

SEROPREVALENCIA DE VIH / SIDA Y SIFILIS EN MUJERES GESTANTES
QUE INGRESAN AL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES EN EL PERIODO
COMPREDIDO ENTRE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008

ADRIANA MARGARITA CORAL CEPEDA
DAYRA MILENA PANTOJA TAPIA

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2008

SEROPREVALENCIA DE VIH / SIDA Y SIFILIS EN MUJERES GESTANTES
QUE INGRESAN AL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008

ADRIANA MARGARITA CORAL CEPEDA
DAYRA MILENA PANTOJA TAPIA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2008

Nota de Aceptación

Dra. Ana Milena Torres
Jurado

Dr. Filipo Moran
Jurado

San Juan de Pasto, Febrero de 2009

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis Padres ya que son ejemplo de trabajo y sabiduría, virtudes importantes para haber alcanzado mis ideales y a mi Hija Sofía Morillo que ha sido mi fortaleza durante todo el transcurso de mi carrera.

Adriana Coral Cepeda

Dedico este trabajo a mis Padres por ser mi inspiración y la fortaleza para alcanzar esta meta, que desde niña la había soñado y gracias a ellos ahora lo he logrado. Además, con su ejemplo y enseñanzas ahora puedo ser una Médica Integral al servicio de todas aquellas personas necesitadas.

Milena Pantoja Tapia

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A Dios por darnos fortaleza y sabiduría para enfrentarnos a los duros retos y pruebas que nos ha dado la vida durante el transcurso de nuestra formación profesional y nos ha mostrado siempre el camino correcto.
A nuestros padres por todo su esfuerzo y dedicación.

Adriana Coral Cepeda
Milena Pantoja Tapia

TABLA DE CONTENIDO

	Pg
LISTA DE GRAFICOS	10
LISTA DE TABLAS	11
LISTA DE ANEXOS	12
INTRODUCCIÓN	13
1. ASPECTOS GENREALES	15
1.1 TITULO	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2.1 Descripción del problema	15
1.2.2 Formulación del problema	17
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivos generales	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 JUSTIFICACIÓN	18

1.5 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO	19
1.6 METODOLOGIA	19
1.6.1 Enfoque	19
1.6.2 Tipo de estudio	20
1.6.3 Población y muestra	20
1.6.4 Fuentes de recolección de información	20
1.6.5 Técnicas de recolección de información	21
2 MARCO REFERENCIAL	22
2.1 MARCO TEÓRICO	22
2.2 MARCO CONCEPTUAL	51
2.3 MARCO LEGAL	52
2.4 MARCO CONTEXTUAL	53
3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	56
4 DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	66

RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFIA	68
NETGRAFIA	73
ANEXOS	74

LISTA DE GRAFICOS

	Pg
Grafica 1. Seroprevalencia de VIH y sífilis en el Hospital Civil de Ipiales de Enero a Septiembre de 2008	56
Grafica 2. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnósticas para VIH / sífilis en relación con numero de controles prenatales realizados.	57
Grafica 3. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación con grupo de edad de las gestantes.	58
Grafica 4. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a procedencia de las gestantes.	59
Gráfica 5. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Estado Civil de la gestante.	59
Gráfica 6. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Numero de gestaciones.	60
Gráfica 7. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a uso de preservativo por parte de la gestante.	62
Gráfica 8. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a ocupación de la gestante.	62
Grafica 9. Distribución de embarazadas con VDRL positiva en relación a complicaciones del embarazo.	63

LISTA DE TABLAS

	Pg
Tabla 1. Distribución y seroprevalencia de Embarazadas según positividad de pruebas diagnósticas para VIH / sífilis en el Hospital Civil de Ipiales de Enero a Septiembre de 2008	56
Tabla 2. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH/ sífilis en relación a Escolaridad de la gestante.	60
Tabla 3. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Edad Gestacional.	61

LISTA DE ANEXOS

	Pg
Anexo A. Historia clínica perinatal	74
Anexo B. Ficha de recolección de datos	75
Anexo C. Ficha técnica	76
Anexo D. Cronograma	78
Anexo E. Presupuesto	79
Anexo F. Artículo	80

INTRODUCCION

El embarazo es un fenómeno social de gran importancia actualmente debido al aumento progresivo no solo en Colombia sino en casi toda Latinoamérica y Estados Unidos. Además las múltiples y graves consecuencias que dejan en las mujeres y su hijo hace que sea necesario empezar a definir estrategias realmente preventivas basadas en realidades concretas de acuerdo al tipo de mujeres que se quieran abordar.

Sin embargo, la cobertura médica para el control prenatal de dichas mujeres aún es baja. Para el subsector público se estima que el 78% de las embarazadas llegan al parto con alguna consulta prenatal realizada, muchas de las cuales no reúnen los requisitos aceptables en cuanto a su precocidad, cantidad, distribución, integralidad y calidad. Sólo el 30% de los controles se inicia precozmente durante el primer trimestre. Mucho menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se han preparado adecuadamente para emprender un embarazo (48)¹

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer, parte desde la adolescencia; esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo (48).²

Actualmente la mayoría de los autores coinciden con la eficacia del control prenatal cuando es provisto de rutina a toda la población de pacientes embarazadas, aunque para algunos se han planteado indicadores materno-perinatales que muestran tasas altas y dudas en cuanto a su utilidad para reducir la morbimortalidad perinatal dada por el bajo peso al nacer, por prematurez o por retardo del crecimiento fetal (49).³

El presente trabajo pretende hacer un acercamiento a los factores sociales de este fenómeno complejo, ya que es increíble que a pesar de los grandes avances

¹ GUIA PRACTICA EN DIAGNOSTICO PRENATAL. Libreria digital. Camilo Hernández de Alba, Md.<http://en.colombia.com/img0001.htm>.

² GUIA PRACTICA EN DIAGNOSTICO PRENATAL. Libreria digital. Camilo Hernández de Alba, Md.<http://en.colombia.com/img0001.htm>.

³Proyect Informs embarazo VIH/SIDA information. [http://www.projinf.org./spanish/ps Prevention.html# contra](http://www.projinf.org./spanish/ps%20Prevention.html#contra).

tecnológicos y científicos todavía se siga poniendo un velo negro frente a un tema tan cotidiano como es la sexualidad y se siga estigmatizando, rechazando y culpando a madres solteras por un hecho, que tiene sus raíces en el tabú que ha generado la sociedad y la deficiente educación respecto a este tema. Es como si la sociedad estuviera jugando una doble moral, puesto que está criticando de forma destructiva algo de lo cual también es responsable.

Por la experiencia acumulada en los servicios de salud y por las evidencias científicas de que hasta hoy se dispone, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo (control prenatal), es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal, tanto para prevenir enfermedades de la madre y del recién nacido, como son en este caso el VIH/ SIDA y sífilis.

Por la complejidad de las enfermedades nombradas anteriormente se realiza el presente estudio y así dar a conocer la verdadera problemática presentada en el hospital civil de Ipiales con respecto a estas patologías dadas en mujeres gestantes pretendiendo con esto una realización adecuada en cuanto al control prenatal, ejecutando desde el principio un plan de acción en el cual se pueda realizar un seguimiento adecuado a la paciente para evitar que esta se retire de dicho control, además creemos que es un tema de gran interés debido al gran impacto que tienen las enfermedades mencionadas anteriormente puesto que sus consecuencias en la gestación son nefastas y esto es definitivamente muy triste ya que se puede prevenir tan solo con un buen control del embarazo todo lo anterior gracias al aporte y colaboración de sus directivas y la disposición de su personal para suministrarnos las historias clínicas con de las cuales se recolecto la información de este estudio.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TITULO

SEROPREVALENCIA DE VIH / SIDA Y SIFILIS EN MUJERES GESTANTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 descripción del problema. Larga y difícil ha sido la batalla contra el VIH SIDA que desde 1981 se ha convertido en una verdadera pandemia avanzando rápidamente por todo el mundo; desde hace 25 años que se detectaron los primeros casos hasta el momento 65 millones de personas han sido infectada por el VIH y más de 25 millones de han muerto, de los 40 millones de personas que viven con el VIH mas del 95 % son de países en desarrollo y de estos 15,7 millones son mujeres infectadas y 1.3 millones de niños son portadores del VIH. Tener un bebé es una decisión muy personal y algunas pacientes infectadas por el VIH deciden no hacerlo o bien se quedan embarazadas y aceptan continuar pese a conocer los riesgos. También se dan casos de mujeres que descubren su infección cuando ya están embarazadas. Lo más importante es que sepan qué peligros corren y cómo se debe actuar para reducir al máximo la transmisión del VIH de la madre al bebé. Gracias a los avances en la atención y el tratamiento contra el VIH, muchas mujeres VIH+ tienen vidas más largas y saludables. Cuando piensan en el futuro, algunas de estas mujeres están tomando la decisión de tener a los hijos que siempre habían querido. (48)⁴

Los avances en el tratamiento contra el VIH también han permitido bajar considerablemente la tasa de transmisión del virus de madre a hijo. Si la madre toma las precauciones médicas adecuadas, la tasa de transmisión se puede reducir de 25% a menos del 2%. Además, estudios han demostrado que estar embarazada no acelera el avance del VIH en la madre. Según el programa conjunto de las naciones unidas sobre VIH (ONUSIDA), 65 millones de personas han sido infectadas y a finales del 2005 había en todo el mundo aproximadamente 40 millones de personas que viven actualmente con el VIH, de estos 15 millones son mujeres que dan a luz anual a 600.000 niños con VIH-SIDA, cuya gran

⁴ GUIA PRACTICA EN DIAGNOSTICO PRENATAL. Libreria digital. Camilo Hernández de Alba, Md.<http://en.colombia.com/img0001.htm>.

mayoría se encuentra en países en vías de desarrollo (49⁵). En su inicio la infección en la mujer era de un 7 % pero con los años a ocurrido una feminización de la epidemia llegando hoy a cifras hasta de un 22 % con mayor aumento en la mujer en edad fértil; en el mundo 15 millones de mujeres infectada dan a luz anualmente a 600,000 niños contagiados con el VIH O SEA 1600 niños por día; siendo en América latina y el caribe las más altas tasas de prevalencia en embarazada y en donde los objetivos del tratamiento son disminuir la transmisión al binomio madre-hijo lo cual continua siendo una lucha estratégica ya que a pesar que algunos países han alcanzado cobertura hasta del 70 %; a nivel mundial alcanza tan solo el 9% y mas aun cuando los niños tampoco han obtenido beneficios considerables hasta la fecha cuando el diagnostico suele resultar complicado en situaciones de recurso limitado y a menudo no es fácil determinar el inicio del tratamiento por lo cual se han desarrollado esquemas y protocolos de manejo que ayuden a disminuir la trasmisibilidad en el binomio a la par de todas las estrategias de prevención que nos conlleven a una disminución de la transmisión global de la infección. (50)⁶

Otra patología conocida durante el embarazo y que afecta tanto la madre como el recién nacido es la sífilis, producida por el *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, esta es una enfermedad de transmisión sexual de distribución mundial cuyo contagio vertical continúa representando un problema importante en la salud pública. Tanto en diversos países en desarrollo como en algunos países industrializados se observa actualmente un incremento en la incidencia de sífilis, lo cual se refleja en un aumento de sífilis primaria y secundaria en las mujeres en edad fértil, con el consiguiente aumento en la incidencia de sífilis neonatal. (47)⁷

En nuestro país, lo mismo que en otros, se controla la posible existencia de una sífilis en la gestante a través de la búsqueda de anticuerpos no treponémicos y, en caso de obtener resultados reactivos, se realizan estudios específicos posteriores. Sin embargo, los anticuerpos no treponémicos pueden no detectarse en sífilis tardía o en un estadio muy precoz donde aún no se haya producido la seroconversión, con lo cual se perdería la identificación de gestantes infectadas, existiendo la grave posibilidad de una transmisión vertical o perinatal.

⁵ Proyect Informs embarazo VIH/SIDA information. [http://www.projinf.org/spanish/ps Prevention.html# contra](http://www.projinf.org/spanish/ps%20Prevention.html#%20contra).

⁶ Volkow Patricia. VIH_SIDA. Aspectos clínico epidemiológicos de relevancia.SIDALAC 2001.(Internet communication 20 Feb 2004 at: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/vancouver/volkow>).

⁷ Seroprevalencia de Sífilis (Internet communication at: (<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php..>))

El problema puntual que se ha identificado en el hospital civil de Ipiales es la alta tasa de gestantes que ingresan a dicha institución con test de elisa y serología positivos los cuales se realizan al final del embarazo o en trabajo de parto, por lo anterior no obtienen un adecuado tratamiento ni se tienen las medidas apropiadas para este tipo de patologías todo esto debido a que no han realizado control prenatal o lo realizaron incompleto, por lo anterior se quiere concientizar tanto a la paciente como al personal de salud acerca de la importancia que tiene asistir a todos sus controles a lo largo de su gestación

1.2.2 Formulación del problema. ¿Cual es la seroprevalencia de VIH / SIDA y sífilis en mujeres gestantes que ingresaron al hospital civil de ipiales en el periodo comprendido entre enero a septiembre de 2008?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la seroprevalencia al VIH y Sífilis en mujeres embarazadas que ingresan al hospital civil de Ipiales en el periodo de Enero a Septiembre del 2008, con el fin de plantear recomendaciones que se requieren para éste caso.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características demográficas de las pacientes estudiadas como edad, procedencia, estado civil, escolaridad y ocupación.
- Describir los factores asociados encontrados en pacientes positivas.
- Identificar la aplicabilidad de la Resolución 000412 del Ministerio de salud frente a control prenatal y enfermedades de transmisión sexual al ingreso al Hospital Civil de Ipiales.

1.4 JUSTIFICACION

El embarazo es un periodo en el cual se producen cambios tanto en la gestante como en las personas que están a su alrededor, debido a las múltiples y graves consecuencias que dejan en las mujeres que aún no están conscientes de la gran responsabilidad que es un hijo, como por ejemplo: muerte materno infantil, ausentismo escolar y menos posibilidades laborales para la población femenina.

Además, al hacer un seguimiento adecuado en el control prenatal, en cada trimestre se podrán deducir patologías tanto maternas como del feto para que al finalizar no encontrarse con alteraciones que en algún momento, si se hubiesen tratado, no llegarían a tales extremos y así optar por las medidas adecuadas al terminar el embarazo.(43)⁸

Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes, no acceden de manera oportuna y temprana al control prenatal es por esto que se realizan diagnósticos tardíos sin poder ofrecer un tratamiento ni esperar una respuesta terapéutica adecuada. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados con la educación en todas las etapas de la mujer fértil. (45)⁹

Por otra parte, se realiza este estudio porque se necesita conocer si las pacientes embarazadas, asisten a sus controles pertinentes, o al finalizar su embarazo tienen un solo control prenatal o ninguno. Con este se verificará si la atención materna durante el embarazo es buena o mala, por que está fallando el programa, y si hay un buen seguimiento y control debido a que se observó algunos casos adversos que llevan a dudar de los controles prenatales o se deduce que no llevan un adecuado manejo de la norma técnica 000412 aplicada a las pacientes embarazadas. (46)¹⁰

⁸ María Eugenia Garza Elizondo, María Sonia Rodríguez Casas, Enrique Villarreal Ríos, Ana María Salinas Martínez y Georgina Mayela Núñez Rocha. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 267-274 N.º 2 - Marzo-Abril 2003.

⁹ Esperanza Burbano. CALLE; Jaime Becerra. (1995). Grupos focales: una herramienta maravillosa. Fundación CIMDER: Santiago de Cali.

¹⁰ Freddy Briceño M. , MD Profesor Asociado Departamento de Ginecología y Obstetricia Perinatólogo, Plan Prenatal 2002; Julián A. Herrera M. , MD Profesor Titular Departamento de Medicina Familiar Director Científico Plan Prenatal Nacional. Reducción en la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal con la Implementación de un Plan Prenatal Coomeva E.P.S S.A 2001 - 2002.

El concepto actual de la atención de la embarazada no sólo implica la vigilancia estrictamente médica, sino que también considera a igual nivel los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, respetando las pautas culturales y asesorando acerca de los derechos de las mujeres en la atención del embarazo y parto.

