



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES EN LA
TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO,
PERÍODO 2011 – 2015”**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTORAS
MELISA SCHIRLEY MUNDACA GUERRERO
RUT ANGÉLICA VIDAURRE DÍAZ

ASESOR
DR. OSCAR FELIPE ROMERO GONZÁLES

CHICLAYO - PERÚ
2019

DEDICATORIA

A mi Dios

Quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la fortaleza ni desfallecer en el intento.

A mi esposo

Por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su apoyo.

A mis amadas hijas

Por ser mi fuente de inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis amados padres y hermana

Quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpliera con mis ideales.

MELISA SCHIRLEY

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme regalado la dicha de nacer, por ser el artífice de todos los momentos vividos y por estar siempre a mi lado y darme las fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados

A MIS PADRES: EDUARDO Y FLOR

Por brindarme su apoyo incondicional en cada momento de mi vida, con amor y confianza, enseñándome que el esfuerzo siempre tiene una recompensa.

A MI FAMILIA

Por que con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra manera me acompañan en todos mis sueños y metas.

RUT ANGÉLICA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro asesor de tesis, Dr. Oscar Felipe Romero por habernos guiado durante todo el proceso de elaboración de la investigación, por su tiempo, su apoyo y sobre todo por la humildad con que comparte su enseñanza.

Al director del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Dr. Jhon Alexander Joo Salinas por haber aceptado que se realice nuestra tesis.

A las personas que hicieron posible esta investigación y guiarnos, para así culminar nuestra tesis.

LAS AUTORAS

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	11
c. Base Teórica	16
1.2 Problema	32
1.3 Hipótesis	32
1.4 Objetivos	33
1.5 Justificación de la Investigación	33
1.6 Variables: Operacionalización	35
II. MATERIAL Y MÉTODOS	36
2.1 Tipo de Investigación	36
2.2 Diseño de Contrastación	36
2.3 Población y muestra	36
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	37
2.5 Procedimiento	37
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	37
III. RESULTADOS	39
IV. DISCUSIÓN	43
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	52

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período 2011 – 2015. Se realizó el presente estudio de tipo Retrospectivo, Observacional, Descriptivo y Transversal, cuyo diseño fue No Experimental. La población estuvo constituida por 106 madres con sus respectivos recién nacidos, que cumplieron con los criterios de selección.

Los principales resultados fueron:

- La frecuencia de gestantes con transmisión vertical del VIH fue 96.36%.
- La población se caracterizó por ser joven en el 43.96%, conviviente en el 59.34%, procedentes de zonas rurales en el 39.56% y pertenecientes a un nivel socio económico y cultural bajo en el 87.91%.
- Se encontró una Sensibilidad del 94%, Especificidad del 28%, Valor predictivo positivo del 69% y Valor predictivo negativo del 27%, en el Tratamiento con Antirretrovirales en la Transmisión Vertical del VIH.
- El tratamiento con antirretrovirales en gestantes es eficaz en la Transmisión vertical del VIH por su alta Sensibilidad y baja Especificidad.

Palabras Claves: Eficacia, tratamiento, antirretrovirales, Transmisión vertical del VIH, gestantes.

ABSTRACT

With the general objective of determining the efficacy of antiretroviral treatment in the vertical transmission of HIV in pregnant women treated at the Teaching Regional Hospital las Mercedes - Chiclayo, period 2011 - 2015. This study was conducted Retrospective, Observational, Descriptive and Cross-sectional whose design was Non-Experimental. The population consisted of 106 mothers with their respective newborns, who met the selection criteria.

The main results were:

- The frequency of pregnant women with vertical transmission of HIV was 96.36%.
- The population was characterized as being young at 43.96%, cohabiting at 59.34%, coming from rural areas at 39.56% and belonging to a socio-economic and cultural level low at 87.91%.
- A sensitivity of 94%, specificity of 28%, positive predictive value of 69% and negative predictive value of 27% was found in the treatment with antiretrovirals in the vertical transmission of HIV.
- Treatment with antiretrovirals in pregnant women is effective in the vertical transmission of HIV due to its high sensitivity and low specificity.

Keywords: Efficacy, treatment, antiretrovirals, Vertical transmission of HIV, pregnant women.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión vertical o materno - infantil.^{1, 2} En ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15% - 45%, intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%.¹

Así pues, la comunidad mundial se comprometió a acelerar los progresos para la prevención de la transmisión materno - infantil del VIH mediante una iniciativa cuyo propósito fue eliminar las nuevas infecciones pediátricas por VIH para el año 2015 y optimizar la supervivencia y salud materna, neonatal e infantil.¹ Tan es así que hoy en día, la cobertura mundial del TAR (Tratamiento Antirretroviral) para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76%.²

La posibilidad de que una mujer embarazada e infectada de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) lo transmita al producto, es entre un 35 - 45%, la transmisión intraparto entre el 55% y 65% y la lactancia materna aporta del 15 al 20%. Desde la publicación de los

resultados del protocolo PACTG 076 (Pediatric AIDS Clinical Trials Group), diversos estudios evidenciaron la eficacia de la terapia antirretroviral para reducir la transmisión del VIH madre-hijo. Se demostró que la profilaxis con Zidovudina (ZDV) a las embarazadas infectadas de VIH reducía la probabilidad de infección del producto hasta un 67%, el uso de la terapia antirretroviral preventiva se ha generalizado. Como se conoce la mayor probabilidad de transmisión durante el embarazo es en el periodo perinatal, se estableció la pauta cesárea electiva. Con ambos se redujo la posibilidad de transmisión perinatal hasta en un 2%.³ Lo que representa uno de los más grandes logros en la prevención vertical del VIH. Sin embargo, su uso representa riesgos de desarrollar efectos adversos tanto en la mujer embarazada como en el feto y lactante. Por lo que se requiere de estudios como el que se presenta que permitan determinar la efectividad de los antirretrovirales.⁴

La OMS recomienda el TAR de por vida para todas las personas infectadas por el VIH, incluidas todas las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su recuento de CD4 y de su estado clínico. En 2016, el 76% de alrededor de 1,4 millones de embarazadas infectadas por el VIH en el mundo estaban en tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus hijos. Cada vez son más los países donde la tasa de transmisión materno - infantil es muy baja, y algunos de ellos como Armenia,

Belarús, Cuba y Tailandia han recibido la validación oficial de que se ha eliminado esta vía de contagio. Por otro lado, varios países con tasas elevadas de infección por este virus están alcanzando grandes progresos en su camino hacia la eliminación.²

