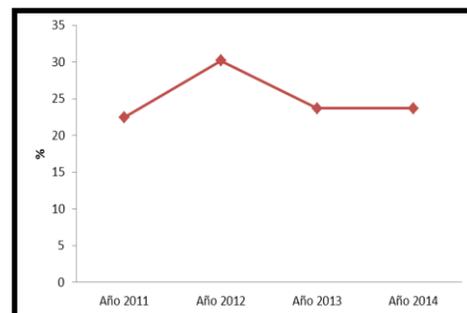
RESULTADOS

Se presentan los resultados del trabajo de la investigación realizada.

Cuadro 1. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH registrados en el Programa Regional de SIDA/ITS Lara durante el lapso 2011 – 2014.

Años	Nº	%
2011	38	23,17
2012	49	29,87
2013	40	24,39
2014	37	22,57
Total	164	100,0

Gráfico 1. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH registrados en el Programa Regional de SIDA/ITS Lara durante el lapso 2011 – 2014.

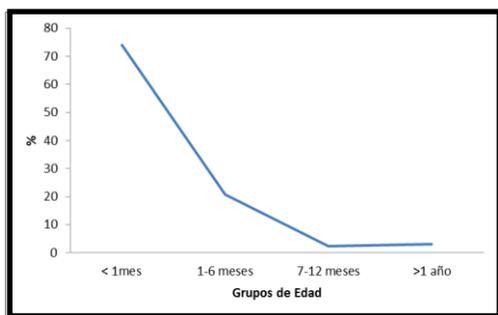


Durante el lapso de estudio se evidencia que el mayor porcentaje de hijos de madres seropositivas para VIH registrados en el Programa Regional de SIDA/ITS Lara corresponde a 29,87% en el año 2012.

Cuadro 2. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según edad.

Edad (Meses)	Nº	%
< 1	126	76,82
1 – 6	34	20,73
7 – 12	3	1,82
>13	1	0,63
Total	164	100,0

Gráfico 2. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según edad.

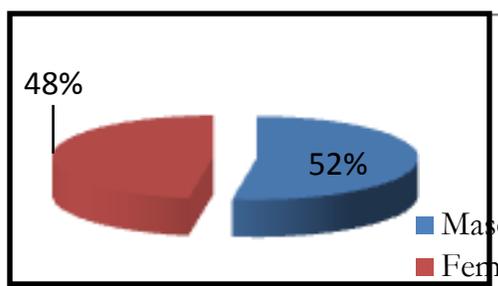


En relación con la edad de los pacientes pediátricos se obtuvo que 76,82% correspondan a los menores de un mes, mientras que 20,73% son pacientes entre 1 y 6 meses.

Cuadro 3. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según sexo.

Sexo	N°	%
Masculino	86	52,44
Femenino	78	47,56
Total	164	100,0

Gráfico 3. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según sexo.

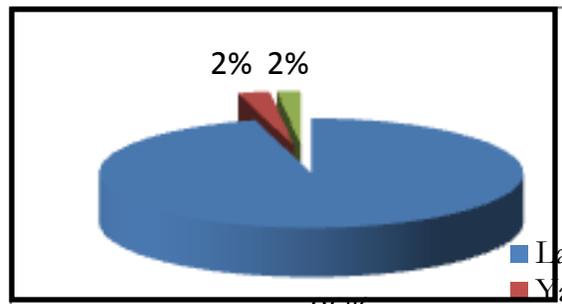


De los pacientes estudiados el 52,44% corresponde al sexo masculino y 47,56% al femenino.

Cuadro 4. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según procedencia por estados.

Procedencia por Estados	N°	%
Lara	157	95,73
Yaracuy	4	2,44
Portuguesa	3	1,83
Total	164	100,0

Gráfico 4. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según procedencia por estados.