Por lo tanto este trabajo se lo realiza para conocer la seroprevalencia de VIH / SIDA y sífilis en mujeres gestantes que ingresan al hospital civil de Ipiales en trabajo de parto, porque se han observado casos desafortunados de pacientes que llegan con serología y test de Elisa positivos a este hospital y que han acudido a su control prenatal sin obtener la debida atención y seguimiento, hasta llegar al periodo final que es el trabajo de parto. Además esto es muy importante ya que se determinaría la prevalencia de estas patologías en este grupo de mujeres que atentan con su salud, su vida y la de sus productos, y de esta manera con los resultados obtenidos darlos a conocer para que los diferentes entes de salud hagan un llamado de atención a las personas encargadas de realizar el control prenatal y se realicen las labores pertinentes frente a esta situación.

Por todas estas razones se investigó para así llegar a conclusiones que permitan aclarar fallas, que indiquen además, nuevos caminos para poder contribuir desde la práctica médica a la disminución de la morbi-mortalidad materno-fetal y mediante la obtención de información valiosa sobre la seroprevalencia de VIH y sífilis, la determinación de la población más afectada empezar a planear e implementar programas y actividades que ayuden a la prevención y control de estas patologías.

1.5 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Gestantes que ingresan al hospital civil con Test de Elisa y serología positivas, en el periodo de Enero a Septiembre del 2008.

1.6 METODOLOGIA

1.6.1 Enfoque: Cuantitativo, porque la investigación cuantitativa analiza diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados y porque toda la información se obtuvo a base de muestras de la población, y sus resultados pueden ser extrapolables a toda la población, con un determinado nivel de error y nivel de

confianza, además porque hay objetividad y más allá de los datos obtenidos se pueden realizar inferencias.

1.6.2 Tipo de Estudio: Descriptivo y Observacional. Es descriptivo porque describe un evento, mide la magnitud de un problema en este caso a nivel de salud, así como también la causa de morbilidad materno-fetal y el comportamiento y frecuencia de dichas patologías como son VIH/SIDA y Sífilis y observacional porque no hay intervención por parte del investigador sino que se limita a medir las variables que se define en el estudio además sus resultados son más generalizables a poblaciones geográfica o demográficamente definidas, lo que permite que este tipo de estudios sean apropiados para establecer metas de salud pública orientadas a una determinada acción.

1.6.3 Población y muestra

- Población. Pacientes gestantes que ingresan al hospital civil de Ipiales con serologías y test de Elisa positivos, en el periodo comprendido entre Enero a septiembre de 2008.
- Criterios de inclusión. Toda gestante que asista al hospital civil de Ipiales y que tengan serología y test de Elisa positivo en el periodo comprendido entre Enero a Septiembre de 2008.
- Criterios de exclusión. Toda gestante que asista al hospital civil de Ipiales y que tengan serología y test de Elisa negativo en el periodo comprendido entre Enero a Septiembre de 2008.
- Aspectos éticos. La confidencialidad de la información se garantiza y solo tendrán acceso a ella los investigadores y el personal del hospital civil de Ipiales.

1.6.4 Fuentes de recolección de información

- Secundarias. Se tomaron historias clínicas de pacientes gestantes que ingresaron al Hospital Civil de Ipiales con serologías y test de Elisa positivos, en el periodo comprendido entre enero a septiembre de 2008.

La revisión de las historias clínicas se hizo con una determinada periodicidad.

1.6.4 Técnicas para recolección de información. Se recolectó información a través de una ficha en la cual se consignaron datos obtenidos de historias clínicas perinatales y se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. (Ver anexo A y B)

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 VIH. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), está dentro del genero lentivirus de la familia retroviridae. Los virus de este género se caracterizan por fusionar y destruir las células hospederas (citócidas) y por producir infecciones lentas, en las cuales, la aparición de los síntomas está separada del momento de la infección por muchos años.

El VIH fue el primer lentivirus con implicaciones en patología humana; se conocen dos serotipos definidos, el VIH-1 y el VIH-2 y múltiples variantes. Por ser inmunotrópicos producen un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el sida. El VIH-1 fue identificado como el agente etiológico del sida en Estados Unidos, Europa, África y la mayoría de otros países del mundo, pero los estudios seroepidemiológicos sugieren que África es la cuna del VIH-1 y el origen de la epidemia (50).¹¹

En esta parte se describirán algunos datos históricos, relacionados con el agente causal del sida, las características biológicas y genéticas de este virus y su capacidad de infectar y destruir la célula humana.

Los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos. El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, como partícula libre o en el interior de células infectadas; sin embargo, su concentración varía para cada tejido, para cada individuo infectado y para diferentes momentos de la infección. Los tejidos contaminados que presentan una mayor concentración de formas virales infectantes parecen ser, en su orden; la sangre, el semen, las secreciones vaginales y las secreciones inflamatorias. En estos tejidos el virus se encuentra especialmente en el interior de los linfocitos infectados y los macrófagos. Por su

¹¹ Volkow Patricia. VIH_SIDA. Aspectos clínico epidemiológicos de relevancia.SIDALAC 2001.(Internet communication 20 Feb 2004 at: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/vancouver/volkow>).

alto contenido de glóbulos blancos, la sangre se considera el tejido de mayor potencial contaminante.

En condiciones normales el semen puede incluir hasta tres millones de células blancas por centímetro cúbico y, en un infectado por el VIH, hasta un millón de ellas puede incluir el virus. En el líquido cefalorraquídeo de los infectados, el VIH puede encontrarse en altas concentraciones, especialmente en forma de partícula libre. También ha podido demostrarse la infección de astrocitos, oligodendrocitos, promielocitos, linfocitos B, células de Langerhans, endotelio capilar y células enterocromafines de colon y recto. Algunas de estas células como los macrófagos pueden sobrevivir dentro del organismo por días o meses como reservorio del virus; otras, como los linfocitos, son más lábiles a la citotoxicidad viral.

Las células infectadas son muchos más abundantes en los tejidos y secreciones de individuos infectados que presentan concomitantemente procesos inflamatorios, ocurre con el herpes genital, el chancro blando la sífilis. Se considera que las enfermedades de transmisión sexual de carácter inflamatorio o ulcerativo facilitan la transmisión del VIH haciendo mas infectante al portador y mas susceptible al infectado que las padezca, pues producen lesiones abiertas y acúmulos de macrófagos y linfocitos que facilitan la entrada y salida del virus. El VIH ha podido aislarse de la leche y las secreciones genitales de mujeres seropositivas; en el endocervix se encuentra con mayor frecuencia que en la pared vaginal, y el riesgo de excreción aumenta con el uso de anticonceptivos orales, la ectopia cervical y el embarazo.

El virus también ha podido identificarse en bajas concentraciones en saliva, sudor, lágrimas, orina y otras secreciones y tejidos de personas infectadas, y estas fuentes se considera poco eficientes para trasmitirlo. No se ha establecido el tiempo de supervivencia del VIH fuera del organismo; se considera que este periodo depende de las condiciones ambientales que influyan sobre la estructura viral, tanto en su forma de partícula libre como dentro de las células infectadas.

Al igual que todos los virus, el VIH carece de medios propios de locomoción. Para que haya transmisión es indispensable que el virus viable, procedente de un individuo infectado, atraviese las barreras naturales de un sano y penetre en sus tejidos. El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo como para poner en contacto al VIH con tejidos subcutáneos de nuevo hospedero. Esto ocurre cuando secreciones contaminadas con suficiente cantidad de formas virales infectantes entran en contacto con tejidos submucosos o subdérmicos a través de soluciones de continuidad de las barreras naturales. Las observaciones

resaltan la importancia de la integridad de la piel y las mucosas como defensa contra la infección por el VIH.

Embarazo e infección por virus de la inmunodeficiencia humana

El embarazo puede interpretarse como un estado inmunitario alterado. En mujeres negativas para VIH durante la gestación hay una disminución natural del número de células CD4 hasta de un punto mínimo alrededor de las ocho semanas antes del parto. En el momento del parto o justo después del mismo, las cifras vuelven a la normalidad (5¹² y 6¹³). Varias infecciones tiende a mostrar evolución mas grave durante el embarazo en todas las mujeres: histoplasmosis, coccidioidomicosis, toxoplasmosis, paludismo listeriosis y poliomielitís. En teoría, se esperaría que el embarazo tuviera efecto adverso sobre la evolución de la enfermedad por VIH.

Hay informes en la literatura de que los parámetros inmunitarios como el número de células T y las respuestas a mitógenos en mujeres con infección por VIH disminuye en una tasa acelerada durante la gestación en comparación con el estado posparto. (5)¹⁴ También hay informes de que la gestación parece acelerar la evolución clínica de la enfermedad por VIH en mujeres, en comparación con mujeres infectadas por VIH no embarazadas. En un estudio se valoraron tres grupos de mujeres infectadas por el VIH: las que completaron un embarazo, las que fueron objeto de aborto, y las que no tuvieron embarazo. 15% de las que lo completaron progresaron a infección por VIH en etapa IV, en comparación con 3.6% de las que abortaron y 5.7% de las que no tuvieron gestación.

Otro estudio efectuado en Kinshasa, Zaire, se encontró tendencia hacia progresión acelerada de enfermedad en etapa clínica en un grupo de prostitutas embarazadas en contraposición con no embarazadas. Sin embargo, varios estudios no muestran efectos adversos de la gestación sobre la progresión de la enfermedad por VIH. (3)¹⁵, 21¹⁶).

¹² Bledsoe K, Olopneia. L. Baras S: Effect of pregnancy on progression of HIV infection (abstr Th.C652) Abstracts of International Conference on AIDS, San Francisco 1990.

¹³ Bongain A, Rampal A, Durant J, et al: Cervical intraepithelial neoplasia in women Infected with HIV. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 65:195-19, 1996.

¹⁴ Bledsoe K, Olopneia. L. Baras S: Effect of pregnancy on progression of HIV infection (abstr Th.C652) Abstracts of International Conference on AIDS, San Francisco 1990.

¹⁵ Bervesi A, Chriabi J Kobuch W: Influence of pregnancy on HIV disease (abstr WB 2046). Abstracts of the International Conference on AIDS , Florence, Italy, 1991.

En Haití se realizó un estudio observacional de 140 mujeres en edad de procreación, seropositivas para VIH. Durante el período de estudio de ocho años, con vigilancia media de 44 meses estuvieron o quedaron embarazadas. En general, 38% de las mujeres presentó sida y 19% murió por este último. Si bien hubo tendencia hacia manifestaciones más tempranas de enfermedad sintomática por VIH en gestante, no hubo diferencia entre las embarazadas y las que no lo estaban en la tasa de progresión hacia sida y muerte. Bledsoe y colaboradores valoraron de manera prospectiva durante dos años los parámetros serológicos, inmunitarios y clínicos en alrededor de 100 embarazadas y no embarazadas con dicha infección, la mayoría de los cuales fue usuaria de drogas por vía intravenosa. (6)¹⁷

Las embarazadas y no embarazadas tuvieron características clínicas y demográficas similares. Se vigiló la etapa clínica, el recuento de CD4, así, como las concentraciones antígeno P24, β 2- microglobulina y de inmunoglobulina. Entre las embarazadas no hubo diferencia estadísticamente significativa de los parámetros inmunitarios y serológicos obtenidos antes del parto y después. No hubo diferencia estadísticamente significativa en tasas de progresión de enfermedad o los cambios de parámetros inmunitarios y serológicos durante el período de estudio entre embarazadas y no embarazadas. Plummer y colaboradores concluyeron que el embarazo no pareció afectar de modo adverso la enfermedad por VIH. (26)¹⁸ Estudios en que se analizaron las cargas virales de mujeres infectadas en el transcurso del embarazo han mostrado cargas virales estables de VIH1 durante toda la gestación.

Los datos acerca del efecto del embarazo sobre la progresión de la enfermedad por VIH son contradictorios. Casi todas las pruebas orientan hacia ausencia de efecto adverso del embarazo sobre la progresión de padecimiento. Se requieren más estudios antes que pueda llegar a una conclusión absoluta. Es importante que el médico que atiende a una embarazada con infección por VIH, vigile múltiples veces el recuento de CD4 durante toda la gestación. Los recuentos de

¹⁶ Kuhn L, Bobat R, Coutsooudis A, et al: Cesarean deliveries and maternal infant Transmission: Results from a prospective study in South Africa J, Acquir Inmune Defic Syndr Hum Retrovirol 11:478-483, 1996.

¹⁷ Bongain A, Rampal A, Durant J, et al: Cervical intraepithelial neoplasia in women Infected with HIV. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 65:195-19, 1996.

¹⁸ Romero, L. Delgado Beatriz. Callejas Luis. Flores Roberto, Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de Salud de Nicaragua, noviembre 2004 a Febrero 2005

CD4 pueden disminuir hacia el final de ésta hasta cifras que indicarían necesidad de profilaxis que no existió en etapas más tempranas del embarazo.

Efectos de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana sobre el Embarazo

Del mismo modo en que hay datos contradictorios en cuanto al efecto del embarazo sobre la progresión de la enfermedad por VIH, los hay acerca del efecto de esta última sobre la evolución y el resultado de la gestación. Mikoff y colaboradores informaron los resultados de esta última de alrededor de 100 mujeres infectadas por el virus en comparación con unas 100 negativas para el mismo. Después de ejercer control por variables desorientadoras, como tabaquismo, antecedentes de consumo de drogas y edad materna, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos respecto al peso al nacer, la edad gestacional, la circunferencia cefálica y la puntuación Apgar de los lactantes vivos. Además, ninguna complicación obstétrica, como corioamnionitis, endometritis y toxemia, se le relacionó con el estado serológico materno.

Sin embargo las madres seropositivas para VIH tuvieron las probabilidades de padecer enfermedades transmitidas por contacto sexual y complicaciones médicas durante la gestación. Gloeb y colaboradores emitieron un informe acerca de 50 embarazadas seropositivas para VIH, y encontraron una sugerencia de aumento de la incidencia de enfermedades transmitidas por contacto sexual en este grupo de pacientes, pero también hallaron una tasa alta (34.6%) de trabajo de parto pretérmino. (18)¹⁹

En otros estudios se informa una relación entre infección materna por este virus y peso bajo al nacer, prematuridad, endometritis posparto y rotura prematura de membrana. (17)²⁰. Se necesitan resultados de estudios grandes, prospectivos que están en proceso, para caracterizar en definitiva la naturaleza de la interacción entre enfermedad por VIH y embarazo.

2.1.1.1 Métodos diagnósticos para la infección por VIH. Existen métodos diagnósticos disponibles para detectar infección por el VIH. Estos análisis no deben ser llamados pruebas para detectar el sida porque el término, además de ser incorrecto, se presta a equívocos, pues el diagnóstico de sida es clínico.

¹⁹ Informe anual Laboratório Hospital Bertha Calderon Roque ano 2007.

²⁰ Ha J, Nobsch C, Conrad S, et al: J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 7:154-157, 1994.

Los métodos para diagnosticar infección por el VIH pueden dividirse en tres grupos:

- Detección del virus completo o sus proteínas: aislamiento viral y detección de Antígeno p24.
- Detección de anticuerpos contra el VIH: pruebas presuntivas y confirmatorias.
- Detección del genoma viral: hibridización y sonda genéticas

2.1.1.2 Detección del genoma del VIH.

Las pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos se caracterizan por producir a voluntad un número elevado de copias de la secuencia vírica analizada, para detectarlas más fácilmente en la muestra. Estas incluyen técnicas de amplificación genética como la reacción de polimerasa en cadena (PCR) basadas en la síntesis de DNA, la reacción en cadena de la ligasa, de la replicasa y algunas más recientes como la del DNA ramificado. De ellas la PCR es la más utilizada. Estas pruebas están indicadas en la detección de infecciones por VIH con pruebas serológicas negativas o indeterminadas, o de difícil interpretación.