La transmisión vertical es el modo frecuente de adquisición de la infección de VIH en los niños. Sin ninguna intervención un aproximado del 20% de los niños se infectan antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que un 50 - 80% lo hacen durante el parto (infección intraparto); la lactancia materna puede incrementar el 15.20% el riesgo de transmisión.⁵

El uso de terapias antirretrovirales para reducir la transmisión vertical del VIH es un avance importante para prevenir que los niños se infecten con el VIH. En lugares con los recursos necesarios, el tratamiento ha evolucionado de la monoterapia con zidovudina (ZDV) inicial al uso de la terapia antirretroviral combinada durante el embarazo. En los últimos años, la disminución de los precios y el apoyo de entidades internacionales han permitido que los países con bajos recursos puedan implementar programas masivos de suministro de terapia antiretroviral.⁶

En el año 2015, en América Latina y el Caribe se calculó 3 millones de personas infectadas, infectándose cerca de 200 000 personas

más, con un aceleramiento en la tasa de infección de mujeres y el consiguiente aumento en la transmisión de madre a hijo.⁷

Sin embargo, el uso de estos agentes, se han asociado con el parto prematuro, anemia y bajo peso al nacer. Por ello, el objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en gestantes embarazadas infectadas por el VIH durante los años 2011 – 2015, con el respectivo seguimiento de los productos.

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales:

Internacionales

Paz C, Albán C, Rodríguez C (Ecuador - 2017).⁸ Ejecutaron un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar el tratamiento de prevención de transmisión vertical mediante la medición de la efectividad, adherencia y seguridad del tratamiento antirretroviral en un Hospital Público de Babahoyo se analizaron a todas las gestantes con VIH, atendidas durante el periodo 2014 a 2015. Las variables medidas fueron eficacia del programa, demostrado por el número de los recién nacidos sin VIH; adherencia al tratamiento y seguridad del tratamiento antirretroviral demostrado por el reporte de efectos adversos, cambios en los perfiles hematológicos/hepáticos, recuento de linfocitos CD4 y carga viral. Los principales resultados de la valoración a 40 casos de gestantes con VIH con el tratamiento

TARGA de: tenofovir + emtricitabina+ efavirenz. La eficacia en la transmisión vertical fue del 100%, con 0 casos de recién nacidos infectados. La adherencia al tratamiento fue del 95%. El esquema usado resultó ser seguro para las pacientes a pesar de que se observó un ligero aumento significativo en sus perfiles hepáticos. En el 93% de gestantes no tuvieron efectos adversos y los que sí fueron reportados tuvieron efectos poco intensos: cefalea y náuseas. Los autores concluyeron que se evidenció la protección del TARGA evitando la transmisión vertical de madres embarazadas infectadas por VIH, promovidas por su adherencia al tratamiento y la baja aparición de efectos adversos.

Damasceno K, Alves J, Araújo M, Valdanha A (Brasil – 2013).⁹

Elaboraron un estudio con el objetivo de analizar los resultados perinatales de las medidas profilácticas adoptadas en la prevención de la transmisión vertical del VIH en 168 mujeres con VIH y sus recién nacidos en una maternidad pública de Fortaleza, estado de Ceará, entre 2005 y 2009. Hallando que Las embarazadas que conocían el diagnóstico en forma previa al embarazo tuvieron una rápida atención que permitió una terapia antirretroviral eficaz y un mayor número de controles ($p < 0,05$). Se administró terapia antirretroviral al 97,6% de las embarazadas, triple esquema al 88,7%; AZT intraparto al 95,2% y AZT oral en jarabe al 100% de los recién nacidos. Predominó la cesárea (92,8%) asociada al AZT

intraparto al ser cotejada con el parto vaginal ($p < 0,001$). La cesárea proporcionó mayor administración de AZT intraparto.

Marecos M, Vera A (Paraguay – 2011).¹⁰ Realizaron un estudio observacional descriptivo en 3497 pacientes que tuvieron sus partos durante el año 2008 en el Hospital San Pablo (Asunción). Hallando una prevalencia de 0,82%. Todas las gestantes recibieron tratamiento antirretroviral y el seguimiento a largo plazo de los recién nacidos mostró una seroconversión en sólo 2 casos (5%).

Nacionales

Paz C (Lima - 2017).¹¹ Ejecutó un estudio cuantitativo, tipo observacional, de corte transversal, retrospectivo. Evaluando la efectividad del tratamiento antirretroviral en la transmisión vertical en embarazadas que asistieron al Hospital Martín Icaza en el año 2014. Para ello, se revisaron las historias clínicas de 40 gestantes con diagnóstico confirmativo de VIH con carga viral, recuento de CD4 atendidas. La seguridad del tratamiento se valoró mediante las pruebas bioquímicas del perfil hepático y sanguíneo, la eficacia mediante las pruebas de determinación de carga viral para evidenciar la transmisión vertical. Se solicitó la firma del consentimiento informado a todas las gestantes para determinar la adherencia mediante una entrevista y el llenado del cuestionario. Para el análisis de datos demográficos se usaron las estadísticas descriptivas y para determinar efectividad, seguridad y adherencia las pruebas no paramétricas de Rho Spearman, Kolmogorov-Smirnov,

para el análisis se trabajó con un intervalo de confianza del 95%. Se halló que el 72% reportó valores de carga viral menor a 20 copias. El 63% de las gestantes presentó valores de CD4 mayor a 500. En la eficacia del TARGA no hubo transmisión vertical postparto. Los niños y niñas fueron normales física y clínicamente. La adherencia al TARGA categoriza a las gestantes en cumplidoras al 95% con una actitud positiva al medicamento.