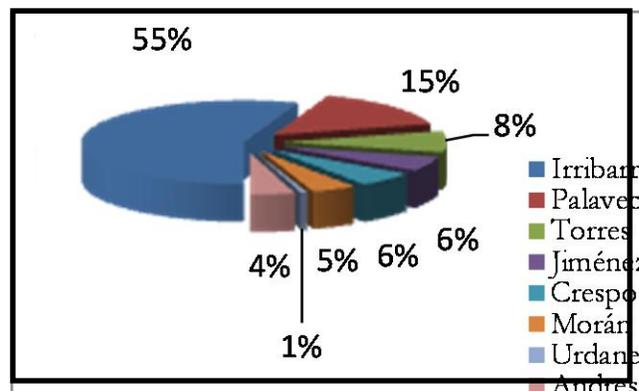


En cuanto a la procedencia, 95,73% reportaron ser del estado Lara, 2,44% del estado Yaracuy y 1,83% de Portuguesa.

Cuadro 5. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según procedencia por municipios del estado Lara.

Procedencia por Municipios	N°	%
Iribarren	87	55,41
Torres	13	8,28
Morán	7	4,45
Jiménez	9	5,73
Urdaneta	1	0,63
Crespo	9	5,77
Andrés Eloy Blanco	7	4,45
Palavecino	24	15,28
Total	157	100,0

Gráfico 5. Distribución de hijos de madres seropositivas para VIH según procedencia por municipios del estado Lara.

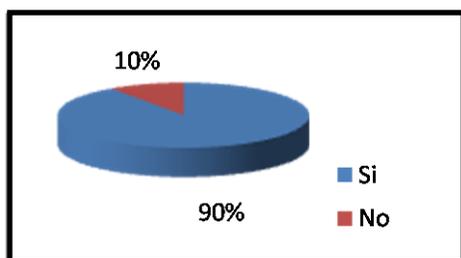


Del total de pacientes procedentes del estado Lara, 55,41% eran del municipio Iribarren, seguido de Palavecino con 15,28% y Torres con 8,28%.

Cuadro 6. Cumplimiento del tratamiento antirretroviral durante el embarazo según el protocolo de prevención de transmisión vertical del VIH.

Cumplimiento de tratamiento antirretroviral durante el embarazo	N°	%
Si	148	90,24
No	16	9,76
Total	164	100,0

Gráfico 6. Cumplimiento del tratamiento antirretroviral durante el embarazo según el protocolo de prevención de transmisión vertical del VIH.

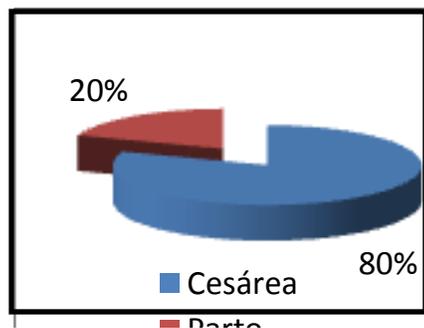


90,24% de las madres cumplieron el tratamiento antirretroviral durante el embarazo, según el protocolo de prevención de transmisión vertical del VIH. 9,76% no recibió tratamiento.

Cuadro 7. Tipo de parto de las madres seropositivas para VIH.

Tipo de Parto	N°	%
Cesárea	132	80,48
Parto Vaginal	32	19,52
Total	164	100,0

Gráfico 7. Tipo de parto de las madres seropositivas para VIH.

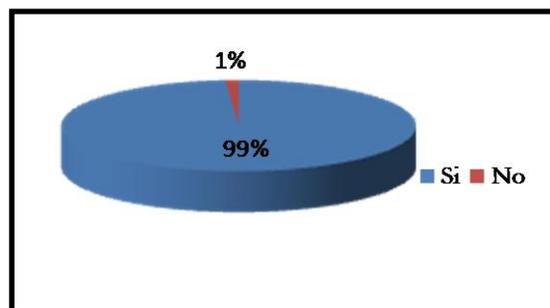


De acuerdo al tipo de parto, se evidencia que 80,48% fue por cesárea y 19,52% parto vaginal.