- Pruebas para anticuerpos. Los anticuerpos detectados por la mayoría de las pruebas para VIH son de tipo IgG y están dirigidos contra las proteínas virales específicas que utilice el reactivo de la técnica. Los antígenos empleados pueden ser del VIH -1 o del VIH -2 y detectan anticuerpos contra el antígeno específico empleado. Algunas pruebas incorporan antígenos de envoltura de ambos serotipos, porque estas son las proteínas que más varían entre ellos; sin embargo, no diferencian a cual antígeno están reaccionando; así que una prueba reactiva solo dice que hay anticuerpos contra algunos de los dos.
- Pruebas presuntivas. Son aquellas que detectan anticuerpos totales, sin especificar a cuales proteínas del virus. Son muy sensibles, por eso todas las muestras informadas reactivas por técnica presuntiva requieren de una prueba confirmatoria o suplementaria; se emplean para tamizaje en bancos de sangre y para diagnóstico en personas con riesgo de infección y se realizan en plasma o suero. Posteriormente se menciona alguna de ellas.
- Elisa. Son las pruebas más utilizadas y tiene como fundamento técnico una reacción inmunoenzimática; de ellas existen varios formatos: indirecta,

competitiva y de captura de antígeno. El principio básico de estas pruebas consiste en fijar el antígeno de VIH a una fase sólida (micro platos, esferas, nitrocelulosa). Una vez se le agrega la muestra problema a la fase con antígeno, se produce la reacción “antígeno-anticuerpo”; después de un tiempo de incubación y lavado, se agrega una anti-globulina humana marcada con una enzima que se expone a un sustrato y se produce color, de una intensidad proporcional a la cantidad de anticuerpos fijados; a mayor positividad de la muestra mayor intensidad de color cuya densidad óptica es determinada por un espectrofotómetro.

Todas las técnicas se trabajan con controles conocidos, positivos y negativos y un resultado positivo, indica un valor de densidad óptica superior al del promedio de positivos y negativos (Cutoff). Algunas pruebas de Elisa emplean un sistema de inhibición competitiva y la reacción de color es inversamente proporcional al Cutoff; es decir, los resultados positivos son los que tengan un valor menor que el Cutoff.

La muestra es analizada una vez; si el resultado es reactivo, se vuelve a analizar por duplicado; si al menos dos de estos tres resultados son reactivos, la muestra debe ser analizada por una prueba suplementaria confirmatoria, tipo Western Blot; el porcentaje de muestras repetidamente reactivas varía con la prevalencia de la infección en la población.

Las muestras que no son reactivas en la primera prueba se consideran no infectadas y no requieren confirmación, a menos que existan condiciones de riesgo que hagan sospechar que la persona está en periodo de ventana inmunológica.

Estas pruebas requieren entrenamiento, equipo e insumos especiales y en general demoran varias horas para producir el resultado. Para análisis en bancos de sangre u otro tipo de tamizaje se emplean pruebas muy sensibles, que detecten todas las personas que pueden estar infectadas, pero inevitablemente presentan algunos falsos positivos. Las diferentes pruebas de Elisa empleadas han mostrado una sensibilidad entre el 97.2-100% y una especificidad del 99.8%. En poblaciones con bajo riesgo (donantes de sangre) el valor predictivo positivo es bajo (8-10) a pesar del alto grado de especificidad. Por esta razón y debido a las grandes implicaciones psico-sociales de este diagnóstico, no se pueden tomar decisiones con una prueba de ELISA reactiva, se debe confirmar el resultado. El algoritmo completo ofrece un valor predictivo cercano al 100%.

- **Aglutinación.** Las pruebas que utilizan como sistema indicador la aglutinación, se basan en recubrir una fase portadora del antígeno viral (de 1ª, 2ª, 3ª generación) y emplean como sistema transportador, partículas de látex, de gelatina o eritrocitos. Entre las partículas cubiertas de antígenos y los anticuerpos del suero problema se forma una red visible, dando lugar a la aglutinación de las partículas. Si hay red visible se considera reactiva la muestra. Si se forma un botón (como ocurre en el control negativo), la prueba se interpreta como no reactiva.

Cuando hay un exceso de anticuerpos se presenta el fenómeno de prozona, es decir, inhibición de la aglutinación impidiendo la formación de la red y por tanto produciendo un resultado falso negativo. En estos casos se diluye la muestra y se repite la prueba. La aglutinación es una prueba fácil que no requiere ni equipos ni entrenamiento especial y el resultado se produce en minutos.

- **Pruebas de Dot-Blot.** Existen otras pruebas que se basan en el principio de ELISA, pero el antígeno está fijado sobre un soporte de nitrocelulosa y generalmente es un péptido sintético o de tipo recombinante; son rápidas y fáciles de realizar porque no requieren equipo ni entrenamiento especial pero son costosas. Estas pruebas son prácticas y de gran utilidad en lugares alejados donde no existan facilidades para una prueba de ELISA, o en situaciones especiales de urgencia o bancos de sangre. No tienen utilidad cuando es necesario analizar muchas muestras.

- **Pruebas de saliva y orina.** Recientemente se han utilizado con éxito estas dos muestras para la detección de anticuerpos; sin embargo, su sensibilidad no es óptima (92%), debido a la menor concentración de anticuerpos IgG en estas muestras; en la medida que se mejore la técnica podrían convertirse en la primera alternativa para la detección de anticuerpos anti- VIH por su fácil obtención y manipulación, ofreciendo menos molestias al usuario y menor riesgo laboral a los funcionarios de salud.

- **Otras pruebas para anticuerpos.** Se han diseñado pruebas rápidas con proteínas recombinantes o péptidos sintéticos específicos del VIH-1 y del VIH-2 que permiten identificar y distinguir los anticuerpos dirigidos contra cada serotipo viral. El reactivo y el espécimen se adicionan a una membrana absorbente (inmuno-Dot) y el resultado positivo es indicado por la presencia de un punto o línea coloreada. No requiere equipo; el resultado es visual; tienen excelente sensibilidad y especificidad y en determinadas situaciones podrían ser utilizadas como pruebas confirmatorias. Tienen una utilidad especial en pacientes terminales

que como consecuencia del deterioro inmunológico y la caída del título de anticuerpos anticore, pueden dar serologías negativas con pruebas de primera generación y WB indeterminados. Esto ha dado lugar a la propuesta de un nuevo algoritmo para diagnóstico el cual se sugiere que después dos presuntivas doblemente reactivas se repite la prueba con técnicas de diferente principio.

- Pruebas confirmatorias. Las muestras con resultados repetidamente reactivos para VIH deben ser analizadas por una prueba de mayor especificidad. Con un principio técnico y antígeno diferente a los empleados en la primera prueba. Las pruebas tradicionales, aceptadas como confirmatorias son Western-Blot, RIPA e inmunofluorescencia.

- Western-Blot (WB). Es una técnica de electrotransferencia ligada a una enzima. Permite la detección de anticuerpos individuales contra todas las proteínas de virus, separándolos por sus pesos moleculares. El virus obtenido por cultivo y parcialmente purificado es fraccionado por electroforesis de proteínas en un gel de poliacrilamida y transferido a una tira de papel de nitrocelulosa. Las tiras de papel con las bandas de proteínas fijadas se ponen en contacto con la muestra problema, si ésta tiene anticuerpos VIH, éstos se unen a la proteína específica fijada en el papel; Seguidamente se procede como en un ELISA para visualizar la reacción y analizar el tipo de bandas producidas. Esta prueba no es sensible en el período de ventana y puede dar falsos negativos en los pacientes con sida en estado terminal, debido a que es más sensible para anticuerpos anti-p24.

Esta técnica tiene una buena sensibilidad pero difiere especialmente de las pruebas presuntivas por ser más específica. Varios estudios en poblaciones de bajo riesgo han estimado que la frecuencia de falsos positivos, con la combinación del WB y la prueba presuntiva, es menor de 1/100.000 y los falsos negativos son menores de 1/20.000. Los falsos negativos pueden ocurrir por una infección reciente o en estados terminales del sida; se han estimado en 1 por cada 250.000 pruebas. Es preciso recordar que la mayoría de los WB disponibles comercialmente, contienen en sus bandas antígenos del VIH-1, lo cual tiene implicaciones en la sensibilidad de la prueba y en la interpretación del resultado, especialmente si desconocemos la prevalencia del VIH-2 en la región.

Los resultados indeterminados se producen especialmente por su mayor sensibilidad a las proteínas del core, dando reacción cruzada con otros retrovirus. Este patrón puede ocurrir hasta en el 20% de las muestras analizadas y representa un problema tanto para el laboratorista como para el terapeuta y el paciente. La experiencia acumulada sugiere que los patrones indeterminados que

persistan seis meses o más, indican ausencia de infección, siempre y cuando el usuario no tenga factores de riesgo, ni signos, síntomas o recuentos celulares que sugieran Inmunosupresión o diagnóstico de sida. Para los individuos con un WB indeterminado se recomienda una buena asesoría y un seguimiento mínimo de seis meses.

2.1.1.3 Generalidades sobre la transmisión vertical del VIH/sida. La transmisión vertical del VIH, de madre a hijo, explica la mayor de las infecciones pediátricas por el virus en todo el mundo. En Estado Unidos cada año nacen unos 7,000 lactantes de mujeres con infección por VIH. Esta última infección se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en niños de uno a cuatro años de edad en Estados Unidos (8)²¹. La tasa de transmisión vertical promedio, en ausencia de tratamiento con antivirales, es alrededor del 25%; aun así, la tasa informada ha sido de apenas 15%, hasta una cifra máxima de 40% en algunos estudios más tempranos realizados en África. (4²², 9²³).

Se estima que 3 millones de menores de 15 años han sido infectados de sida en todo el mundo. La transmisión madre a hijo/a puede ocurrir en tres momentos: durante el embarazo (intrauterino), parto y lactancia materna. Se estima que el total del riesgo de transmisión por esta vía oscila entre 30% y 36%.

La transmisión vertical del VIH ocurre antes del parto, durante este último y después (más probablemente por alimentación al seno materno). Se han aislado VIH y DNA viral a partir de fetos abortados de mujeres con infección por VIH, en momentos variables de la gestación, desde trofoblasto placentario y células de Hofbauer, y desde el líquido amniótico, lo que sugiere fuertemente que algunos casos de transmisión de VIH ocurren in útero. (2²⁴) No está claro cuál es el mecanismo de esta cronología de la transmisión, o que porcentaje de lactantes queda infectado in útero.

- Infección Intrauterina. Se define como infección intrauterina o durante el embarazo cuando el genoma VIH1 es detectado dentro de las 48 horas del parto

²¹ Bryson Y: Perinatal HIV 1 transmission: Recent advances and therapeutic Interventions. AIDS 10 (suppl 3): S33 - S42, 1996.

²² Bigger R. Miotta P. Taha. T, et al: Perinatal intervention trial in Africa: Effect of a Birth canal cleansing intervention to prevent HIV transmission. Lancet 347:1647- 1650, 1996.

²³ Burrow-Ferris. Complicaciones médicas durante el embarazo. Tercera edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

²⁴ Alfonso Delgado Rubio. Profilaxis de la transmisión vertical del VIH aeped. Es/protocolos/infectología/30 profilaxis transmiver Pdf.

por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (ADN-PCR) o por cultivo viral. Las condiciones que pueden aumentar el riesgo de que se produzca la infección en este momento pueden ser atribuidas, a que durante el embarazo la barrera placentaria se afecte debido a posibles infecciones oportunistas que sufra la madre, la carga viral esta aumentada y si es caso sida. El porcentaje que se atribuye a la transmisión en este período es de alrededor del 30% aproximadamente.

- Infección Intraparto. Se define como infección intraparto cuando el genoma VIH1 no es detectado en la muestra tomada durante las primeras 48 horas post-parto (ADN-PCR o cultivo viral) pero se vuelven positivas en muestras tomada entre los 7 y 90 días después del parto, las condiciones que pueden aumentar el riesgo de transmisión son las siguientes: ruptura prematura de membranas (por mas de 4 horas) contacto de la piel y mucosa del bebe con las secreciones vaginales y sangre de la madre al momento del alumbramiento, al realizar una episiotomía. El porcentaje que se atribuye a la transmisión en este momento es de alrededor de 50% aproximadamente. (20)²⁵

La transmisión intraparto se considera el momento más frecuente de transmisión vertical de VIH. Esta transmisión probablemente ocurre por exposición del lactante a sangre y secreciones cervicovaginales maternas durante el proceso del nacimiento. Las pruebas que apoyan esto incluyen la aparición de gemelos infectados de modo discordante, donde el gemelo numero uno tiene una tasa mas alta de infección por VIH, lo que tal vez representa mas exposición a secreciones y sangre maternas durante el nacimiento (9)²⁶. Además se ha demostrado que hay aumento del riesgo de transmisión vertical para mujeres que tiene rotura de membranas prolongada. (18) ²⁷Algunos estudios han mostrado riesgo disminuido de transmisión vertical por cesárea, ya que se elimina la exposición del lactante a líquidos cervicovaginales infectados por el VIH. (16)²⁸

Otras pruebas que apoyan la transmisión intraparto es la aparición, en algunos recién nacidos, de una reacción en cadena de polimerasa con resultados negativos para VIH en el momento del nacimiento, con resultados positivos

²⁵ J. Marengo CH Comportamiento Epidemiológico del VIH-SIDA y Embarazos 1 de enero 2000 al 31 diciembre 2005

²⁶ Burrow-Ferris. Complicaciones médicas durante el embarazo. Tercera edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

²⁷ Informe anual Laboratório Hospital Bertha Calderon Roque ano 2007.

²⁸ Francois D, Lander J, DeClerq A: Pregnancy outcome in HIV infected women: A cohort study in Kigali, 1992 (abstr WSB06). Abstracts of International Conference AIDS, Berlin, Gemany, 1992

subsecuentes en dicha reacción en el transcurso de 90 días de vida. Esto se relaciona con un patrón viral e inmunitario observado similar al que se encuentra en presencia de enfermedad primaria con seroconversión para VIH en adultos. Estos lactantes no recibieron alimentación al seno materno. Este hecho sugiere fuertemente exposición al virus cerca del momento del nacimiento.

Los factores relacionados con incremento del riesgo de transmisión vertical de VIH comprenden cargas maternas más altas de dicho virus, recuento materno más bajo de células CD4, falta de anticuerpos neutralizantes en la madre contra el aislado primario materno de VIH, un cultivo de este último con resultados positivos en la sangre materna en el momento del parto, consumo intenso de drogas por parte de la madre durante la gestación, práctica de coito heterosexual sin protección durante el embarazo, y rotura prolongada de membranas (>4horas). (8)²⁹

Todavía no está claro si la cesárea disminuye el riesgo de transmisión vertical, porque múltiples estudios tienen datos contradictorios. (16)³⁰ No se recomienda de manera sistemática que las embarazadas con infección por VIH se sometan a cesárea. Como se mencionó, la carga materna alta de virus y el recuento materno bajo de células CD4 se relacionan con incremento del riesgo de transmisión vertical del VIH. Aun así, la transmisión puede ocurrir con cualquier carga viral, incluso cifras no detectables; por ende, en la actualidad es imposible predecir con exactitud quien transmitirá el virus y quien no lo hará.

- Infección posparto. Es posible que ocurra transmisión posparto, por alimentación al seno materno. El VIH puede aislarse a partir de la leche materna. Se han publicado informes de casos de madres infectadas por VIH por transfusión de sangre justo después del parto, que alimentaron al seno materno, y que han transmitido el virus a sus lactantes. Con base en estudios de mujeres que han quedado infectadas después del parto, la alimentación al seno materno tiene un riesgo de transmisión estimado de alrededor de 29%. En mujeres con infección prenatal por VIH, hay aumento de riesgo de transmisión en comparación con la transmisión in útero e intraparto, de 14%. (14)³¹

²⁹ Bryson Y: Perinatal HIV 1 transmission: Recent advances and therapeutic Interventions. AIDS 10 (suppl 3): S33 - S42, 1996.

³⁰ Francois D, Lander J. DeClerq A: Pregnancy outcome in HIV infected women: A cohort study in Kigali, 1992 (abstr WSB06). Abstracts of International Conference AIDS, Berlin, Germany, 1992

³¹ El VIH /sida en Nicaragua. Informe Ejecutivo. Ministerio de Salud (MINSA) 2007.