Velásquez C (Lima - 2011).¹² Indica que la población atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal no ha variado su perfil el 30% acude a control prenatal en el primer trimestre del embarazo, 40% en el segundo y 30% en el tercero varía entre 50 y 60% al año, y las características socioeconómicas de las mujeres que viven con VIH no difieren del resto de la población, en el embarazo en el cual se administran los ARV es el riesgo de transmisión VIH de la madre a su niño se encuentra a partir de las 36 semanas de gestación. Está confirmado actualmente que el uso de combinaciones de ARV es más efectivo que el uso de una o dos drogas. El uso de TARGA durante la gestación logra disminuir hasta menos del 2% la posibilidad de infección en el niño que era el objeto de estudio. En la población que no recibió tratamiento antirretroviral el riesgo de infección se encontró entre 23 y 27%, como limitaciones del estudio, mencionaremos que no fue posible evaluar el efecto de la culminación del embarazo por cesárea y la suspensión de la lactancia materna, pues el 95% de mujeres diagnosticadas como

portadoras de VIH durante el embarazo en el INMP culminan su gestación por cesárea y el 100% de niños expuestos no reciben lactancia materna. El autor concluye que los resultados muestran que la implementación de las guías nacionales para tratamiento antirretroviral y, en particular, el uso de TARGA en gestantes infectadas, ha logrado una disminución significativa de la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Locales

Julca F (Chiclayo - 2011).¹³ Elaboró una investigación Retrospectiva y descriptiva, cuyo diseño fue de una sola casilla por ser un estudio de identificación. El Objetivo General fue determinar el efecto que ejerce el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el feto; en pacientes gestantes con VIH atendidas en la Estrategia Sanitaria PROCITSS del Hospital Regional Docente las Mercedes. La población en estudio estuvo constituida por 60 pacientes gestantes con VIH, que dieron a luz en el hospital en mención entre los años 2007 al 2010 y los 54 niños nacidos vivos de tales partos. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 98.1% de los niños de madres seropositivas que recibieron Tratamiento Antirretroviral está libre de VIH, aunque se presentó un 13% de niños con bajo peso al nacer; seguido de un 5.5% de prematuros; además el 9.3% de las gestantes presentó RAM, a pesar de ello se llega a la conclusión de que el TARGA tiene un porcentaje altamente benéfico para el feto y contribuye sobremanera a disminuir la tasa de transmisión vertical.

Hallando que, el efecto que ejerce el TARGA en el feto es de 98.1% benéfico para este y no cabe duda que contribuye a evitar la transmisión vertical del VIH. La gestante seropositiva atendida en la estrategia sanitaria PROCITSS es consciente de su enfermedad y tomó con responsabilidad la terapia antirretroviral. Los signos y síntomas que se presentaron con más frecuencia en las gestantes seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral fueron trastornos gastrointestinales, cefaleas y mareos. Según los grupos etáreos encontrados; la maternidad está siendo iniciada cada vez más a temprana edad, lo que es un riesgo aún mayor para una gestante seropositiva. Las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral, no son obstáculos para combatir la transmisión vertical. Los efectos colaterales han atribuido supuestamente al TARGA, que se presentaron fueron bajo peso al nacer y prematuridad. La estrategia sanitaria de PROCITSS del H.R.D.L.M, logra un protocolo de prevención de la transmisión vertical de VIH, en magnitudes comparables a países en desarrollo.

c) Base teórica

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es un virus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Una persona puede ser “VIH positivo”, pero no tienen SIDA. Una persona infectada por el VIH puede durar 10 años o más sin desarrollar el SIDA. Una persona que es VIH positivo puede transmitir el virus a

otras personas cuando la sangre, el semen o los fluidos vaginales infectados entran en contacto con la piel rota/cortada o las membranas mucosas.¹⁴

El SIDA se ha convertido en una causa común de mortalidad materna, lo cual no parece debido a la aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan, lo que trae como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH.1-4. ¹¹

Una persona infectada de SIDA no puede luchar contra enfermedades como lo harían normalmente y son más susceptibles a las infecciones, ciertos tipos de cáncer y otros problemas de salud que pueden ser peligroso o mortal.¹⁴

Normalmente, en el embarazo, existe inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulinas y de la inmunidad celular, entre otros cambios, lo cual lleva a pensar que el embarazo en mujeres VIH positivas pudiera acelerar el progreso de la infección, pero estudios prospectivos realizados han sido contradictorios en sus resultados.¹¹

El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres VIH positivas asintomáticas, pero puede haber una rápida progresión en aquellas mujeres que se encuentren en un estadio avanzado.¹¹

PRUEBAS DE TAMIZAJE ^{15,16}

1. Las pruebas de laboratorio para tamizaje de VIH son: Prueba Rápida para VIH (PR) y ELISA, los resultados se informan como reactivo o no reactivo según corresponda.

Las pruebas confirmatorias (IFI, LIA, WB para VIH) se informan como positivas o negativas o indeterminadas según sea el caso.

2. En el caso de resultar reactiva la prueba para VIH el manejo debe ser realizado en el mismo establecimiento por el profesional responsable de la atención (Infectólogo, Ginecólogo -Obstetra, Médico/a General, Obstetra u otro profesional de la salud, de acuerdo a niveles de atención), según flujograma de Atención a la Gestante VIH o probable VIH (Anexo N° 2).
3. En caso de parejas serodiscordantes, con gestantes seronegativas se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses. Se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la consejería. La pareja, seropositiva deberá recibir tratamiento antirretroviral, independientemente de los criterios de inicio de TARGA y se debe asegurar el uso de preservativos. No se inicia tratamiento antirretroviral en gestantes seronegativas.
4. El Establecimiento de salud debe cumplir con realizar el seguimiento de toda niña/o expuesto al VIH, hasta conocer su

estado serológico a los 12 meses de edad (prueba de ELISA) o hasta confirmar o descartar el diagnóstico con PCR DNA VIH.

5. El seguimiento de todo niño/a hijo/a de madre con VIH, hasta el año de edad o hasta definir el estado serológico, estará a cargo de la Estrategia Sanitaria de ITS, VIH/SIDA del establecimiento, a través de las Consejeras Educadores de Pares.

PRUEBAS CONFIRMATORIAS

1. Las pruebas confirmatorias para VIH (WB, LIA, [FI], serán procesadas en el laboratorio de referencia nacional o en los laboratorios de la Red de referencia de laboratorios establecidos por el Instituto Nacional de Salud (INS).
2. Toda niña o niño expuesta/o al VIH se le debe de realizar obligatoriamente la prueba de reacción de cadena polirnerasa (PCR-DNA-VIH) al primer mes y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectada/o por el VIH. Se debe solicitar adicionalmente luego del 6° mes hasta el año de vida una prueba adicional de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) ante la posibilidad de que la madre pueda haberle dado a su niño lactancia mixta (lactancia materna + sucedáneos de leche materna)
3. La confirmación de los resultados reactivos para VIH es responsabilidad de los laboratorios referenciales de cada región y

del laboratorio del INS, según corresponda. Es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- La obtención y envío de las muestras necesarias para la confirmación de los casos debe ser oportuna, adecuada y de calidad; y es responsabilidad del Laboratorio del establecimiento.
- Las muestras obtenidas deberán cumplir las normas de conservación y además ser rotuladas como "gestantes" y ser enviadas al laboratorio donde se procesarán las pruebas confirmatorias (INS u otro laboratorio de la red) y los resultados estarán disponibles para el médico tratante en el portal de Internet en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles luego de su recepción, en el sistema.