Cuadro 8. Cumplimiento de zidovudina en los hijos de madres seropositivas para VIH.

Cumplimiento de zidovudina	N°	%
Si	162	98,78
No	2	1,22
Total	164	100,0

Gráfico 8. Cumplimiento de zidovudina en los hijos de madres seropositivas para VIH.

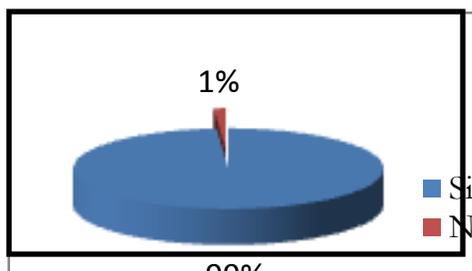


El 98,78% de los recién nacidos expuesto al VIH cumplieron con el tratamiento con zidovudina oral, en las primeras seis semanas de vida.

Cuadro 9. Omisión de lactancia materna en los hijos de madres seropositivas para VIH.

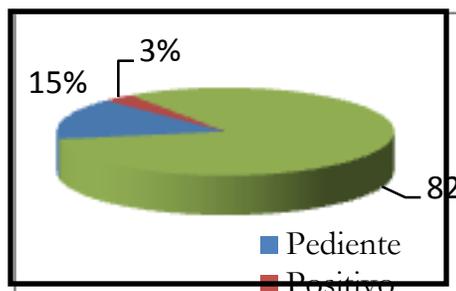
Omisión de la lactancia materna	N°	%
Si	162	98,78
No	2	1,22
Total	169	100,0

Gráfico 9. Omisión de lactancia materna en los hijos de madres seropositivas para VIH.



Del total de pacientes registrados, se encontró que 98,78% de las madres omitieron la lactancia materna y 1,22% no lo hizo.

Gráfico 10. Diagnóstico de VIH en pacientes expuesto perinatalmente.



De la muestra estudiada 81,71% resultó negativo para VIH, solo 3,05% resultó positivo. El resto de la muestra 15,24% aun no se ha sido definido el diagnóstico.

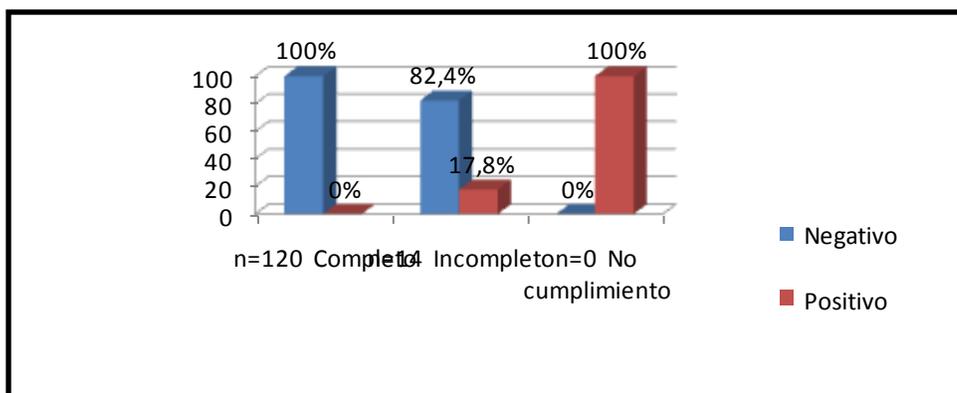
Cuadro 10. Diagnóstico de VIH en pacientes expuesto perinatalmente.

Diagnóstico de VIH	Nº	%
Negativo	134	81,71
Positivo	5	3,05
Pendiente	25	15,24
Total	164	100,0

Cuadro 11. Estatus serológico de los recién nacidos expuestos perinatalmente al VIH, según cumplimiento completo, incompleto o no cumplimiento del protocolo de prevención de transmisión vertical.