- **Infección por Lactancia Materna.** El riesgo de infección cuando el niño es amamantado es de alrededor del 16% aproximadamente, varios estudios revelan que el virus ha sido encontrado en componentes de la leche materna. Hijos/as de mujeres infectadas que nacieron sin infección y que fueron diagnosticados como negativos a los 6 meses de edad, resultaron infectados después de esta edad, siendo la lactancia materna el único factor de riesgo. Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo a la transmisión del VIH a través de la lactancia materna: Grietas y lesiones en los pezones, los cuales causan sangrados en la piel de la madre, candidiasis tanto en la madre como en el niño o niña, que hace más vulnerable la piel a las lesiones, mastitis en la madre, alta carga viral de la madre, lactancia mixta, (combinación de lactancia materna con sustitutos adecuados o no adecuados), esta práctica causa microlesiones y microhemorragias en el tracto digestivo del niño/a que aun no esta desarrollada completamente y a través de las cuales el virus pasa más fácilmente.

2.1.1.4 Prevención de transmisión vertical de virus de la inmunodeficiencia humana. Quizás uno de los avances más aplaudidos en la habilidad para tratar infección por VIH han sido los resultados del AIDS Clínicas Trials Group Protocol 076 patrocinado por el National Institute of Health. Dichos estudios mostraron que el tratamiento con zidovudina iniciado en embarazadas con infección por VIH que tenían más de 200 células CD4 que eran inocentes para el fármaco, iniciando entre las 14 y 34 semanas de gestación, administrando antes del parto y durante el mismo a la madre, y después durante seis semanas al recién nacido a partir del nacimiento, dio por resultado decremento de la tasa de transmisión vertical desde 25% en el grupo tratado con placebo hasta 8% en el grupo que recibió zidovudina. (11)³²

La zidovudina por lo general se administra después del primer trimestre a mujeres que no han recibido fármacos, debido al potencial de teratogenicidad. Sin embargo, un estudio mostró que la administración de tal medicamento a macacos hembra embarazadas durante toda la gestación no originó efectos nocivos manifiestos sobre el feto, y en la vigilancia de los lactantes durante alrededor de un año no quedaron de manifiesto retrasos del desarrollo. (18)³³. Al menos a corto plazo, la zidovudina parece relativamente segura cuando se aplica durante el embarazo. (22) ³⁴En la actualidad no esta claro el mecanismo por el cual dicho fármaco disminuye la transmisión materna de VIH. Si bien la zidovudina reduce la

³² Coll O, Hernandez M, Boucher C: Vertical Transmission correlates with a high maternal viral load at delivery. J Acquir Inmune Defic Syndr Hum Retrovirol 14:26 – 31, 1997.

³³ Informe anual Laboratório Hospital Bertha Calderon Roque año 2007.

³⁴ La Mujer y el VIH Estrategia para prevenir la transmisión del VIH durante la etapa Avanzada del embarazo [http:// staff org/tratamiento beta español/s 299 mujeres Html](http://staff.org/tratamiento_beta_español/s_299_mujeres.html).

carga viral materna, lo que explica parte del decremento de la tasa de transmisión, en un estudio 076 ocurrió transmisión vertical ante todas las cargas vírales. Posiblemente la administración de zidovudina al recién nacido o a la madre durante el parto tuvo un efecto profiláctico después de la exposición porque muchos lactantes probablemente quedan infectados en el transcurso del parto. Se necesitan más estudios para dilucidar el mecanismo por el cual el medicamento mencionado reduce la transmisión y si cualquier otro régimen antiviral durante el embarazo es seguro.

En Estados Unidos, hay pautas publicadas por el U.S. Public Health Service acerca del uso del tratamiento antiviral durante el embarazo para mujeres infectadas con VIH en un esfuerzo por reducir la transmisión perinatal y preservar la salud de la madre durante el período de gestación. (1)³⁵ Es imposible que haya apego a esas pautas en todo el mundo debido a falta de fondos para regímenes antivirales caros.

En Estados Unidos, ahora se considera el estándar de cuidado, y en algunos estados es obligatorio proporcionar asesoramiento en cuanto al VIH a embarazadas, así como ofrecer pruebas para detectar VIH como una recomendación clínica firme. (1)³⁶

En la actualidad, no está claro cual régimen antiviral es más adecuado para mujeres que han tomado zidovudina con anterioridad y que probablemente tienen un virus aislado resistente en el momento de su embarazo.

En Estados Unidos según las pautas emitidas por el Center for Disease Control and Prevention, la alimentación al seno materno se considera contraindicada para mujeres infectadas, en un esfuerzo por prevenir transmisión vertical potencial por esta vía. (1)³⁷ En regiones del mundo donde no hay una forma alternativa de nutrición para un lactante, este se torna menos claro. Se requiere más estudios para dilucidar métodos más eficaces y menos caros para disminuir la transmisión vertical del VIH. Los estudios se están enfocando en compuestos de limpieza microbicidas del conducto vaginal, inmunización pasiva y activa del lactante en el momento del nacimiento, nuevos regímenes farmacológicos, identificación de los factores de riesgo de transmisión que pueden alterarse, e identificación del método óptimo para el parto del niño.

³⁵ AIDS Institute Criteria for the Medical Management of Adults with HIV Infection. Albany, New York State Department of Health, 1997

³⁶ Idem 35

³⁷ Idem 35

- Terapia corta con Zidovudina (AZT). Zidovudina (AZT): Fue el primer medicamento autorizado en el tratamiento de la infección por VIH. Este medicamento se une con mucha mayor afinidad al lugar de actuación del ADN polimerasa dependiente de ARN del VIH, esto explica su efecto selectivo sobre la reducción de la replicación del VIH. Regímenes cortos con AZT en el embarazo han demostrado ser efectivos en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en etapas diferentes; prenatal, intraparto y post natal. Un ensayo de tratamiento corto de Zidovudina en Tailandia ha mostrado un efecto significativo en la prevención de la transmisión.

Se hizo un estudio de AZT en Bangkok (Tailandia), fue un ensayo causal placebo controlado para evaluar la seguridad y eficacia de un tratamiento corto de Zidovudina oral administrado durante la última etapa del embarazo y labor de parto para reducir el riesgo de la transmisión de madre a hijo/a. El régimen fue de 300 mg de Zidovudina oral dos veces al día desde las 36 semanas de gestación hasta el comienzo del trabajo de parto, hasta el parto. La transmisión en el grupo de pacientes que se sometió al tratamiento demostró una transmisión del 9.4% lo que significa una reducción del 50% comparado con el 18.9% de transmisión en el grupo control (95% intervalo de confianza). Estos resultados demuestran que un tratamiento corto oral de Zidovudina usado desde las 36 semanas de gestación hasta el parto es seguro y redujo la transmisión de VIH de madre a hijo y ninguna de las mujeres alimentó a su hijo/a con lactancia materna.

Es importante mencionar que AZT a estas dosis no produce resistencia ni alteraciones en la carga viral de las pacientes. (28) ³⁸ Un estudio similar en Costa de Marfil, en una población que amamantó (no se sabe si lo hizo exclusivamente o no), mostró una transmisión del 15.7% en el grupo que tomó el AZT, comparado con un 24.9% de transmisión en el grupo de control, a los 3 meses de nacido, el cual significa una reducción de un 37%.

- Alimentación Infantil. Al no dar lactancia materna a un hijo (a) de una madre VIH positivo se evita la transmisión del VIH a través de esta forma. Sin embargo, en muchas circunstancias, el riesgo de mortalidad o morbilidad por una infección del aparato respiratorio, gastrointestinal o la desnutrición son causas de más alto riesgo de la transmisión del VIH. Se estima que en los últimos 20 años, 1.7 millones de niños murieron a causa del VIH. En el mismo período, murieron unos 30 millones por causas relacionadas con la ausencia de lactancia materna. Además del factor salud infantil, puede haber razones psicológicas y sociales

³⁸ Velásquez de V. Gloria, Gómez A, Rubén. Fundamentos de Medicina. SIDA enfoque Integral. Segunda Edición. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia. 1996.

(temor al descubrimiento del status de VIH) por las cuales una madre opta por la lactancia materna.

Por lo arriba mencionado, el Programa de las Naciones Unidas para el VIH/sida (ONUSIDA), OPS y UNICEF recomiendan que “cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, sostenible y segura y si se tienen los recursos adecuados, se puede recomendar la alimentación de sustitución” de lo contrario, es preferible recomendar la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, y que no exceda los 6 meses de edad, además se debe de hacer énfasis en la importancia de una decisión informada.

2.1.2 Sífilis. La sífilis es una enfermedad infecciosa subaguda a crónica de transmisión sexual causada por la bacteria aerobia *Treponema Pallidum* la cual tiene un periodo de incubación de 10 a 90 días que se disemina en el cuerpo tempranamente y después puede transmitirse al feto. (30,³⁹34,⁴⁰37⁴¹)

2.1.2.1 Historia. El apareamiento de la sífilis en Europa, alrededor del siglo XV, se cree que tuvo conexión con el descubrimiento de América. Ya que esta infección se dio poco después del regreso de Colon de las Antillas, dando origen a la "Teoría Colombina" que sostiene que la enfermedad fue importada hacia una población no inmune, por los marinos que regresaban. Luego se desarrollo la Teoría Precolombina, la cual afirma que la Sífilis había estado presente en Europa con anterioridad al viaje de Colon, pero no fue reconocida probablemente porque fue confundida con otras enfermedades. (42). ⁴² En el siglo XVII, la sífilis y la gonorrea eran consideradas como la misma enfermedad, John Hunter, llego a la conclusión de que eran dos entidades diferentes al inocularse pus de un paciente con gonorrea. Sufriendo después gonorrea y sífilis, siendo esto mortal para él. En 1.839, Phillipe Ricard, hizo una diferenciación clara entre sífilis y gonorrea, mostrando experimentos por inoculación en hombres (37⁴³, 38⁴⁴).

³⁹ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁴⁰ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁴¹ Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

⁴² Sanchez, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sífilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

⁴³ Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

⁴⁴ Martin, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmised Disease, Syphilis in Adults. 1994.

En 1.903 comenzó una rápida serie de importantes adelantos al lograrse la inoculación de sífilis en primates por Metchikoff y Powe. En 1.906 los principios de fijación del complemento demostrados por Jules Bordet y Octave Gougeon, son aplicados por August Wasserman para estudiar el suero de pacientes. En 1.908 Salvarsan reemplazó los tratamientos dados previamente con Mercurio, el que introdujo en la terapia en 1.947, cuyo uso prolongado presentaba muchas vicisitudes con la excepción del Potasio Yodado, que fue el único tratamiento eficaz hasta que Ehrlich introdujo Arsenales en la práctica clínica en 1.910, llamándosele la 'Bala Mágica'. Las sales de bismuto también fueron beneficiosas y se usaron con frecuencia en combinación con los arsenicales durante la primera y la segunda guerra mundial. Sir Alexander Fleming, en 1943 descubre e introduce la penicilina para el tratamiento de la sífilis y hasta la fecha sigue siendo el tratamiento de elección.

2.1.2.2 Etiología. El organismo infectante, *Treponema pallidum* es una espiroqueta que mide 6-15 micras de longitud, 0.2 micras de ancho, las vueltas espirales están espaciadas regularmente unas de otras a una distancia de 1 micra y no es visible al microscopio Óptico pero que puede ser fácilmente identificada a través del microscopio de campo oscuro (30,⁴⁵37⁴⁶,41⁴⁷). Tienen movimiento característico debido a que alrededor de su núcleo protoplásmico central, está enrollado un haz de 3-4 fibrillas axiales, que le proporciona al músculo esta movilidad, rotando constantemente sobre flagelos agrupados en haces, generalmente el eje mayor de la espiral es recto, pero algunas veces puede incurvarse en tal forma que el organismo forma por momentos un círculo completo, retornando luego a su posición normal recta. Se diferencia con las espiroquetas no patógenas por su estructura y movimiento (32⁴⁸,37⁴⁹).

El *Treponema pallidum* pertenece a la familia *Spirochaetaceae*. Y al género *Treponema*, las especies que son virulentas para el hombre se dividen en 3:

- *Treponema pallidum*, que es el causante de la Sífilis venérea y endémica
- *Treponema pertenue*. causante de Frambesia, y
- *Treponema carateum* causante de Pinta (31⁵⁰,38⁵¹).

⁴⁵ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁴⁶ Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

⁴⁷ Nathan, L; Bohman. VR; In utero infección with *Treponema pallidum*, prenatal. Diag, 1997.

⁴⁸ Danfoth, D; Tratado de Ginecología y Obstetricia, Sífilis, 5ta, Edición, 1990.

⁴⁹ Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

⁵⁰ Benenson, Abram; Manual para el control de enfermedades transmisibles. Organización Panamericana para la Salud, 16ª edición, 1997.

La espiroqueta no puede ser cultivada en medio artificial, por lo que se requieren células vivientes para esto. La mitosis se da alrededor de 30 horas lo cual explica el largo tiempo de incubación de la enfermedad y lo necesario para su Tratamiento prolongado en vista de esto, las espiroquetas son susceptibles a los antibióticos solamente durante la mitosis (37⁵²,41⁵³).

Las espiroquetas sobreviven fuera del torrente sanguíneo solamente por 5 horas, pero son viables en transfusiones preservadas a 4 grados centígrados durante 72 horas. Mueren con elevaciones de la temperatura corporal; este hecho constituía en parte, las bases para la terapia febril de la sífilis.

2.1.2.3 Patogenia. El *Treponema pallidum* puede penetrar a través de mucosas normales y pequeñas abrasiones en las superficies epiteliales. También se han observado algunos casos de sífilis por transfusión sanguínea de un donador que se encontraba en la etapa de incubación de la enfermedad. Por consiguiente, parece obvio que en el hombre la sífilis sea una enfermedad sistémica desde su inicio, sin embargo las primeras lesiones se presentan en el sitio de la inoculación primaria, tal vez debido al gran número de treponemas que se implanten en ese lugar (33⁵⁴,35⁵⁵, 37⁵⁶). Se desconoce la cifra mínima de treponemas que se requiere para establecer una infección, pero puede ser tan baja como un microorganismo.

No se sabe que *Treponema Pallidum* produzca alguna toxina. Aunque la estructura de la membrana externa se asemeja a la de bacterias gram negativas, en *Treponema pallidum* no existe una endotoxina biológicamente activa (37⁵⁷,38⁵⁸). La lesión anatomopatológica primaria es una Endarteritis Focal, se presenta una lesión inflamatoria donde predominan linfocitos, células plasmáticas y monocitos y en algunos casos células polimorfonucleares, con frecuencia está obliterado la luz del vaso, también es posible observar treponemas en las lesiones

⁵¹ Martin, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmised Disease, Syphilis in Adults. 1994.

⁵² Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

⁵³ Nathan, L; Bohman. VR; In utero infeccion with *Treponema pallidum*, prenatal. Diag, 1997.

⁵⁴ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

⁵⁵ Gomez, J.; Enfermedades de Transmisión Sexual. un problema de educación, Santa Fe de Bogota, Colombia, 1995.

⁵⁶ Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

⁵⁷ Idem 56

⁵⁸ Martin, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmised Disease, Syphilis in Adults. 1994.

más tempranas de la sífilis y alguna tardías, como meningoencefalitis y parálisis general (34⁵⁹, 35⁶⁰).

La inoculación intercutánea de pacientes con sífilis en diversas Etapas con antígenos en parte purificados de *Treponema pallidum* mostro el desarrollo de hipersensibilidad celular tardía sólo en la sífilis secundaria tardía, pero se encontraba de manera uniforme en la sífilis latente. Puede haber una disminución temporal de la respuesta de los linfocitos de pacientes con sífilis primaria y secundaria a antígenos treponemales. Es posible que el aumento y disminución raros de lesiones en la sífilis temprana depende del equilibrio entre el desarrollo de una inmunidad celular eficaz y la supresión de la función de linfocitos derivados del Timo. El huésped también responde a la infección con la producción de múltiples anticuerpos y en algunos casos pueden formarse complejos inmunológicos circulantes. Hacia el momento en que aparece la lesión primaria se demuestra anticuerpos IgG e IgM. En pacientes tratados solo persistir8 la clase IgG de por vida (34⁶¹, 39⁶²).