REGISTRO DEL TAMIZAJE

1. El resultado de las pruebas de tamizaje VIH, deberán estar registrados en la historia clínica y en el carné perinatal de la paciente. Los resultados reactivos, además se anotarán en el Formato o registro de atención y seguimiento de pacientes.
2. El registro del tamizaje para VIH y Sífilis de todas las gestantes, púerperas y niños es obligatorio, siendo responsabilidad de quien realiza la actividad según el nivel de atención.

DEL DIAGNÓSTICO

1. Para efectos de la administración de la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, se considerará a aquellas gestantes que cumplan con las siguientes condiciones:
 - Gestante con Prueba de tamizaje reactiva, o
 - Gestante con prueba confirmatoria VIH positiva.
2. Toda gestante viviendo con VIH que inicia Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), será informada previamente de los beneficios y riesgos del tratamiento durante la gestación antes de firmar la hoja de consentimiento informado.
3. La gestante diagnosticada con VIH durante la atención prenatal, será referida oportunamente al establecimiento de salud de la jurisdicción, donde se pueda brindar atención integral adecuada y oportuna.
4. La cesárea es la vía de parto de elección para toda gestante diagnosticada con infección por VIH.
5. A toda gestante diagnosticada con VIH, se le realizará estudios de recuento de linfocitos CD4 y determinación de la Carga Viral.
6. En caso de que la gestante, esté recibiendo tratamiento antirretroviral y el resultado confirmatorio fuera negativo, se suspenderá el tratamiento y se reportará el caso al responsable de la ESN ITS VIH correspondiente.
7. En toda gestante que reciba TARGA, se reforzará la consejería y la educación para la salud, se recomienda seguir las pautas del manual de

buenas prácticas de dispensación y buenas prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para contribuir con la adherencia al tratamiento, dando énfasis a la importancia del agente de soporte personal.

DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y MANEJO DE LA GESTANTE¹⁷

Con fines de establecer el tratamiento de la gestante para prevenir la transmisión vertical, se definen 3 escenarios:

ESCENARIO 1 (VIH-E1): Gestante que por primera vez se le diagnostica la infección por VIH durante la atención prenatal o con diagnóstico previo que no recibe TARGA.

ESCENARIO 2 (VIH-E2):

Gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes de su embarazo.

ESCENARIO 3 (VIH-E3):

Gestante VIH diagnosticada por primera vez durante el trabajo del parto.

ESCENARIOS

ESCENARIO 1 (VIH - EI):

Gestante infectada por VIH, diagnosticada durante la atención prenatal.

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Se iniciará terapia antirretroviral triple **desde las 14 semanas de gestación** en adelante.
- Se solicitará los estudios de CD4 y Carga Viral conjuntamente con la prueba confirmatoria de ser necesario.
- El inicio de la terapia antirretroviral no está condicionado a la recepción de los resultados de CD4, Carga Viral o confirmación VIH de la gestante.
- El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV)
 - TDF 300 mg vía oral cada 24 horas.
 - 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas.
 - EFV 600 mg vía oral cada 24 horas.

El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.

ESCENARIO 2 (VIH-E2):

Gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Toda gestante viviendo con VIH que recibe TARGA desde antes del embarazo, recibirá la atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y continuará con el tratamiento que venía recibiendo.
- En caso de que el Efavirenz sea parte del esquema de tratamiento, éste será continuado si la gestante tiene carga viral indetectable. Si la carga viral es detectable, la paciente debe ser referida para evaluación del Infectólogo, quien definirá el esquema antirretroviral a seguir.
- El tratamiento antirretroviral que venía recibiendo se continuará durante el embarazo y después de producido el parto, y será derivada al equipo multidisciplinario de manejo del TARGA adulto.
- La responsabilidad de la indicación y monitoreo del tratamiento antirretroviral será del Médico Infectólogo o médico capacitado en manejo antirretroviral, en coordinación con los profesionales de salud encargados del seguimiento obstétrico de la paciente, de acuerdo a nivel de complejidad
- Si el establecimiento donde la gestante recibe TARGA no cuenta con la capacidad resolutive para brindar la atención integral (atención prenatal y cesárea) de la paciente, se deberá realizar la referencia oportuna al establecimiento correspondiente.

Riesgos para la Transmisión del VIH durante el Embarazo.

Si una mujer está infectada con el VIH, su riesgo de transmitir el virus a su hijo se reduce si se queda lo más saludable posible. De acuerdo con la March of Dimes, los nuevos tratamientos pueden reducir el riesgo de una madre, que se está tratando, a transmitir el VIH a su bebé a una posibilidad de 2% o menos.¹⁵

Los factores que aumentan el riesgo de transmisión incluyen: ¹⁵

- El fumar
- El abuso de sustancias
- La deficiencia de la vitamina A
- La desnutrición
- Las infecciones como enfermedades de transmisión sexual
- El estadio clínico del VIH, incluyendo la carga viral (cantidad de virus VIH en la sangre)
- Los factores relacionados con el parto y dando a luz
- La lactancia materna

Por su parte, la terapia antirretroviral debe cumplir los siguientes objetivos: epidemiológicos, clínicos, inmunológicos, y virológicos. Cada objetivo cumple diferentes funciones como, evitar la aparición de enfermedades relacionadas con VIH, restaurar y conservar la función inmunológica, reducir la carga viral plasmática del VIH que es el objetivo más importante de la terapia antirretroviral para alcanzar la máxima supresión del virus lo

que ocurre entre las 16 y 24 semanas iniciada la terapia; los pacientes con años de tratamiento con antirretroviral desarrollan efectos adversos como; redistribución de la grasa corporal, dislipidemia, diabetes, resistencia a la insulina, y osteopenia.¹⁶

La terapia antirretroviral de gran actividad es la combinación de fármacos de efectividad comprobada para el tratamiento del VIH, disminuye sustancialmente las infecciones, se viene utilizando desde 1996, recientemente se han aprobado nuevos medicamentos con beneficios sumados a la dosificación y perfiles mejorados de seguridad. Esta terapia debe cumplir con los objetivos epidemiológicos y clínico los cuales mejoran el perfil inmunológico disminuyendo la carga virológica.¹⁶