Esquema del protocolo de prevención de transmisión vertical	Expuesto perinatalmente al VIH				Total	
	Negativo		Positivo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Completo	120	100,0	0	0,0	120	100,0
Incompleto	14	82,4	3	17,6	17	100,0
No cumplimiento	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Total	134	(96,4)	5	(3,6)	139	(100,0)

Gráfico 11. Estado serológico de los recién nacidos expuestos perinatalmente al VIH, según cumplimiento completo, incompleto o no cumplimiento según del protocolo de prevención de transmisión vertical.



El 100% (120) de los expuesto perinatalmente al VIH que cumplieron el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical resultaron negativos, mientras que el 100% (2) de los niños cuyas madres no cumplieron ninguna fase del protocolo resultaron positivos; solo 17,6% (3) de los niños que recibieron el protocolo incompleto se infectaron. El porcentaje de transmisión vertical global fue 3,60%.

DISCUSIÓN

Se obtuvo que la mayor frecuencia de hijos de madres seropositivas para VIH registrados en el Programa Regional de SIDA/ITS ocurrió en el año 2012 con 29,87%, disminuyendo para el año 2013 a 24,39% y en el 2014 22,57% respectivamente. Según el OMS (2014), el número de mujeres con nuevas infecciones por el VIH disminuyó 44% del 2009 al 2012 en Ghana, un 23% en Uganda y 21% en Sudáfrica. No obstante, ONU (2013) afirma que en otros países prioritarios, la disminución del número de nuevas infecciones por el VIH en las mujeres fue más lenta o incluso se ha estancado, y permanece en niveles altos. De allí, que a escala mundial, el ritmo del descenso de nuevas infecciones por el VIH en las mujeres ha disminuido desde 2008, lo que subraya la necesidad de intensificar los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones por el VIH en las mujeres y sus parejas sexuales.

Es importante señalar, que en el transcurso del tiempo Vargas y Trujillo (2012) obtiene una distribución mayor en el año 2009 (75%), disminuyendo progresivamente hasta el año 2012 (42%).

Al describir las características demográficas de los hijos de madres seropositivas se encontró que 76,82% son menores de un mes y 20,73% son pacientes entre 1 y 6 meses. Por su parte, Quiroz (2007) reporta que 43,8% de los niños estudiados eran menores de 6 meses. Esto significa que casi todos los pacientes son captados tempranamente, lo que es reporta beneficios ya que al hacer el diagnóstico precozmente el pronóstico mejora notablemente. El 52,44% eran del sexo masculino y 47,56% del femenino, este resultado se puede comparar con el obtenido por Dapena (2011) quien consigue ligero predominio de varones (51,7%). Asimismo, esta autora menciona que la mayoría de los niños residen en los municipios Iribarren y

Palavecino, lo cual coincide con el presente estudio donde se observó que 95,73% proceden del estado Lara, siendo los municipios más afectados Iribarren (55,41%), Palavecino (15,28%) y Torres (8,28%).

Si bien aumentó el acceso a los medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, el avance ha sido más modesto en otros aspectos programáticos del Plan Mundial, incluida la prevención primaria del VIH en las mujeres gestantes. Es así, como se evidencia en el presente estudio que 90,24% de las madres portadora de VIH recibieron tratamiento retroviral y solo 9,76% no lo recibió. En cambio, el informe de ONU-SIDA (2013) expresan que las mujeres embarazadas a nivel mundial que recibieron tratamiento antirretroviral en 2012 fue 58%.

Aunque la morbilidad y la mortalidad relacionada con el VIH han disminuido significativamente con el tratamiento antirretroviral de alta eficacia, la repercusión sobre la frecuencia de transmisión vertical ha sido menos notoria. Por lo que se establece un escenario ideal, cuyas medidas de prevención se deben iniciar durante la gestación (o incluso antes de la concepción). No obstante, en el escenario real del país, un elevado porcentaje de mujeres embarazadas no asisten al control prenatal, y gran parte sólo acude a los centros de salud al final del embarazo o cuando el nacimiento es inminente, así lo señala Osorio y otros (2014). De esta manera, cobra relevancia la intervención del pediatra en esos momentos es crucial y trascendente, ya que constituye la última oportunidad para evitar una enfermedad crónica de profundo impacto para el paciente, la familia y la sociedad.