2.1.2.4 Epidemiología. La sífilis es producida por la bacteria *Treponema pallidum* cuya transmisión sexual y neonatal se conoce desde el siglo XVI (34)⁶³. Se sabe que un número desproporcionado de casos de sífilis sucede en mujeres en edad de procreación y sus hijos en grupos minoritarios, sobre todo africanos y latinoamericanos en grandes zonas urbanas, además la sífilis y su variante gestacional afecta sobre todo a mujeres jóvenes y solteras que reciben atención prenatal inadecuada o ninguna. La sífilis con excepción de su forma congénita, se adquiere por contacto íntimo, es usual que esto ocurra durante el coito, incluidos el anogenital, también puede ser adquirida por medio de transfusiones sanguíneas e infección intraútero (30⁶⁴, 38⁶⁵).

La sífilis tiene mayor incidencia entre los 20 a 24 años de edad, le siguen los periodos de 25 a 29 años y 15 a 19 años y su mayor prevalencia en grupos de nivel educativo y socioeconómicamente bajo, evidenciando mayor riesgo en

⁵⁹ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁶⁰ Gomez, J.; Enfermedades de Transmisión Sexual. un problema de educación, Santa Fe de Bogota, Colombia, 1995.

⁶¹ Idem 59

⁶² Miles, TP. McBride, D; Word war I oriqins of the svphilis epidemic mong centurv black Americans. Jul. 1997.

⁶³ Idem 59

⁶⁴ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁶⁵ Martin, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmised Disease, Syphilis in Adults. 1994.

grupos que tienen diferentes compañeros sexuales y homosexuales (34⁶⁶,38⁶⁷). Los índices publicados de sífilis congénita tienen retraso de un año respecto de los correspondientes a mujeres, de modo que cabe esperar un incremento adicional en los casos de sífilis congénita. (33⁶⁸)

2.1.2.5 Etapas de la Sífilis. La sífilis para su estudio se divide en Adquirida y Congénita.

2.1.2.5.1 Sífilis adquirida. La sífilis adquirida, se transmite por contacto sexual y se subdivide en:

- Sífilis Primaria: El *Treponema* penetra en el cuerpo a través de pequeñas abrasiones de la piel o de las mucosas genitales, apareciendo un chancro que es característico de la lesión primaria, después de aproximadamente 3 semanas. El chancro es una ulceración indolora, roja, redondeada, con una base indurada y bordes bien definidos. Siempre existe adenopatía local no dolorosa. Si no se trata el chancro desaparece espontáneamente después de 3-8 semanas (30⁶⁹,34⁷⁰).
- Sífilis Secundaria: El *Treponema* se disemina por vía hematogena y linfática a través del cuerpo, dando lugar a lesiones genitales y extragenitales, un signo característico de la sífilis secundaria es aparición de lesiones palmares y plantares en diana. Otras lesiones consisten en ras, parches mucosos en la lengua y en la boca, condiloma latum de los genitales, fiebre, malestar general, cefalea, alopecia, hepatitis leve e inclusive síndrome nefrótico. Aunque la Neurosífilis es típicamente una lesión terciaria, la afectación del sistema nervioso central se da en aproximadamente un tercio de pacientes. La Sífilis secundaria no tratada dura de 3 a 12 semanas, comenzando posteriormente la sífilis latente.
- Sífilis Latente: Se da en individuos con prueba serológica positiva para sífilis pero sin manifestaciones clínicas. Durante esta etapa las mujeres embarazadas pueden infectar al feto in útero ya que el *Treponema pallidum* todavía puede invadir en forma intermitente la corriente sanguínea, esta etapa latente se subdivide en: temprana y tardía. La fase temprana también llamada precoz es la

⁶⁶ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991

⁶⁷ Idem 65

⁶⁸ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

⁶⁹ Idem 64

⁷⁰ Idem 66

que tiene un año o menos desde el inicio de la infección durante la cual puede haber recaídas.

En la fase tardía: Es la que tiene un año o más desde el inicio de la infección.

- **Sífilis Terciaria:** Después de varios años de sífilis latente, aproximadamente el 33% de los infectados desarrollan lesiones sífilíticas terciarias que afectan predominantemente al Sistema Nervioso Central y al Sistema Cardiovascular, así como a los huesos y a otras vísceras. La sífilis terciaria se divide en Sífilis Benigna tardía, la cuál se caracteriza por lesión granulomatosa necrótica y una endoarteritis obliterante de los pequeños vasos, denominándosele a ésta lesión goma, sífilis cardiovascular, aórticos: que involucra válvulas aórticas dando como resultado una insuficiencia aórtica. Neurosífilis: La cuál se puede dividir en asintomática, cuando existen pruebas de Líquido Cefalorraquídeo positivas para VDRL, sin que existan signos y síntomas de la enfermedad neurológica sintomática (30⁷¹,34⁷²).

2.1.2.5.2 Sífilis Congénita. El *treponema pallidum* es capaz de cruzar la placenta y producir una infección fetal congénita en cualquier momento de la gestación y causar morbilidad grave y mortalidad fetal (30⁷³,33⁷⁴). En la mayor parte de los casos, la infección materna se ha adquirido recientemente, o al menos en el transcurso de cuatro a cinco años antes del embarazo. El resultado final en el lactante es más benigno cuando ha transcurrido un intervalo mayor entre la infección y el embarazo.

La sífilis congénita es una enfermedad sistémica que tiene un amplio rango de gravedad y formas diferentes de presentación. Las manifestaciones como cabría esperar, se asemejan a las de la sífilis secundaria del adulto, ya que en la sífilis congénita el *treponema* accede directamente al torrente sanguíneo, pero a diferencia de los que sucede en la sífilis secundaria, es frecuente que se produzca afección esquelética, en forma de osteomielitis, osteocondritis o periostitis. (30)⁷⁵

⁷¹ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁷² Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁷³ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁷⁴ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

⁷⁵ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

En ausencia de cuidado prenatal el nacimiento de un recién nacido con sífilis puede ser la primera y única indicación de infección materna. Con mayor frecuencia se observa que la madre es adolescente, ha tenido poco o ningún cuidado prenatal, utiliza una o más drogas ilícitas, en especial "crack", cocaína y puede tener otras como infección por Chlamydia o hepatitis (33⁷⁶,34⁷⁷).

La gravedad de esa infección, se relaciona con la edad gestacional del feto al momento de la infección se produce en el primero o segundo trimestre, mientras que muchos fetos infectados en el tercer trimestre estarán asintomáticos y su serología seronegativa. (30)⁷⁸

El número de casos de sífilis congénita temprana informados al Centro de Control de Enfermedades en lactantes de un año o menos de edad, había aumentado de 264 (1985) a 1807 (1989) y 4408 (1991). Luego de la tendencia decreciente de los casos primarios y secundarios, el número de casos fue de 3850 en 1992. Parte del incremento refleja las pautas para la emisión de informes publicados por el Centro de Control de Enfermedades en enero de 1988, que incluye todos los mortinatos y lactantes de mujeres con sífilis no tratada o tratada de manera inadecuada (34)⁷⁹. La infección congénita por *Treponema pallidum* produce dos síndromes característicos de enfermedad clínica designados como: Sífilis Congénita Temprana y Tardía.

- Sífilis Congénita Temprana: Es aquella en que las manifestaciones clínicas aparecen en los dos primeros años de la vida e incluyen: exantema maculopapular, coriza, placas, mucosas bucofaríngeas, hepatoesplenomegalia, ictericia, linfadenopatía y seudoparálisis. Sin tratamiento o en caso de que éste sea incompleto, aparecen los signos de sífilis congénita avanzada. Los hallazgos característicos que deben alertar sobre el diagnóstico de sífilis congénita temprana son hepatoesplenomegalia, exantema y anomalías óseas.

- Sífilis Congénita Tardía: Es aquella que suele manifestarse cerca de la pubertad. Las malformaciones o estigmas de la sífilis congénita tardía, representan cicatrices inducidas por las lesiones iniciales de la sífilis congénita temprana o reacciones a la inflamación persistente. Entre las manifestaciones

⁷⁶ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

⁷⁷ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁷⁸ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁷⁹ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

clínicas tenemos la Triada de Hutchinson formado por dientes de Hutchinson, queratitis intersticial, y sordera por afección del VIII par virtualmente patognomónico de sífilis congénita, además de molares en mora nariz en silla de montar, ragadias, tibias en sable y Lesiones cardiovasculares. La sífilis congénita tardía no es infecciosa (30⁸⁰,33⁸¹,34⁸²).

- Sífilis en el Embarazo. El curso de la sífilis no se altera por el embarazo, es una enfermedad sistémica que se disemina en el cuerpo tempranamente en su evolución y después puede transmitirse al feto. Los cambios cervicouterinos de hiperemia, eversión y friabilidad que suceden durante el embarazo, facilitan el ingreso de *treponema pallidum* y causan espiroquetemia materna. Una madre con sífilis puede entonces transmitir la infección al feto dentro del útero, tal vez por vía transplacentaria o durante el parto por contacto con una lesión genital. La sífilis no se trasmite por la leche materna, a menos que haya también una lesión infecciosa en la mama (30⁸³,33⁸⁴,34⁸⁵).

Hace mucho tiempo se sostenía que la placenta gracias a las células de Langhans. Actuaba como barrera durante las primeras 16 a 18 semanas de gestación, protegiendo al feto frente a una infección precoz. Sin embargo, Harter y Benirschke han identificado claramente *treponema pallidum* en abortos del primer trimestre, procedentes de mujeres con infección sifilítica reciente. (30)⁸⁶

La sífilis no tratada puede afectar intensamente la culminación del embarazo y producir aborto espontáneo, Óbito fetal, hidropesía no inmunitaria, parto prematuro y muerte perinatal. Uno de los resultados más frecuentes de la sífilis durante el embarazo es el aborto espontáneo durante el segundo trimestre o principios del tercero. (42)⁸⁷

⁸⁰ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁸¹ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

⁸² Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁸³ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁸⁴ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

⁸⁵ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁸⁶ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁸⁷ Sanchez, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sífilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

En 1944. Dippel encontró espiroquetas en 16 (24%) de 67 fetos de madres con sífilis que tuvieron un aborto o pérdida gestacional entre las 18 y 27 semanas de gestación. En Zambia, 19 a 42% de los óbitos fetales se han atribuido a la sífilis y en Etiopia se calcula que 5% de los embarazos terminan en aborto u óbito por sífilis. En los lactantes de madres con sífilis primaria y secundaria, la mitad fueron prematuros o estaban muertos o fallecieron en el período neonatal, el otro 50% presentó sífilis congénita. Sánchez y colaboradores demostraron tasas similares de infección en un pequeño grupo de 19 lactantes, en el que dos de dos hijos de madres con sífilis primaria, tenían datos de laboratorio de infección al agua que seis de seis hijos de madres con sífilis secundaria. Por el contrario seis de once lactantes (50%) de madres con infección latente tenían datos de infección (42)⁸⁸

2.1.2.6 Diagnóstico. El diagnóstico de sífilis materna se basa en el tipo de lesiones existentes. La prueba de elección para efectuar el diagnóstico de infección primaria es el examen en campo oscuro de las secreciones procedentes del chancro. Para realizar esta prueba es necesario recoger una muestra de exudado procedente del chancro y colocado en un porta-objetos añadir suero salino y examinarla a través de un microscopio de campo oscuro. Esta técnica también es aplicable a las lesiones secundarias (30).⁸⁹

Para confirmar el diagnóstico de sífilis, ya sea en control prenatal, así como congénita, son necesarias pruebas serológicas. Las pruebas de Venérea Disease Research Laboratory (VDRL) y Reagina Plasmática Rápida (RPR), utilizan anticuerpos inespecíficos y efectúan una valoración rápida. Estas pruebas son fiables durante el embarazo. Las tasas de falso positivas y negativas no difieren fuera del embarazo o fuera del mismo. La prueba de anticuerpos fluorescentes antitreponema sometida absorción (FTA-ABS) y la del método de micro aglutinación para anticuerpos contra treponema pallidum (MHATP) que se utilizan específicamente para verificar una prueba de exploración positiva (30).⁹⁰

Los falsos positivos constituyen un problema significativo en las pruebas de exploración selectiva. Su incidencia está directamente relacionada con la prevalencia de la sífilis en la población: cuanto más bajo es el riesgo de sífilis, mayor es la tasa de falsos positivos (30⁹¹,34⁹²,42⁹³). Las pacientes con sífilis

⁸⁸ Sanchez, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sífilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

⁸⁹ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁹⁰ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁹¹ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

secundaria latente y terciaria son subsidiarias de realizar un examen de LCR con vistas a descartar infección del sistema Nervioso Central. En un estudio reciente se demostró que el 40% de las pacientes con sífilis secundaria y latente no tratadas, presentaban neurosífilis asintomática, precisando de una terapéutica más intensa para lograr la curación (30⁹⁴,42⁹⁵).

Para efectuar el diagnóstico de sífilis congénita, suele ser útil el examen de la placenta, al ser examinada se puede apreciar que es grande, pálida y edematosa. Es posible que se observen células plasmáticas y eritrocitos fetales nucleados. Las vellosidades suelen ser maduras, agrandadas y con proyecciones bulosas. Observándose proliferación endovascular y perivascular en los vasos. Desde el punto de vista microscópico es frecuente poder identificar el *Treponema pallidum* mediante tinción argéntica. Las treponemas pueden cruzar la placenta en cualquier etapa de la enfermedad y del embarazo, sin embargo el paso durante las primeras 20 semanas se relaciona con una reacción inflamatoria leve de la placenta (34)⁹⁶.

2.1.2.7 Tratamiento. La Penicilina sigue siendo el fármaco ideal para el tratamiento de la Sífilis adquirida y congénita. Pautas de tratamiento para la sífilis Adquirida durante el Embarazo:

- Primaria: Penicilina Benzatinica G, 2.4 mU IM x 1
 - Secundaria: -Latente temprana: o igual a un año, Penicilina Benzatínica G, y Latente tardía: > de un año 2.4 mU IM cada semana x 3.
- Duración desconocida:

Neurosífilis: Penicilina G Cristalina 2.4 mU IV cada 4 horas x 10 a 14 días
Penicilina G Procaína 2.4 mU IM y Probenecid 500 rmg por vía oral cuatro veces al día x 10 a 14 días.

⁹² Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

⁹³ Sanchez, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sífilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

⁹⁴ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994

⁹⁵ Sanchez, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sífilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

⁹⁶ Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

Se requiere una concentración sérica de 0.018 ug/ml para asegurar la eliminación adecuada del microorganismo y debe sostenerse durante siete días en casos tempranas y hasta tres semanas en la forma tardía de la enfermedad. No se ha comunicado resistencia a la Penicilina en ninguno de 106 microorganismos aislados. Alrededor de 5 a 10% las embarazadas con sífilis manifiestan antecedentes de alergia a la Penicilina. Wendel y colaboradores demostraron que los individuos con riesgo de reacciones alérgicas agudas a la penicilina pueden identificarse mediante pruebas cutáneas con los determinantes mayor y menor, si la prueba cutánea es positiva, puede hacerse desensibilización oral a la penicilina, lo que los hace temporalmente tolerantes a un esquema de tratamiento parenteral con el fármaco. No se han observado reacciones adversas graves y actualmente se recomienda este método de manera que todas las embarazadas con sífilis pueden recibir penicilina.