La toxicidad del TARGA es un problema de gran importancia tanto por su elevada incidencia como por sus potenciales consecuencias, el tratamiento antirretroviral de gran actividad ha reducido extraordinariamente la morbilidad y la mortalidad de la infección por VIH convirtiéndola en una enfermedad crónica potencialmente controlable.¹⁶

Entre los efectos adversos frecuentes de aparición precoz destacan; gastrointestinales, reacciones de hipersensibilidad, neuropsiquiátricos, hepatitis toxica y de aparición tardía; los metabólicos como lipodistrofia, ginecomastia, disfunción sexual y hematopoyéticas.¹⁶

El tratamiento antirretroviral se convierte en el epicentro de la vida del paciente con VIH, pero las posibilidades de vivir se relacionan directamente

con la forma de asumir la terapia. Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápido y si existe un reconocimiento a tiempo de los efectos adversos de los antirretrovirales ayudaría a realizar los cambios necesarios en forma temprana evitando la no adherencia de los pacientes a los mismos.¹⁶

La terapia antirretroviral reduce la transmisión de madre a hijo del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante el embarazo, el parto y la lactancia. Sin embargo, estos agentes se han asociado con el parto prematuro, anemia y bajo peso al nacer.¹⁶

Definición de Términos y Conceptos:

- **Tratamiento con Antirretrovirales:** Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para el VIH, comprende esquemas terapéuticos de 3 a más drogas ARV para evitar la proliferación del VIH. La terapéutica indicada debe demostrar eficacia y seguridad.¹⁸
- **VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.** Es el virus que causa la infección y afecta al sistema inmunológico (sistema de defensa), el cual protege nuestro cuerpo. El VIH se transmite por vía sexual, 97% del total de casos; por transmisión vertical, 2% (Transmisión de madre a hijo) y por vía sanguínea, con un 1%.¹⁸
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es la etapa en la que el sistema de defensa no está en capacidad de protegerlo ante las

enfermedades oportunistas y de los microorganismos del medio ambiente.¹⁸

- **Transmisión del VIH:** Para plantear una estrategia óptima de prevención de la transmisión materno infantil del VIH es necesario conocer los momentos y circunstancias que aumentan el riesgo de transmisión intrauterina. En el conjunto de la transmisión materno infantil, la transmisión intrauterina puede darse en un 25% de las infecciones en el niño/a con evidencia que puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, los estudios indican que la transmisión intrauterina se produce fundamentalmente en los momentos próximos al parto. El factor de riesgo más importante asociado a la transmisión materna infantil está relacionado a la carga viral. La medida de prevención fundamental es disminuir la replicación viral, por lo tanto, la administración de ARV debe iniciarse lo más precozmente a partir de las 14 semanas de gestación.¹⁸
- **Transmisión del VIH por contacto sanguíneo directo con sangre que tenga presencia del VIH:** Este contacto puede ser por compartir agujas utilizadas para drogas inyectables, o para realizar perforaciones para aretes, “piercings” o tatuajes y por transfusiones sanguíneas sin el control apropiado (es decir, si se utilizan agujas u objetos punzocortantes no esterilizados).¹⁸
- **Transmisión del VIH de Madre a Hijo:** Puede ser durante la gestación, durante el parto o a través de la leche materna al ser amamantado. La

cantidad de virus presente en la leche materna no implica riesgo de infección para una persona adulta, pero sí para el lactante.¹⁸

- **Transmisión a través de mucosas:** Específicamente ano o recto, vagina y pene, boca (menos riesgo) y ojos. Las mucosas son tejidos muy suaves, que tienen muchos pliegues y que se encuentran en zonas intermedias entre la piel externa y los órganos internos, específicamente en orificios del cuerpo como boca, ojos, recto, vagina, etc. Tienen muchísimos pliegues como una tela arrugada, es decir, si las extendiéramos tendrían un área mucho mayor de la que aparentan ocupar y están llenas de vasos sanguíneos que se conectan con el torrente sanguíneo interno. Estas partes del cuerpo requieren protección adecuada cuando entran en contacto con los tres fluidos potencialmente infecciosos para las personas adultas: sangre, semen y fluidos vaginales. El VIH presente en estos fluidos podría entrar a través de las mucosas citadas anteriormente y pasar al torrente sanguíneo, lo que produciría la infección. La saliva no es un fluido corporal potencialmente infeccioso, pues la concentración de VIH en ella no es lo suficientemente alta para infectar a otra persona. Por esta razón, un beso no implica riesgo.¹⁸
- **Gestante con infección por VIH, probable:** Gestante con prueba de tamizaje reactiva durante el embarazo (prueba rápida para VIH o ELISA para VIH). y que no tiene aún prueba confirmatoria.¹⁸

- **Gestante con infección por VIH, confirmada:** Gestante con pruebas confirmatorias de VIH positivas (IFI, WB, o LIA) antes o durante el embarazo. ¹⁸
- **Inmunofluorescencia indirecta para VIH (In):** Prueba confirmatoria de VIH. ¹⁸
- **Inmunoensayo en línea para VIH (LIA):** Prueba confirmatoria de VIH. ¹⁷
- **Inmunoelectrotrasferencia o Western Blot para VIH (WB):** Prueba confirmatoria de VIH. ¹⁸
- **Manejo Profiláctico de la Transmisión Vertical del VIH:** Se refiere a las intervenciones que se realizan para disminuir la transmisión madre-niño del VIH y son: Uso de antirretrovirales (ARV) en la gestante con infección por VIH, probable o confirmada y en la recién nacida o nacido expuesto, Cesárea electiva. Supresión de la lactancia materna y suministro de sucedáneos de leche materna. ¹⁸
- **Niña o Niño con infección por VIH:** Niña o niño menor de 18 meses de edad con dos pruebas de Reacción de Cadena Polimerasa (PCR DNA) positiva en dos determinaciones separadas; y niña o niño mayor de 18 meses con prueba de ELISA para VIH reactiva y prueba confirmatoria positiva. ¹⁸
- **Parejas serodiscordantes para VIH:** Cuando sólo uno de los miembros de la pareja tiene diagnóstico de infección VIH. ¹⁸
- **Prueba ELISA para VIH (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay):** Prueba inmunoenzimática para el tamizaje de VIH. ¹⁸