Sobre la base de estas premisas, se indagó sobre el tipo de parto, demostrándose que 80,48% fue por cesárea y 19,52% parto vaginal. Al respecto, Cecchini y otros (2011) coinciden que la proporción de cesáreas fue de 58,0%. Estos resultados son respaldados por Vargas y Trujillo (2012) pues la cesárea electiva se considera una medida que reduce la exposición del niño a sangre o secreciones vaginales.

De igual manera, Sánchez y otros (2013) expresa que entre las medidas profilácticas más efectivas se constató el uso de drogas antirretrovirales (zidovudina) que fueron indicadas sola o en combinación con otras durante el embarazo, parto y

en las seis primeras semanas de vida del bebé, además, de la eliminación de la lactancia materna.

Por consiguiente la falta de ampliación del acceso a los servicios para obtener un diagnóstico precoz de los recién nacidos es un motivo importante que explica por qué, en muchos lugares, la cobertura de tratamiento contra el VIH permanece mucho más baja para los niños que para los adultos. Al respecto, 98,78% de los niños recibieron zidovudina profiláctica en el lapso de estudio, cifras que sobrepasaron a las encontradas por Cecchini y otros (2011) donde fue 73%.

Está demostrado que el VIH se transmite a través de la lactancia materna tal como lo expresa Guerra y otros (2009), así mismo Vargas y Trujillo (2012) refieren en su investigación que la administración de lactancia materna es el factor con mayor probabilidad de riesgo para que un neonato sea infectado con VIH posterior al nacimiento. Por lo tanto, Patel y otros (2010) mencionan que desde el inicio de la epidemia se estableció que en los lugares en los que fuera seguro, accesible económicamente y aceptado culturalmente se alimentara de forma exclusiva con fórmula artificial a los recién nacidos de madre con infección por el VIH; de allí, se encontró que 91,56% de las madres omitieron la lactancia materna.

Por otra parte, se realizaron pruebas como el PCR antes de los 18 meses y ELISA posterior a esa edad en los productos de madres seropositivas, obteniendo que 3,05% resultaron positivo, mientras que el 81,71% fue negativo y solo en 15,24% estuvo pendiente el resultado; cifras que disminuyeron en comparación con las encontradas por Dapena (2011) donde se obtuvo que 21% de los estudiados resultaron positivos y 64,8% fueron negativos. Esto podría explicarse por la diferencia en los periodos de estudio, que no son comparables.

Es por ello, que es importante clasificar los niños según condición serológica y cumplimiento completo, incompleto y no cumplimiento del protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH; es así como se demuestra que los recién nacidos expuestos perinatalmente al VIH que cumplieron el protocolo completo de prevención el 100% (120) resulto negativo para VIH. Por el contrario los que cumplieron de manera incompleta el protocolo de prevención de transmisión vertical 17.6% (3) resultaron infectados por el virus ya que el

tratamiento con zidovudina fue implementado más allá de las 72 horas post nacimiento, por haberse hecho el diagnóstico tardío en la madre. Igualmente, en los que no cumplieron ninguna fase del protocolo el 100% (2) fueron positivo. Esto se puede confrontar con los resultados obtenidos por Dapena (2011) que al comparar la condición serológica con el cumplimiento del protocolo de prevención 100% de los recién nacidos expuestos que cumplieron el protocolo completo de prevención resultaron negativos para VIH, siendo positivos 61,6% de los que no recibieron ninguna fase del protocolo.

El porcentaje de transmisión vertical global se encontró en 3,60%, cifras que se relacionan con el estudio realizado por Cecchini y otros (2011) donde reportan una transmisión vertical de 1,3%, siendo mayor el porcentaje obtenida en la presente investigación.