No se recomienda otro antimicrobiano para la terapéutica de la sífilis durante el embarazo. Tetraciclina y Doxiciclina están contraindicadas porque ambas producen manchas en dientes caducos y alteración del crecimiento de huesos largos, además el uso de tetraciclina se ha relacionado con toxicidad hepática si hay disfunción renal concomitante. Tampoco debería usarse eritromicina por el informe de lactantes con datos clínicos de sífilis congénita después de que sus madres recibieron el medicamento durante el embarazo. Hay datos insuficientes sobre el uso de Ceftriaxona para recomendar su uso en el tratamiento de la sífilis durante el embarazo. Después del tratamiento de la sífilis temprana adquirida en el adulto se puede observar la reacción de Jarisch-Herxheimer que consiste en fiebre, escalofríos, mialgias, cefalea, hipotensión, taquicardia y acentuación transitoria de las lesiones cutáneas, típicamente se inicia varias horas después del tratamiento y se resuelve en 24 a 36 horas. La intensidad de esta reacción, refleja la intensidad de la inflamación local previa al tratamiento, y se piensa que es resultado de la liberación de material antigénico de los microorganismos que mueren, la reacción dura de 2 a 4 horas. En embarazadas, Klein y colaboradores demostraron que otra manifestación de esta reacción es la presencia de contracciones uterinas tal vez mediada secundariamente por prostaglandinas. Algunas autoridades recomiendan el estudio con Ultrasonido para descartar sufrimiento fetal, si este es normal, se inicia la administración de penicilina y se envía a la madre a casa, con instrucciones adecuadas en cuanto a contracciones uterinas y disminución de la actividad fetal. Si la valoración de ultrasonido es anormal, entonces se hospitaliza a la madre para vigilancia continua del feto durante las 24 horas postratamiento, lo que permite una intervención temprana y oportuna si aparece sufrimiento fetal. El tratamiento materno en las semanas finales de la gestación puede no dar tiempo suficiente para que el feto sea tratado adecuadamente, por lo que se requiere administrar penicilina al recién nacido. La decisión de tratar a un lactante por sífilis congénita se basa en el cuadro clínico, los resultados previos de pruebas serológicas y la terapia de la

madre, y los resultados de pruebas serológicas de la madre y el lactante en el momento del parto.

El tratamiento se vigila con práctica mensual de la prueba VDRL cuantitativa a lo largo del embarazo y luego al cabo de 3, 6, 9 y 12 meses del régimen con la sífilis no avanzada. La evaluación también debe repetirse a los 18 y 24 meses con la sífilis de más de un año de duración. El incremento al cuádruple obliga a repetir el tratamiento. Los resultados de la prueba VDRL deben ser negativos o muy bajos en los 12 meses iniciales del tratamiento de la sífilis no avanzada. Es importante efectuar el seguimiento serológico del tratamiento para identificar las curaciones y las reinfecciones, lo más frecuente es que la FTA-ABS sea positiva a lo largo de toda la vida del paciente, mientras que la respuesta a la prueba VDRL disminuye progresivamente hasta hacerse negativa, si la enfermedad ya ha entrado en la etapa latente antes de administrar el tratamiento un amplio porcentaje de pacientes pueden no llegar a negativizar nunca por completo los resultados de VDRL; estos pacientes se denominan serorresistentes (30⁹⁷,31⁹⁸,33⁹⁹).

2.1.2.8 Prevención. Diversos cambios de actitudes, culturalmente determinadas, al facilitar todo tipo de actividades, han contribuido a aumentar la exposición a los estímulos sexuales a tiempo que la mayor tolerancia ante los comportamientos sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales, ha acarreado un aumento de las relaciones pre conyugales y extraconyugales y una gran libertad de costumbres.

La libertad sexual, extensiva a todos sus miembros, se ha convertido en norma para ciertos grupos. Las nuevas técnicas de contracepción, la liberalización de la legislación sobre el aborto en algunos países y la facilidad de tratamiento antivenéreo han reducido el temor a la enfermedad y al embarazo, mientras que la expansión de la escolarización ha expuesto a numerosos adolescentes a la influencia de un medio urbano que les sustrae a la de sus padres y de su hogar y que ha hecho desaparecer las inhibiciones que se oponían a una expresión más libre de su sexualidad.

La tendencia a romper con el modo de vida tradicional los cambios de comportamiento son particularmente manifiestos entre los jóvenes y se ven

⁹⁷ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

⁹⁸ Benenson, Abram; Manual para el control de enfermedades transmisibles. Organización Panamericana para la Salud, 16ª edición, 1997.

⁹⁹ Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

favorecidos por las corrientes del pensamiento contemporáneo. Precisamente entre los jóvenes, su madurez física más precoz hace que aspiren antes a tener satisfacciones sexuales. Se ha subrayado a este respecto que las mujeres muy jóvenes, al ser fácilmente accesibles, han perdido el antiguo privilegio que les otorgaba su situación sexual y no consiguen persuadir a sus compañeros contra el peligro venéreo o el embarazo. También se ha aludido a la resistencia a hablar en público de los temas sexuales, la falta de educación sexual a nivel familiar y escolar, la automedicación y la renuencia de los enfermos a cooperar con las autoridades de salud pública. Por otra parte, el hecho de que las enfermedades venéreas no se consideren ya tan deshonrosas se ha atribuido en muchas regiones por una mayor frecuencia de los dispensarios.

Para que la acción educativa en materia de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual sea eficaz, es preciso efectuar investigaciones sobre los factores sociales, educativos y del comportamiento que intervienen en las campañas de lucha y aplicar los resultados de esos estudios. Se sabe que el grado de interés del público por las enfermedades de transmisión sexual o la actitud que adopta al respecto varía según los países y puede ser un obstáculo importante para el éxito de un programa de lucha contra esas enfermedades.

Es preciso tener en cuenta los motivos a que obedecen los comportamientos que acarrear un riesgo elevado, las condiciones culturales y económico-sociales que influyen en esos comportamientos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de diagnóstico y de tratamiento, así como la receptividad de cada grupo ante los métodos y las técnicas de educación y de motivación.

Aunque sea preciso adaptar a cada grupo objetivo los fines de los programas de educación sobre enfermedades de transmisión sexual, en la mayoría de los países se insiste en que la acción educativa debe tener, sobre todo los siguientes objetivos: a) facilitar las informaciones indispensables sobre las enfermedades de transmisión sexual. Sobre los signos y síntomas, sobre su modo de transmisión, sobre los riesgos que presentan para la salud del individuo y para la de los demás especialmente contactos y niños por nacer sobre posibilidad de infecciones asintomáticas y sobre el hecho de que las enfermedades responden rápidamente a un tratamiento adecuado y no son la sanción de un pecado, sino simplemente el resultado de una infección, b) favorecer y explicar la profilaxis individual, c) indicar dónde se puede obtener tratamiento cuando se sospecha o comprueba la infección, es decir, como presentarse en el dispensario y qué resultado esperar del tratamiento, d) descartar la importancia de la busca de contactos y fomentar la cooperación de los individuos infectados para saber sus nombres, y e) motivar a los interesados para que tomen conciencia de la contribución personal que pueden

adoptar a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y de la responsabilidad social que tienen en relación con la salud de los demás.

Aconsejar a los enfermos que elijan con más cuidado a su pareja, hacer énfasis en la importancia de la moderación sexual y destacar la necesidad de evitar las relaciones sexuales con personas conocidas por sus hábitos a ese respecto. Hay que explicar los riesgos que las enfermedades de transmisión sexual hacen correr a los propios enfermos, a sus contactos y a su familia y dedicar todo el tiempo que sea necesario a la profilaxis personal. En la mayoría de los países se considera que la educación de los enfermos ha de servir para hacerles comprender que tienen la obligación de convencer a sus parejas expuestas a un riesgo de que se sometan a tratamiento.

En algunas regiones se observa una incidencia particularmente elevada de la enfermedades de transmisión sexual en los grupos menos favorecidos de la población, pero lo mismo puede decirse de la llamada “clase media” y en realidad no hay ninguna categoría social que se libere de la enfermedad.

La prevención de la sífilis en embarazadas sigue siendo un propósito difícil de cumplir en salud pública. Los aspectos de accesibilidad y uso de atención de la salud, así como prácticas conductuales por grupos de riesgo han acelerado estrategias basadas en la comunidad para identificación y tratamiento de los individuos infectados y grupos de alto riesgo. Los resultados adversos del embarazo y la infección congénita pueden prevenirse eficazmente mediante muestreo serológico prenatal sistemático y tratamiento con penicilina de las mujeres infectadas y sus compañeros sexuales. A todas las embarazadas se les debe efectuar una prueba serológica no treponémica para sífilis durante el primer trimestre.

En regiones de alta incidencia de sífilis también debe hacerse muestreo serológico al inicio del tercer trimestre (28 semanas) y en el momento del parto. Las pruebas de muestreo serológico se hacen en suero materno y no en el del lactante o sangre del cordón umbilical. Una titulación serológica del lactante suele ser una a dos diluciones menor que la de la madre; por tanto puede haber un VDRL negativo en sangre de cordón umbilical con una madre con una prueba serológica positiva para sífilis en el momento del parto. Una prueba no treponémica materna negativa en el parto no puede excluir una sífilis en período de incubación o inclusive en

etapa primaria si no se han alcanzado cifras identificables de anticuerpos treponémicos y no treponémicos (30¹⁰⁰, 31¹⁰¹, 38¹⁰²).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

AGLUTINACION: Consiste en la aglutinación de antígenos de VIH que previamente han sido fijados a partículas susceptibles de aglutinar en presencia de suero que contenga anticuerpos VIH.

ELISA: Técnica de inmunosorción ligada a enzimas; utiliza antígenos derivados del virus íntegro y los une a recipientes con micro titulación ; se coloca el suero o plasma de la paciente en los recipientes y si hay anticuerpos contra VIH se unen al antígeno presente.

ENZIMOINMUNOANÁLISIS: Consiste en la detección de anticuerpos VIH utilizando antígenos de lisado viral, de proteínas recombinantes o péptidos sintéticos.

FTA ABS: (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) es la más ecomendada. Es una técnica indirecta de anticuerpos fluorescentes, se coloca suero del aciente; si tiene anticuerpos se fijan al treponema y se añade una inmunoglobulina arcada con fluoresceína que produce reacción visible al microscopio.

INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA: Es rápida sencilla y de bajo costo, está basada en la demostración de anticuerpos frente a células infectadas por VIH.

NHA-TP :(Microhemagglutination assay antibody to T. Pallidum.

RADIOINMUNOPRECIPITACIÓN: Consiste en la determinación de anticuerpo VIH en el suero, que en presencia de proteínas víricas marcadas radiactivamente conduce a la formación de inmunocomplejos.

¹⁰⁰ Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

¹⁰¹ Benenson, Abram; Manual para el control de enfermedades transmisibles. Organización Panamericana para la Salud, 16' edición, 1997.

¹⁰² Martin, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmised Disease, Syphilis in Adults. 1994

RPR: (Rápido plasma Regina) En la que los antígenos están coloreados con carbón, con igual principio que anteriores.

RST: Reagin Screen Test) Las partículas del antígeno están coloreadas con sudán B negro.

SIFILIS: Es una enfermedad crónica, de transmisión sexual, muy variada en sus manifestaciones, tanto cutáneas como sistémicas producida por la espiroqueta *Treponema Pallidum*.

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

TRUST: (Toluidine Red Unheated Serun) En la que el antígeno está coloreado con rojo de toluidina.

USR: (Unheated serum reagin) Se usa un antígeno estabilizado con cloruro de colina con igual principio que VDRL.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

WESTERN BLOT: O técnica de inmunoelectrotransferencia permite una discriminación puntual de las especificidades de reactividad de anticuerpos frente a las distintas proteínas del virus, las tiras de nitrocelulosa contienen casi todas las proteínas estructurales del virus, la técnica consiste en la incubación de una de esas tiras con el suero problema por 2 a 4 horas, lo que revela la presencia de anticuerpos.

2.3. MARCO LEGAL

Aspectos éticos y de derechos humanos. La pandemia del virus del VIH/sida impacta de manera importante sobre el ser humano considerado como una individualidad, sobre su familia y la comunidad en la cual se desenvuelve, sobre la organización del estado, especialmente manifestada en su orden sanitario y sobre las personas naturales y jurídicas de que éste forma parte. Puede decirse que de manera directa o indirecta, el fenómeno VIH/sida produce efectos que comprometen la organización social toda. Tales efectos comportan contenidos de

carácter emocional, sociológicos, económicos, laboral, ético, medico y jurídico legal.

Ha dicho con razón Katarina Tomasevski que los “Problemas de derechos humanos emanan de la forma en que respondemos al sida, no de la propia pandemia. En otras palabras no es la pandemia del sida la que respeta o niega los derechos humanos, sino las respuestas de la sociedad a la enfermedad”.

Se generan obligaciones por parte de los individuos sanos, los médicos y demás profesionales de la salud, las entidades medico- asistenciales, la sociedad y el estado que tiene el deber de respetar su dignidad y su autonomía, atendiendo los efectos de la infección o la enfermedad sin distingo o discriminación alguna, manteniendo en reserva tal condición y observando a plenitud el secreto profesional.

Por lo mismo éstos también tienen múltiples derechos frente a los cuales los infectados o enfermos asumen obligaciones tales como la de respetar y proteger la condición sanitaria de los no infectados, tomar las medidas preventivas para evitar el contagio, cumplir de manera estricta las ordenes y prescripciones médicas, contribuir a la promoción de la salud valiéndose de sus propias experiencias y, en fin, contribuir a la educación de la comunidad con respecto a los contenidos epidemiológicos de beneficio para individuos sanos y enfermos (49¹⁰³).

2.4 MARCO CONTEXTUAL

2.4.1 Hospital Civil de Ipiales. El hospital civil de Ipiales es una empresa social del estado, creada mediante ordenanza No. 018 del 10 de mayo de 1997 emanada de la honorable asamblea departamental de Nariño, identificada con Nit No. 800084362 – 3, con domicilio en el municipio de Ipiales, avenida panamericana norte, barrio los chilcos.(52)¹⁰⁴

2.4.2 Reseña Histórica. El Hospital Civil de Ipiales esta ubicado en el municipio de Ipiales, al sur del departamento de Nariño, su origen se remonta a la Fundación

¹⁰³ Proyect Informs embarazo VIH/SIDA information.
[http://www.projinf.org./spanish/ps Prevention.html# contra.](http://www.projinf.org./spanish/ps%20Prevention.html#%20contra)

¹⁰⁴ <http://www.hospitalcivil.com/index.php?op=1&sec=1>

Hospital San Vicente de Paúl como se denominaba anteriormente a la cual fue reconocida por personería jurídica en el año 1921.

En el año 1978 se suscribió contrato entre la fundación hospital San Vicente de paúl y el servicio seccional de salud de Nariño vinculándolo al sistema nacional de salud y convirtiéndolo en sede de la unidad regional de salud sur, actualizando sus estatutos para la nueva posibilidad legal con el nombre de hospital civil de Ipiales.

En el año de 1997, de conformidad con lo dispuesto por la ordenanza numero 018 proferida por la asamblea departamental de Nariño, el día 10 de mayo del mismo año cambia la denominación adoptando el nombre de Hospital Civil de Ipiales, empresa social del estado, constituyéndose como una categoría especial de entidad publica descentralizada del orden departamental y adscrita al hospital departamental de salud de Nariño. (52)¹⁰⁵

En el año 2003 inicia actividades encaminadas a implementar un sistema de gestión de calidad, la cual conlleva a que en el año 2006 sea certificado por el instituto colombiano de normas técnicas y acreditación ICONTEC constituyéndose en la única entidad publica del Departamento de Nariño que tiene certificados todos sus procesos.

Actualmente esta trabajando constantemente en hacer los ajustes correspondientes conforme a los estándares de calidad, con el objeto de optar por la acreditación, como un mecanismo de mejora en la calidad de sus servicios.

2.4.3 Municipio de Ipiales. La Ciudad de Ipiales se encuentra localizado a 87 Km. al sur de la capital del Departamento de Nariño; a 7 Km. del Puente Natural de Rumichaca sobre el Carchi, río que marca la línea divisoria con el Ecuador. Su altura es de 2.892 m sobre el nivel del mar; la temperatura media es de 12°C; su área municipal es de 1.707 Km. cuadrados. (51)¹⁰⁶

Limita por el norte con Pupiales, Gualmatan y Contadero; por el sur con la Republica del Ecuador; por el oriente con Potosí y el Departamento del Putumayo; por el occidente con Cuaspud y Aldana. Los accidentes orográficos mas destacados son: la Cordillera, el Páramo de El Palacio y los cerros Culachi, Negro,

¹⁰⁵ <http://www.hospitalcivil.com/index.php?op=1&sec=1>

¹⁰⁶ http://www.gobernar.gov.co/gobernar/index.php?option=com_content&task=view&id=813&Itemid=204

La Quinta, Pax, Francés, Troya y Tigre, distribuidos entre los pisos térmicos calidos, medios, fríos y paramos. Lo riegan los ríos Blanco, Guaitara, Tescual, Rancheria, Pusialquer, Chingual, Lora, Churuyaco, Dragón, Nanbue, Yamuez, San Francisco, Rumiyaico y San Miguel, además de algunas corrientes menores. (51)¹⁰⁷

¹⁰⁷ http://www.gobernar.gov.co/gobernar/index.php?option=com_content&task=view&id=813&Itemid=204

3. ANALISIS DE RESULTADOS

Antes de iniciar el presente estudio se realizo a partir del mes de enero de 2008 aprovechando el convenio interinstitucional entre el Hospital Civil de Ipiales y la Fundación Universitaria San Martín, una revisión de 21 historias clínicas correspondientes a mujeres gestantes que ingresaron al Hospital Civil de Ipiales entre Enero y Septiembre de 2008 con patologías como VIH y Sífilis.