- **Prueba Rápida para VIH:** Prueba de tamizaje que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH y la lectura de los resultados es antes de los 30 minutos.¹⁸
- **Recién Nacida o Nacido expuesto al VIH:** Toda recién nacida o nacido de madre con infección por VIH, probable o confirmada.¹⁸
- **Transmisión Vertical del VIH:** Es el pasaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la madre a la niña o niño durante la gestación, parto o lactancia materna.¹⁸
- **Cesárea Electiva:** Vía de parto abdominal a través de un procedimiento quirúrgico planificado antes de la fecha de parto esperado (entre las 37 y 39 semanas de gestación), con membranas amnióticas íntegras y sin trabajo de parto.¹⁸
- **Hijo de madre con VIH, no infectado:** Niña o niño con dos o más pruebas virológicas negativas, una de ellas en mayores de 4 meses de edad y que no haya recibido lactancia materna, o dos pruebas de anticuerpos del VIH negativas tomadas de muestras separadas después de los 6 meses de edad.¹⁸
- **Serorrevertor:** Niña o niño con 2 pruebas de ELISA VIH no reactivas en mayores de 1 año, o una prueba de ELISA VIH en mayores de 18 meses con al menos un PCR DNA VIH negativo, luego de los 4 meses de edad.

¹⁸

Respecto a la Eficacia de un tratamiento podemos decir que se mide mediante.

- **Sensibilidad:** Probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo. ¹⁹
- **Especificidad:** Probabilidad de que un sujeto sano tenga un resultado negativo en la prueba. ¹⁹
- **Valor predictivo positivo (VPP):** Probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positiva. ¹⁹
- **Valor predictivo negativo (VPN):** probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es negativa. ¹⁹

1.2 Problema

¿Cuál es la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período 2011 – 2015?

1.3 Hipótesis

El tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período 2011 – 2015, tiene una alta sensibilidad y baja especificidad.

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período 2011 – 2015.

Objetivos Específicos:

1. Estimar la frecuencia de gestantes con transmisión vertical del VIH.
2. Identificar las características socio – demográficas maternas.
3. Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del tratamiento con antirretrovirales en las pacientes embarazadas con transmisión vertical.

1.5 Justificación de la Investigación:

Como ya se sabe, el VIH/SIDA es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial y uno de los retos más grandes en la actualidad, teniendo como tal, varias líneas de investigación; que están llevando a prevenir y tratar de manera oportuna. Así pues, la transmisión materna - infantil (transmisión vertical) del VIH es también considerado como un problema de salud pública que día a día se agrava más y más por el sub registro. Se estima que, el 90%

de niños/as, adquieren la infección por transmisión materno – perinatal.⁴

Es pertinente acotar que, una mujer portadora del VIH puede transmitir la infección a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia y por ello si la mujer no recibe atención médica, pero si la mujer controla su embarazo, se realiza el análisis de VIH, recibe tratamiento adecuado y evita el amamantamiento, las posibilidades de transmisión son menos del 3%, pero si la madre no se cumple ningún tratamiento las posibilidades de transmisión al hijo son de cerca del 30%. Como medida de prevención los especialistas aconsejan que la pareja conozca su serología antes de la decisión de un embarazo, para reducir el riesgo de infección, que en muchas veces es casi en su totalidad.⁸

La Investigación permitió determinar la efectividad del tratamiento antirretroviral a través de la relativa seguridad y eficacia del uso de los medicamentos antirretrovirales en las mujeres infectadas por el VIH en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo durante período 2011 – 2015 y responde a recomendaciones de investigaciones realizadas en otros países quienes indican que se necesita estudios sobre el uso de regímenes específicos y perfiles de efectos secundarios pueriles.

1.6 Variables:

Variable Independiente: Eficacia del Tratamiento con Antirretrovirales (TARGA).

Variable Dependiente: Transmisión vertical de VIH.

Operacionalización de Variables

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Sub Indicadores	Escala
V.I Eficacia del Tratamiento con Antirretrovirales	Resultados del cumplimiento con el Esquema terapéutico con TARGA para el VIH	Sensibilidad Especificidad Valor predictivo positivo (VPP) Valor predictivo negativo (VPN)	$a / a + c$ $d / b + d$ $a/a+b$ $d/ c+d$	Intervalo
V.D Transmisión vertical de VIH	Es la transmisión de la infección del VIH durante el embarazo y en el momento del trabajo de parto de la madre al hijo en el período perinatal.	Determinación de los valores de carga viral del VIH y recuento de CD4.	Biológico	Disminución de carga viral < 200 c/ml Aumento de CD4 de 500 a 1600 Cél/ml
Variables intervinientes Características Socio Demográficas	Cada uno de los datos Epidemiológicos de las gestantes con Transmisión vertical del VIH	Edad	≤ 17 18 – 23 24 – 29 30 – 34 ≥35	De Razón
		Zona de Procedencia	Urbana Marginal Rural	Ordinal
		Estado Civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
		Nivel Socio Económico y Cultural	Alto Medio – Alto Medio Bajo	Ordinal

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Retrospectivo, Descriptivo y Transversal.²⁰

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

No Experimental ²⁰

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por todas las gestantes con tratamiento antirretroviral en la Transmisión vertical del VIH atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, durante el período 2011 – 2015, las cuales fueron un total de 106 gestantes.

Criterios de Inclusión

- Madres que recibieron tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH cuyas historias clínicas están completas

Criterios de Exclusión

- 04 gestantes seropositivas.

- 04 gestantes retiradas del programa por prueba confirmatoria negativa.
- 03 abortos
- 04 madres que abandonaron el tratamiento antirretroviral.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Como técnica se utilizó el fichaje y como instrumento una Ficha de recolección de datos que incluye datos de interés de nuestras variables principales e intervinientes.

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego que se efectuó la respectiva recolección de los datos, se procedió al análisis y procesamiento de los mismos, posteriormente se redactaron las conclusiones finales.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 25; que fueron tratados analíticamente ya que permitieron presentar los resultados de una manera más clara y objetiva. El análisis de los mismos se realizó a través de cifras porcentuales y medidas de tendencia central. Además, se calculó la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo en una tabla de contingencia de 2 x 2 donde:

		TRANSMISIÓN		
		VERTICAL DEL VIH EN		
		GESTANTES		
		Enfermos	Sanos	
TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRAL	Positivo	A	b	Positivos = a+b
	Negativo	C	d	Negativos = c+d
		Total de Enfermos = a+c	Total de Sanos = b+d	

- Sensibilidad = $a / a + c$
- Especificidad = $d / b + d$
- Valor predictivo positivo (VPP) = $a/a+b$
- Valor predictivo negativo (VPN) = $d/ c+d$

III.- RESULTADOS

TABLA 1:

En la siguiente tabla se puede apreciar que la frecuencia de gestantes con Transmisión Vertical del VIH es 96.36%.