Es por esto, que se hace fundamental apoyar a las mujeres a lograr sus objetivos de forma segura a través de la reproducción antes de la concepción, durante el embarazo y después del parto, así como de los servicios de apoyo, de manera que se responda a las necesidades del número creciente de mujeres que viven con VIH que expresan la intención de tener hijos.

Finalmente, para mejorar estos resultados se requiere la implementación de sistemas y protocolos para la recopilación, el análisis y el uso estratégico de datos para la prevención de la transmisión materna infantil.

CONCLUSIONES

Como resultados de esta investigación se puede concluir:

1. Se evidenció que el mayor porcentaje de niños expuestos perinatalmente al VIH del Programa Regional de SIDA/ITS Lara ocurrió durante el año 2012, disminuyendo para los años 2013 y 2014.
2. Como características de los niños de madres seropositivas para VIH se destaca que la mayoría eran menores de un mes, con un ligero predominio del sexo masculino, procedentes en su mayoría del estado Lara de los municipios Iribarren y Palavecino.

3. El tratamiento antirretroviral se cumplió en casi la totalidad de las gestantes, también fue más frecuente la cesárea y la omisión de la lactancia materna. Además, la mayoría de los niños recibieron tratamiento antirretroviral con zidovudina.
4. En relación al diagnóstico del VIH en los pacientes expuestos perinatalmente durante el período de estudio resultaron negativos 81,71% y solo el 3,05% fue positivos.
5. De los expuestos perinatalmente al VIH que cumplieron todas las fases del protocolo de prevención de la transmisión vertical el 100% resulto negativo; mientras, que lo que recibieron el protocolo de forma incompleto o no cumplieron ninguna fase la frecuencia de resultados positivos fue mayor, lo que demuestra que la implementación con cumplimiento completo del protocolo reduce un 100% el riesgo de transmisión vertical del VIH.
6. El porcentaje de transmisión vertical global se ubico en 3,60%.

Finalmente, para la reducción de la transmisión vertical del VIH resulta necesario un diagnóstico precoz en todas las gestantes, que permita la aplicación de terapia antirretroviral, elección cuidadosa e individualizada del tipo de parto. Además, en el recién nacido, deberá evitarse la lactancia materna e iniciar precozmente la profilaxis con antirretrovirales indicados en cada caso.

RECOMENDACIONES

Con base a las conclusiones arrojadas en esta investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Promover por medio de material impreso, radio y televisión, sobre la importancia del tamizaje a la mujer embarazada, dando a conocer que al detectar tempranamente la infección existe la posibilidad de disminuir e incluso eliminar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana vía vertical.
2. Fomentar tanto en la mujer embarazada VIH positivo como en el personal médico y paramédico la importancia del cumplimiento del protocolo de transmisión vertical de VIH que se

encuentra en el manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas.

3. Presentar la investigación a las autoridades competentes con el objetivo de dar a conocer la estadística de la transmisión vertical en la región.
4. Fortalecer la vigilancia y la información epidemiológica como herramientas indispensables para cumplir los objetivos del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA en Venezuela.
5. Mejorar los tiempos de la entrega de los resultados de las pruebas virológicas de manera de asegurar tratamiento y seguimiento de cada paciente.
6. Continuar con esta línea de investigación haciendo énfasis en estudios sobre la transmisión del VIH, impacto de la infección por VIH, morbilidad y la mortalidad asociada al VIH.
7. Mejorar la promoción de la salud sexual, el autocuidado, la prevención, la identificación de conductas riesgosas, el diagnóstico y tratamiento precoces.
8. Difundir en las mujeres los derechos sexuales y derechos reproductivos, de manera que tomen conciencia sobre el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos, así como a tener acceso a información, educación y medios necesarios para poder ejercer estos derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CECCHINI, D., MARTÍNEZ, M., ASTARITA, V., NIETO, C., GIESOLAURO, R., RODRÍGUEZ, C. (2011). Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 30(3): 189 – 195.
2. Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 datos sobre el VIH/SIDA. Nota descriptiva N° 360. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>. (Consulta: 2015, abril 12).