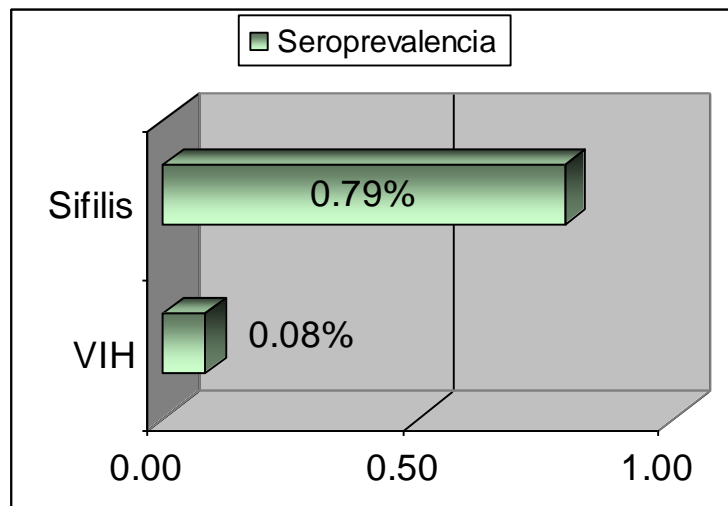
Tabla 1. Distribución y seroprevalencia de Embarazadas según positividad de pruebas diagnósticas para VIH / sífilis en el Hospital Civil de Ipiales de Enero a Septiembre de 2008

PATOLOGIA	No	%
VIH	2	9.52
SIFILIS	19	90.48

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 1 se registran todos las casos tanto de sífilis como VIH, encontrando que en mayor porcentaje fueron las gestantes con sífilis con un porcentaje de 90.48% y para VIH fueron 2 gestantes con un porcentaje de 9.52%.

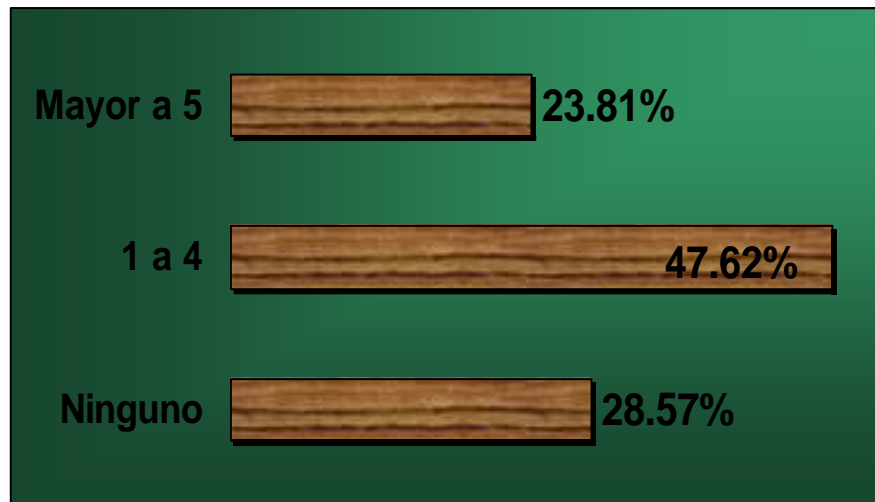
Grafica 1. Seroprevalencia de VIH y sífilis en el Hospital Civil de Ipiales de Enero a Septiembre de 2008



Fuente: Ficha de recolección de datos

En el hospital civil de Ipiales ingresan en promedio 3222 gestantes al año, como el objetivo de este estudio es determinar la seroprevalencia de VIH y sífilis en 9 meses y en este periodo ingresaron en promedio 2416 gestantes, en base a esto podemos decir que la seroprevalencia de VIH es de 0.08% y de sífilis es de 0.79%.

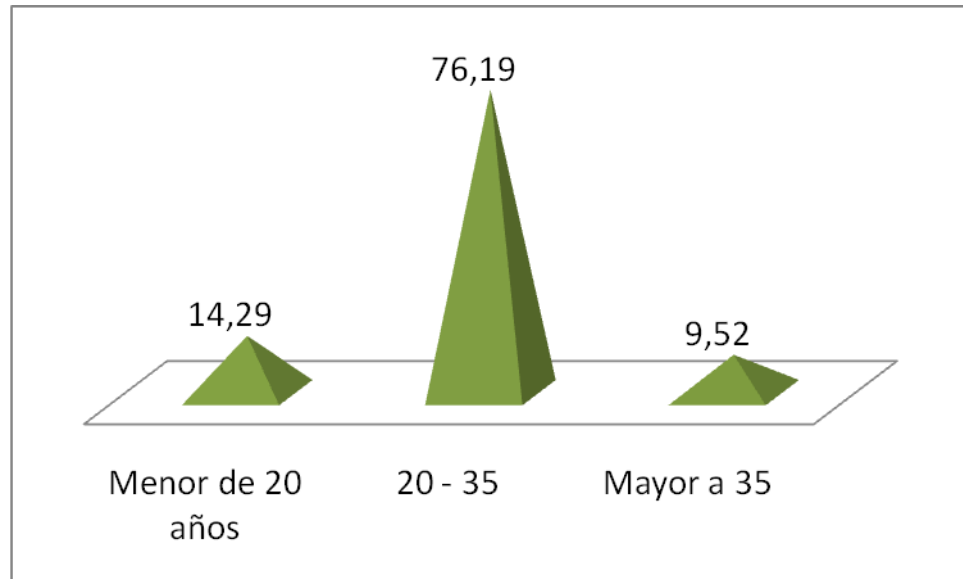
Grafica 2. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnósticas para VIH / sífilis en relación con numero de controles prenatales realizados.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La grafica 2 hace relación al numero de controles prenatales que realizaron las gestantes con mencionadas patologías, encontrándose que el mayor porcentaje es en 1 a 4 controles prenatales con un 47.2%, seguido de gestantes que no realizaron ningún control prenatal con un 28.57%.

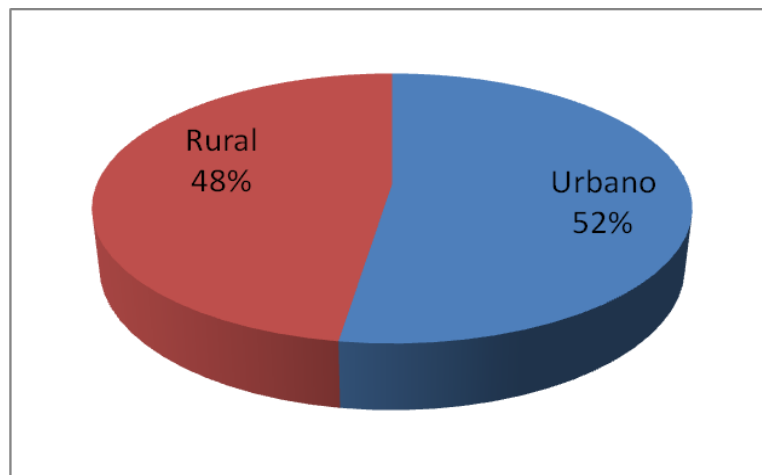
Grafica 3. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación con grupo de edad de las gestantes.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La grafica 3 contiene la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según grupo etareo en la cual se observa un mayor número entre las edades de 20 a 35 años correspondiente a 16 casos para un porcentaje de 76,19 %, 3 casos en menores de 20 años que equivale a 14,28% y 2 casos en mayores de 35 años correspondiente a 9,52%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en el grupo etareo de mujeres gestantes comprendido entre los 20 a 35 años de edad en un 76,19%.

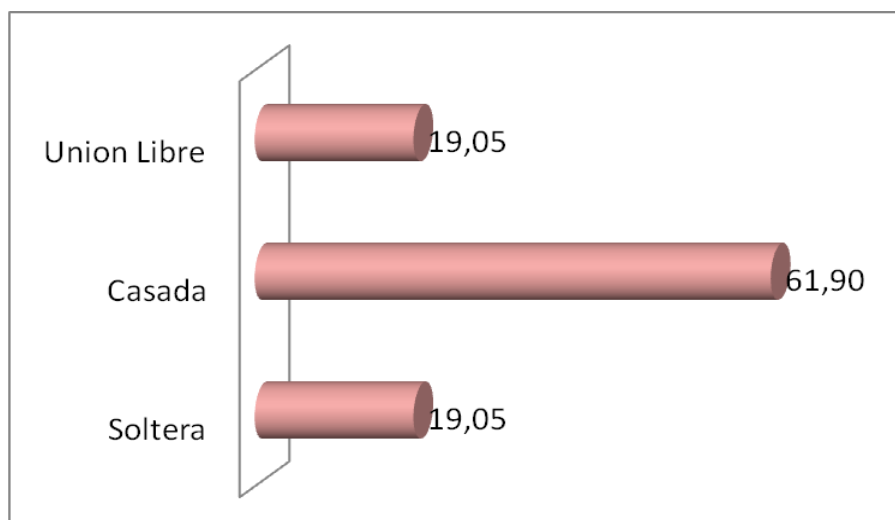
Grafica 4. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a procedencia de las gestantes.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La grafica 4 indica la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según la procedencia en la cual se observa un predominio en el área urbana con 52,38 %, para 11 casos y en el área rural 10 casos con 47,61%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en el área urbana en un porcentaje de 52,38 %.

Gráfica 5. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Estado Civil de la gestante.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La gráfica 5 contiene la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según estado civil en la cual se observa que 13 casos predominan en las mujeres casadas para un 61,90%, 4 casos en mujeres solteras y 4 en mujeres en unión libre para un porcentaje de 19,04% respectivamente; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres casadas en un porcentaje de 61,90%.

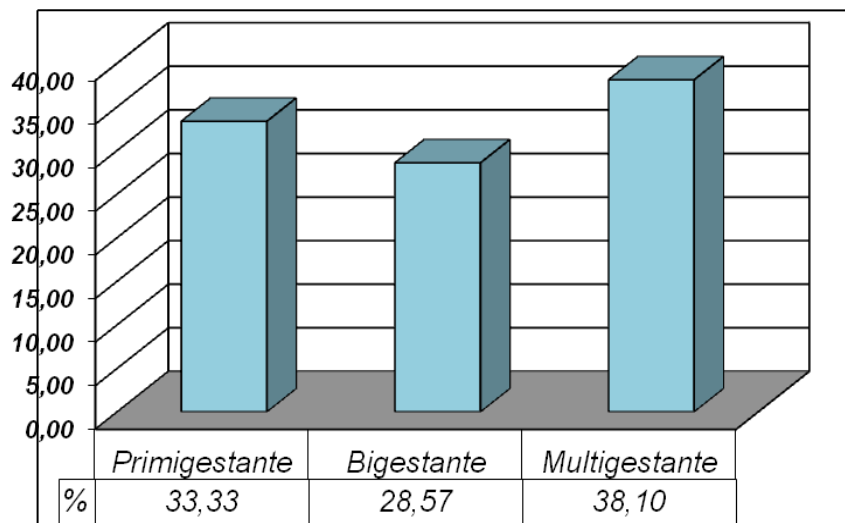
Tabla 2. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH/ sífilis en relación a Escolaridad de la gestante.

Escolaridad	Positivo	
	No.	%
Primaria	8	38,0952381
Secundaria	13	61,9047619
Total	21	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla 2 muestra información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según escolaridad en la cual se observan 13 casos en mujeres con estudios en la secundaria para un 61.90% y con estudios en la primaria 8 casos con un porcentaje de 38,09%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres que cursaron o cursan estudios secundarios en un porcentaje de 61,90%.

Gráfica 6. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Numero de gestaciones.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La gráfica 6 indica la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según el número de gestaciones en la cual se observan el mayor número de casos con 8 para un porcentaje de 38,09% en mujeres multigestantes, le siguen 7 casos en mujeres primigestantes para un porcentaje de 33,33% y 6 casos en bigestantes con 28,57%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres multigestantes con un porcentaje de 38,09%.

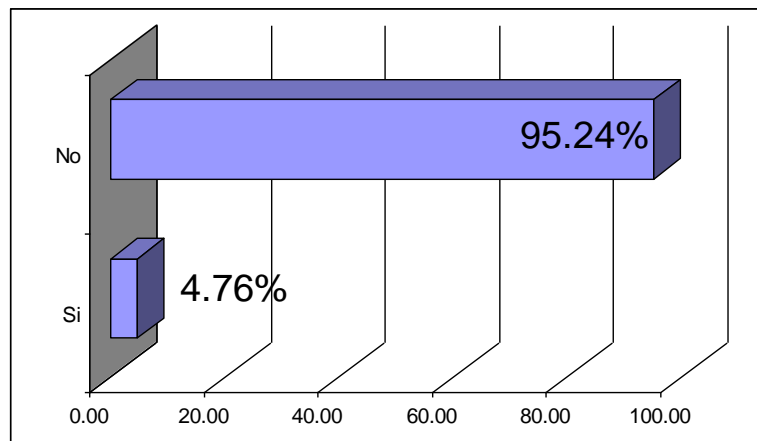
Tabla 3. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Edad Gestacional.

Edad Gestacional	Positivo	
	No.	%
Menor 20 Sem.	5	23,8095238
20 - 36 Semanas	4	19,047619
Mayor 37 Sem.	9	42,8571429
Total	21	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla 3 muestra información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según la edad gestacional en la cual se observa que predominan las pacientes con edad gestacional mayor a 37 semanas con 9 casos con un porcentaje de 42,85%, le siguen las gestantes menores de 20 semanas con 5 casos en un 23,80% y luego 4 casos en gestantes entre 20 a 36 semanas con un porcentaje de 19'04%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres gestantes mayores a 37 semanas en un porcentaje de 42,85%.

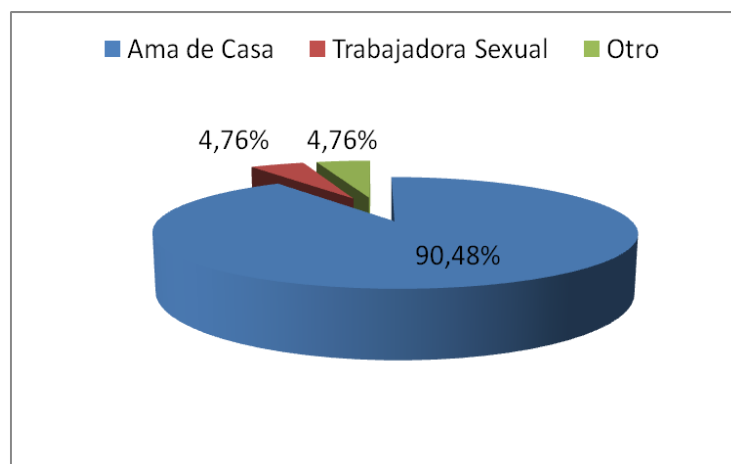
Gráfica 7. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a uso de preservativo por parte de la gestante.



Fuente: esta investigación

La gráfica 7 contiene la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis con respecto al uso de preservativo predominando el no uso de este para 20 casos con un porcentaje de 95,23%, y 1 caso de uso de condón con un porcentaje de 4,76%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres que tenían relaciones sexuales sin utilizar condón con un alto porcentaje de 95,23%.