TABLA 2:

En lo que respecta a las características socio – demográficas maternas se puede apreciar que predominaron aquellas cuya edad oscilaba entre 18 a 23 años en el 43.96%, las convivientes y las solteras en el 59.34% y 38.46%, las procedentes de zonas rurales en el 39.56% y las pertenecientes al nivel socio económico y cultural bajo en el 87.91% respectivamente.

TABLA 3:

En la siguiente tabla podemos observar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en las pacientes embarazadas con transmisión vertical, reportándose una Sensibilidad del 94%, Especificidad del 28%, Valor predictivo positivo del 69% y Valor predictivo negativo del 27%.

TABLA 1

**FRECUENCIA DE GESTANTES CON TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
PERÍODO 2011 – 2015**

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE TRASMISIÓN VERTICAL	110	100.00
TOTAL DE GESTANTES CON TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH	106	96.36

Fuente: Libro de Registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH.

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
PERÍODO 2011 – 2015

TOTAL	Nº	%
EDAD	91	100.00
≤ 17	04	04.40
18 – 23	40	43.96
24 – 29	25	27.47
30 – 35	17	18.68
> 35	05	05.49
ESTADO CIVIL	Nº	%
	91	100.00
Soltera	35	38.46
Casada	03	03.30
Conviviente	54	59.34
ZONA DE PROCEDENCIA	Nº	%
	91	100.00
Urbana	30	32.97
Urbana – Marginal	25	27.47
Rural	36	39.56
Nivel Socio Económico y Cultural	Nº	%
	91	100.00
Alto	--	--
Medio – Alto	--	--
Medio	11	12.09
Bajo	80	87.91

Fuente: Libro de Registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH.

TABLA 3

**SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD, VALOR PREDICTIVO POSITIVO Y
NEGATIVO DEL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES EN LA
TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
PERÍODO 2011 – 2015**

		TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN GESTANTES		
		Enfermos	Sanos	Total
TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRAL	Positivos	63	28	91
	Negativos	04	11	15
TOTAL		67	39	106

Fuente: Libro de Registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH.

- Sensibilidad = 94%
- Especificidad = 28%
- Valor predictivo positivo = 69%
- Valor predictivo negativo = 27%

IV.- DISCUSIÓN

La introducción gradual de la terapia antirretroviral TAR en grandes comunidades ha confirmado ser una intervención costo - efectiva que ha cambiado el pronóstico clínico de la infección por VIH y mejorado la calidad de vida de estos pacientes al disminuir la mortalidad y la progresión a estadio SIDA, los costos de hospitalización y la transmisión del VIH.²¹

El presente estudio cuantitativo fue realizado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, durante el período 2011 – 2015, con el propósito de determinar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH, para ello se identificaron a 106 gestantes con tratamiento antirretroviral. Es preciso destacar que el 96.36% fueron gestantes con Transmisión Vertical del VIH. (Tabla 1). La adherencia al programa fue 100%.

Según estimaciones a nivel mundial, a finales del 2010, 34 millones de personas vivían con SIDA en el mundo, de ellas 3,4 millones eran niños. En la actualidad el número anual de personas con esta enfermedad está disminuyendo, aunque existen variaciones regionales. El número de personas que fallecen debido al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) comenzó a disminuir en África Sub-Sahariana. En el 2010, cerca de 250 000 niños murieron de causas relacionadas con el SIDA.²²

Por ello, la comunidad mundial se comprometió a acelerar el progreso para la iniciativa de prevención de la transmisión vertical para eliminar las nuevas infecciones pediátricas por VIH en el año 2015.²³

Desde entonces el acceso a la terapia antirretroviral de gran actividad (TAR) se convirtió en uno de los pilares principales de los programas de prevención de transmisión vertical de VIH. En ausencia de TAR existe un riesgo entre 15% y 45% de transmisión, sin embargo, cuando las mujeres embarazadas con VIH acceden al diagnóstico y al tratamiento oportuno, la transmisión puede reducirse a menos del 2%.²⁴

En lo que atañe a las características socio – demográficas maternas se halló un predominio en aquellas cuya edad fluctuaba entre 18 a 23 años, convivientes en el 43.96%, y procedentes de zonas rurales en el 39.56% y las pertenecientes al nivel socio económico y cultural bajo en el 87.91% respectivamente. (Tabla 2)

En la siguiente tabla podemos observar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en las pacientes embarazadas con transmisión vertical, reportándose una Sensibilidad del 94%, Especificidad del 28%, Valor predictivo positivo del 69% y Valor predictivo negativo del 27%. (Tabla 3)

Analizando, diremos que, la sensibilidad es de 94%, donde clasificamos correctamente a una gestante enferma, es decir la probabilidad que obtenga un resultado positivo, por lo tanto, son

aquellas gestantes que obtuvieron resultado positivo en las pruebas confirmatorias.

La especificidad es de 28% donde clasificamos a una gestante sana, es decir, aquellas pacientes que obtuvieron en la prueba confirmatoria resultado negativo, donde se incluyen a las serodiscordantes y aquellas que tuvieron resultado positivo en la prueba rápida.

Nuestros resultados demuestran la eficacia del tratamiento con antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH en gestantes.

V.- CONCLUSIONES

- La frecuencia de gestantes con transmisión vertical del VIH fue 96.36%.
- La población se caracterizó por ser de las edades de 18 - 23 años en el 43.96%, conviviente en el 59.34%, procedentes de zonas rurales en el 39.56% y pertenecientes a un nivel socio económico y cultural bajo en el 87.91%.
- Se encontró una Sensibilidad del 94%, Especificidad del 28%, Valor predictivo positivo del 69% y Valor predictivo negativo del 27%, en el Tratamiento con Antirretrovirales en la Transmisión Vertical del VIH. Esta investigación nos permite percibir la importancia de la asistencia prenatal en mujeres con VIH. El conocimiento previo del diagnóstico por parte de las mujeres se asoció a una mayor cantidad de atenciones prenatales en el servicio, y permitió la administración temprana de la terapia antirretroviral.
- El tratamiento con antirretrovirales en gestantes es eficaz en la Transmisión vertical del VIH por su alta Sensibilidad y baja Especificidad. Por último, se puede concluir que la realización del examen serológico para VIH durante el embarazo es una medida eficaz para una buena atención prenatal. La detección temprana beneficia a las mujeres y sus recién nacidos, ya que la transmisión del VIH puede ser evitada con la aplicación de medidas profilácticas.

VI.- RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

- Conservar el abastecimiento con TAR para que no exista ruptura de stock y se interrumpa el tratamiento de las gestantes con diagnóstico de VIH /SIDA.
- Mantener abastecido a los hospitales con las pruebas rápidas para VIH; pues la detección temprana beneficia a las mujeres y sus recién nacidos, ya que la transmisión del VIH puede ser evitada con la aplicación de medidas profilácticas.
- Mantener la red de comunicación entre los centros de salud y el hospital que administra el tratamiento, para informarse sobre las pacientes y el centro de salud que hizo la referencia haga seguimiento en el caso de las pacientes que no acuden al TAR o abandonaron el tratamiento.
- Concientizar al personal de salud de los diferentes establecimientos sobre la importancia del VIH e incrementar las actividades preventivo – promocionales realizadas en captar poblaciones expuestas a riesgo, para disminuir los casos de VIH/ SIDA; ya que el mayor porcentaje de procedencia son las zonas rurales.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. VIH/SIDA: Transmisión del VIH de la madre al niño. En: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/> Año. 2014.
2. OMS. VIH/SIDA: Datos y cifras. Nota Descriptiva del Centro de Prensa. 19 julio del 2018. En: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Center for Disease Control and prevention (CDC).Impact of an innovative approach to prevent mother-to-child transmission of HIV-- Malawi, July 2011 - September 2012. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6208a3.htm>. Año 2013.
4. Ngemu K, Khayeka C, Kweka J, Choge K, Anino E, & Oyoo E. Effectiveness of option B highly active antiretroviral therapy (HAART) prevention of mother-to-child transmisión (PMTCT) in pregnant HIV women. BMC Research Notes, 7, 52. <http://doi.org/10.1186/1756-0500-7-52>. Año 2014.
5. Villatoro M. ¿Es realmente posible eliminar la epidemia de VIH para el 2030?. Revista científica octubre - diciembre 2015, 6.
6. Velásquez C. Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 28 (3), 492 - 496. Año 2011.

7. Teva I, Bermúdez M, Ramiro T & Buela G. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. Revista médica de Chile, 140(1), 50-58. Año 2012.
8. Paz C, Albán C, Rodríguez C. Evaluación del programa de prevención de transmisión vertical del virus de VIH en un Hospital Público. Babahoyo – Ecuador.
9. Damasceno K, Alves J, Araújo M, Valdanha A. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. Salud Colectiva, Buenos Aires, 9(3):363-371, septiembre - diciembre, 2013.
10. Marecos M, Vera A. Trasmisión Vertical del VIH en Gestantes del Hospital San Pablo. Hospital San Pablo, Asunción, Paraguay. Artículo recibido: 08 de febrero 2011. Aprobado: 05 de abril de 2011.
11. Paz C. Efectividad del tratamiento con antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH en embarazadas que asistieron al Hospital Martin Icaza en el año 2014. Tesis para optar el Grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud. Presentada a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2017.
12. Velásquez, C. Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima - Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 28(3), pp 492 - 496.

13. Julca F. “Efecto del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el feto; en pacientes gestantes con VIH atendidas en la Estrategia Sanitaria PROCITSS del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo enero –julio del 2011”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Particular de Chiclayo.
14. Asociación Americana de Embarazo. El VIH/SIDA durante el Embarazo. En: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/hiv-aids-during-pregnancy/> 2015.
15. Control and Prevention, [http:// www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) March of Dimes, <http://www.marchofdimes.com> Maternal & Neonatal Health, Mother-to-Child Transmission of HIV/AIDS: Reducing the Risks. World Health Organization, <http://www.who.int> 2014.
16. Potes C, Botero, Tamayo; Isaza V. Causales de abandono de la terapia antirretroviral a partir de los efectos adversos con la toma de los medicamentos en pacientes VIH. 2011.
17. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/ SIDA transmisión vertical – HRDLM. Año 2014.
18. Norma Técnica de salud para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis. NTS N° 108 – Minsa/DGSP – V.01. Publicada en el Diario El Peruano. Año 2014.
19. Wikipedia. Sensibilidad y especificidad (estadística). En: [https://es.wikipedia.org/wiki/Sensibilidad_y_especificidad_\(estadística\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Sensibilidad_y_especificidad_(estadística))

20. Hernández R, Fernández C, Baptista M. "Metodología de la investigación:". 6ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2014.
21. Echevarría J, López Koster, Iglesias D, Seas C, González E, Maldonado F, et al. Efecto de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes enrolados en el hospital público en Lima-Perú. Rev. Med Hered [Internet]. 2007 [citado 18 Oct 2018]; 18(4):184-91. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/888/854>.
22. Brooks, Geo F; Carroll, Karen C; Butel, Janet S; Morse, Stephen A e Mie. Microbiologia Médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. Editora McGraw-Hill. 25a Edição. Rio de Janeiro. 2012.
23. Ngemu K, Khayeka-Wandabwa C, Kweka E, Choge K, Anino E and Oyoo-Okoth E. Effectiveness of option B highly active antiretroviral therapy (HAART) prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) in pregnant VIH women. BMC Research Notes 2014, 7:52. Disponible en: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-52>
24. Gubert de Matos T, Dal Fabro J, Facco R, de Oliveira L. Epidemiology of HIV Vertical Transmission. J Antivir Antiretrovir [Internet]. 2016 [citado 14 Agto 2018]; 8(3): LXXII - V. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/epidemiology-of-hiv-vertical-transmission-jaa-1000e136.pdf>.

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Eficacia del tratamiento con antirretrovirales en la Transmisión vertical del VIH en gestantes atendidas
en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período 2011 – 2015

H.C: N° _____

Características Socio - Demográficas

- Edad: _____ años
- Zona de Procedencia: Urbana () Urbana Marginal () Rural ()
- Estado Civil: Casada () Soltera () Conviviente ()
- Nivel Socio Económico y Cultural:
- Alto () Medio – Alto () Medio () Bajo ()

DX:

Tratamiento con Antirretrovirales