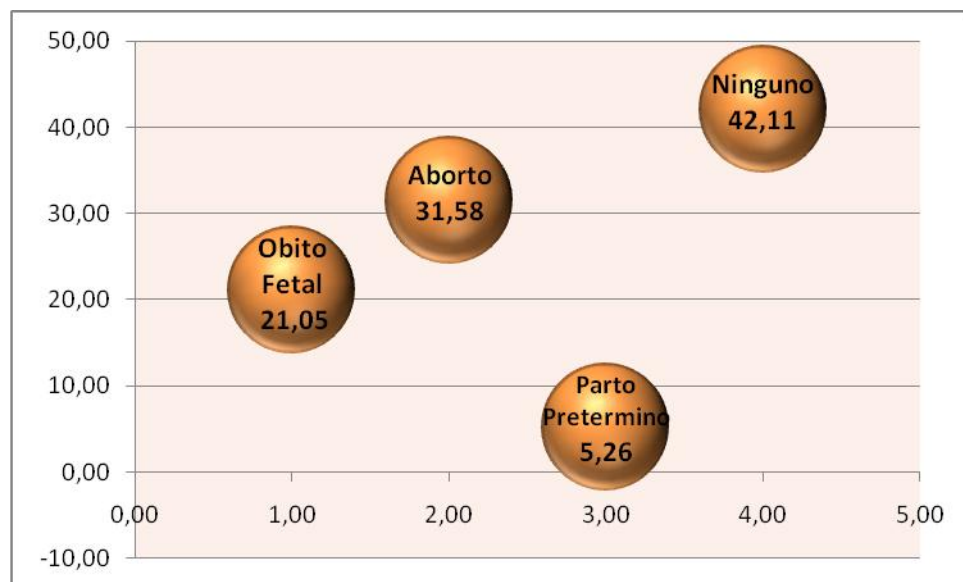
Gráfica 8. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a ocupación de la gestante.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La gráfica 8 muestra información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según la ocupación siendo la de mayor porcentaje mujeres amas de casa con un 90,47% para un total de 19 casos, siguiéndole 1 caso en trabajadoras sexuales y 1 caso en otras ocupaciones con un porcentaje de 4,76% respectivamente; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres amas de casa en un porcentaje alto de 90,47%.

Grafica 9. Distribución de embarazadas con VDRL positiva en relación a complicaciones del embarazo.



Fuente: Ficha de recolección de datos

La grafica 9 muestra las gestantes con VDRL positiva que presentaron complicaciones durante su embarazo dentro de las cuales figuran: aborto con un 31.58%, óbito fetal con un 21.05%, parto preterminado con un 5.26% y aquellas que no presentaron ninguna complicación con un 42.11%, mostrando con esto que la positividad de VDRL conlleva a varias complicaciones en el feto, o a la no terminación de embarazo.

4. DISCUSIÓN

Se nota que las características de la población estudiada coinciden con lo esperado, tomando en cuenta que vivimos en un país subdesarrollado en donde la tendencia de embarazos en población joven ha aumentado, encontrando en este estudio la mayoría de embarazadas entre 20 y 35 años de edad, etapa de mayor productividad y reproducción en el ser humano, similar a lo reportado de forma general en las estadísticas nacionales. Los niveles de desempleo y de pobreza han contribuido a que la mayoría de mujeres sean amas de casa, lo que igualmente es una situación de riesgo que modifica sus valores, conductas y creencias ante la problemática de la infección del VIH o sífilis, que dificultan el acceso a la información lo que genera un conocimiento escaso, presentando una total dependencia de su pareja. La mayoría de gestantes estudiadas eran de estado civil casadas, lo que no concuerda con la literatura, ya que que reporta la mayoría de casos en pacientes solteras, hubo un estudio en donde se plantea que las mujeres con una pareja sexual estable presentan mayor riesgo de adquirir la infección por VIH/sida o sífilis debido al comportamiento de su compañero sentimental.

Por otra parte, el máximo nivel académico fue el de secundaria pero no completa, debido al abandono de los estudios en los primeros años. La mayoría de la población era de origen urbano, coincidiendo con lo encontrado en otros estudios y en este caso debido también, a que estamos situados en zona fronteriza en donde se encuentra población de otras ciudades de Colombia, como del país vecino Ecuador.

Se encontró que la mayoría de las mujeres tienen entre 2 y 3 partos anteriores al actual, coincidiendo esto con las estadísticas internacionales del número de embarazos. La mayoría de las pacientes se realizaron el diagnóstico de la infección por VIH/sida o sífilis, en el III trimestre del embarazo, lo que no está establecido en las normas como régimen puesto que el diagnóstico debe hacerse inclusive antes del embarazo, para así realizar un mejor abordaje y seguimiento de estas pacientes.

Todo lo anterior podría ponerlas en desventaja en algunas actitudes y prácticas en cuanto a la prevención del VIH/sida, lo que se evidencia en los resultados obtenidos en la investigación respecto de algunas prácticas sexuales relacionadas con comportamientos de riesgo como son: el pedir la prueba de VIH a la pareja previamente al inicio de la vida sexual, el uso de preservativo para prevenir

infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida o sífilis ya que se encontró que casi todas las positivas no lo usaban, a excepción de una gestante quien lo usaba pero no con frecuencia.

CONCLUSIONES

- Las pacientes diagnosticadas con VIH o sífilis (en el estudio) están en un rango de edad entre 20 – 35 años, del casco urbano, nivel de escolaridad secundaria incompleta.
- La seroprevalencia de VIH es de 0.08% y de sífilis es de 0.79%.
- En el estudio se encontró que 19 pacientes fueron diagnosticadas con sífilis y 2 confirmadas con SIDA.
- Se recibieron 2 pacientes con controles incompletos y sin control prenatal en fase activa del trabajo de parto, lo cual impidió la aplicación del protocolo adecuado, terminando en parto vaginal siendo pacientes portadoras de VIH.
- Las principales complicaciones encontradas en pacientes con VDRL positiva en orden de frecuencia son: aborto, parto prematuro y óbito fetal.
- No se pudo determinar el manejo clínico de la paciente embarazada seropositiva al VDRL, debido a que no se registró en la Historia Clínica.
- Los controles realizados a las pacientes VIH positivas no fueron los adecuados, debido a que no se siguieron las especificaciones de la norma técnica 412, ni los protocolos que existen en las Instituciones de Salud.
- Con respecto a estado civil el mayor porcentaje de seroprevalencia para VIH / sífilis fue en mujeres casadas.

RECOMENDACIONES

- Realización periódica de estudios de seroprevalencia en embarazadas para conocimiento de nuevos casos.
- Dar a conocer los resultados de las pruebas realizadas para seguimiento y control.
- Impartir charlas sobre los factores de riesgo, modos de transmisión y mecanismos de prevención a las pacientes y a sus parejas.
- Establecer consejería en controles prenatales para promover la realización de pruebas para VIH y para sífilis para aumentar la captación de casos nuevos.
- Seguir cuidadosamente la evolución de pacientes que asisten a control prenatal y que son seropositivas al VDRL y al VIH ya que estas pacientes al recibir tratamiento tempranamente existe la posibilidad de disminuir el daño al producto de la gestación.
- Vigilar el cumplimiento de la realización del test de VDRL y VIH a la paciente que asiste a control prenatal, así como del registro tanto en la primera cita como al final del embarazo.
- Realizar la prueba de FTA-ABS o ELISA o cualquier otra prueba de alta sensibilidad en los pacientes con VDRL o VIH positivos, como prueba confirmatoria para el diagnóstico.
- Que los Hospitales donde se brinda atención al parto se den capacitaciones al personal trabajador de salud sobre VIH /sífilis y embarazo.
- Prestar atención al cumplimiento de la norma 412 por parte del personal de salud, ya que es una guía básica para la detección temprana de patologías durante el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

A, Bervesi; KOBUCH W, Chriabi J: Influence of pregnancy on HIV disease (abstr WB 2046). Abstracts of the International Conference on AIDS , Florence, Italy, 1991.

A. Bongain; DURANT J, Rampal A, et al. Cervical intraepithelial neoplasia in women Infected with HIV. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 65:195-19, 1996.

A., Merle y Sande, MD, David N. Gilbert, MD. Robert C. Moeelering, Jr. MD. "Sanford Guide" Octava Edición. Intersistemas S.A. de CV. Aguiar y Seijas 75. México, D.F. Año 2000.

AIDS Institute Criteria for the Medical Management of Adults with HIV Infection. Albany, New York State Department of Health, 1997

ARIAS, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.

BENENSON, Abram; Manual para el control de enfermedades transmisibles. Organización Panamericana para la Salud, 16ª edición, 1997.

BIBS V., Lesley -, Renzallo P, Goldenbaum M: Patterns of pregnancy and reproductive morbidity among HIV infected women in the US Army (abstr ThC655). Abstracts of International Conference on AIDS, 1990.

BRICEÑO M., Fredd. Plan Prenatal 2002; Julián A. Herrera M. , MD Profesor Titular Departamento de Medicina Familiar Director Científico Plan Prenatal Nacional. Reducción en la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal con la Implementación de un Plan Prenatal Coomeva E.P.S S.A 2001 - 2002.

BURBANO, Esperanza. CALLE; Jaime Becerra. (1995). Grupos focales: una herramienta maravillosa. Fundación CIMDER: Santiago de Cali.

CDC: Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the use of Zidovudine to reduce perinatal transmission of HIV. MMWR 43(RR11): 1-20, 1994.

Coll O. y HERNANDEZ M, Boucher C: Vertical Transmission correlates with a high maternal viral load at delivery. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 14:26 – 31, 1997.

D., Francois; J., Lander J. DeClerq A: Pregnancy outcome in HIV infected women: A cohort study in Kigali, 1992 (abstr WSB06). Abstracts of International Conference AIDS, Berlin, Germany, 1992

DANFOTH, D; Tratado de Ginecología v Obstetricia, Sífilis, 5ta , Edición, 1990.

DELGADO RUBIO , Alfonso. Profilaxis de la transmisión vertical del VIH aeped. Es/protocolos/infectología/30 profilaxis transmiver Pdf.

DUNN D, Newell M, Ades A: Risk of HIV transmission thorough breast feeding. Lancet 340:585-588, 1992.

El VIH /sida en Nicaragua. Informe Ejecutivo. Ministerio de Salud (MINSa) 2007.

EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY: Cesarean section and risk of vertical transmission of HIV 1. Lancet 343:1464-1467, 1994.

F. Plummer; J, Simonsen y D., Camaron. Cofactors in male to female sexual transmission of HIV-1 J Infect Dis 163:233-239, 1991.

FERRIS, Burrow -. Complicaciones médicas durante el embarazo. Tercera edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

GARZA ELIZONDO, María Eugenia; RODRÍGUEZ CASAS, María Sonia, VILLARREAL RÍOS, Enrique; SALINAS MARTÍNEZ, Ana María y NÚÑEZ ROCHA, Georgina Mayela. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y

puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 267-274 N.º 2 - Marzo-Abril 2003.

GOMEZ, J.; Enfermedades de Transmisión Sexual. un problema de educación, Santa Fe de Bogota, Colombia, 1995.

GOODMAN Y GILMAN, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.

Ha J, Nosbisch C, Conrad S, et al: J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 7:154-157, 1994.

HUGH , Evans. Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.

Informe anual Laboratório Hospital Bertha Calderon Roque ano 2007.

IZAZOLA, José A., Etal. El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria. SIDALAC. ONUSIDA. México.1999.

J. MARENCO CH. Comportamiento Epidemiológico del VIH-SIDA y Embarazos 1 de enero 2000 al 31 diciembre 2005.

JAWETS, Ernest, Microbiología Médica, Editorial Manual Moderno, 14' Edición, México, 1992.

K, Bledsoe y BARAS S, Olopneia. L. Effect of pregnancy on progression of HIV infection (abstr Th.C652) Abstracts of International Conference on AIDS, San Francisco 1990.

KLIRSFELD, Dava. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres Clínica médica de Norteamérica. Vol. II, p. 311-332.

KUHN L, Bobat R, COUTSODIS A, et al: Cesarean deliveries and maternal infant Transmission: Results from a prospective study in South Africa J, Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 11:478-483, 1996.

La Mujer y el VIH Estrategia para prevenir la transmisión del VIH durante la etapa Avanzada del embarazo [http:// staff org/tratamiento beta español/s 299 mujeres Html.](http://staff.org/tratamiento_beta_español/s_299_mujeres.html)

LUKEAHRT. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.

MARTIN, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmised Disease, Syphilis in Adults. 1994.

MILES, TP. McBride, D; Word war I origins of the svphilis epidemic mong centurv black Americans. Jul. 1997.

NAKASHIMA, Ak; Epimiolog of svphilis in the United State. 1941-1993. Sex. Trans Disease, Jan-feb. 1996.

NATHAN, L; Bohman. VR; In utero infecction with Treponema pallidum, prenat. Diag, 1997.

R, Bigger; P; Miotta P. Taha. T, et.al. Perinatal intervention trial in Africa: Effect of a Birth canal cleansing intervention to prevent HIV transmission. Lancet 347:1647-1650, 1996.

R, Brettle y C. Leen. Natural history of HIV and AIDS in women. AIDS 5:1283-1292,1991

ROMERO, L.; DELGADO, Beatriz; CALLEJAS, Luis. Flores Roberto, Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de Salud de Nicaragua, noviembre 2004 a Febrero 2005

SANCHEZ, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sifilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

SCARLATTI G, Alpert J, Rossi P: Mother-child transmission of HIV1-correlation with Neutralizing antibody against 10 isolates. J Infect Dis 168:207-210, 1993.

SOTO L, José A.. VIH/SIDA Materno Infantil. Es posible erradicar la infección neonatal. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.(On line). 2002, Vol.67, No.1, p69-74. Santiago.2002.

VELÁSQUEZ de V. Gloria, Gómez A, Rubén. Fundamentos de Medicina. SIDA enfoque Integral. Segunda Edición. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia. 1996.

VELEZ A. Hernán. Fundamentos de Medicina.Dermatología. Medellín, Colombia 2000:254-266.

Y, Bryson. Perinatal HIV 1 transmission: Recent advances and therapeutic Interventions. AIDS 10 (suppl 3): S33 - S42, 1996.

NETGRAFIA

GUIA PRACTICA EN DIAGNOSTICO PRENATAL. Libreria digital. Camilo Hernández de Alba, Md.<http://.en.colombia.com/img0001.htm>.

http://www.gobernar.gov.co/gobernar/index.php?option=com_content&task=view&id=813&Itemid=204

<http://www.hospitalcivil.com/index.php?op=1&sec=1>

Proyect Informs embarazo VIH/SIDA information. <http://www.projinf.org/> spanish /ps Prevention html# contra.

Seroprevalencia de Sífilis (Internet communication at: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php..>)

Volkow Patricia. VIH_SIDA. Aspectos clínico epidemiológicos de relevancia. SIDALAC 2001.(Internet communication 20 Feb 2004 at: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/vancouver/volkow>.)

Anexo A. Historia clínica perinatal

CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL										EDAD	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN)							
NOMBRE _____										años	si	ning.	sec.	años	casada estable						
DOMICILIO _____										menor de 15	no	prim.	univ.	aprob.	soltera	otro					
LOCALIDAD _____ TELEFONO _____										mayor de 35	si	no	no	soltera	otro						
ANTECEDENTES		PERSONALES			OBSTETRICOS					LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)		NUMERO N.O.									
FAMILIARES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si			gestas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/> nacidos vivos <input type="checkbox"/> viven <input type="checkbox"/> fin. anterior embarazo <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>					LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)		NUMERO N.O.									
TBC pulmonar <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>			ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/> algún RN menor de 2500 gr. <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> muertos 1ra. sem. <input type="checkbox"/> después 1ra. sem. <input type="checkbox"/> RN con mayor peso <input type="checkbox"/> g					LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)		NUMERO N.O.									
EMBARAZO ACTUAL		PERSONALES			OBSTETRICOS					LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)		NUMERO N.O.									
PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> Kg. TALLA (cm) <input type="checkbox"/>		DUDAS <input type="checkbox"/> ANTIETANICA (previa actual) <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/>			FUMA <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/>					HOSPITALIZACION EN EMBARAZO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		NUMERO N.O.									
EX. CLINICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			EX. ODONT. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					LUGAR DE TRASLADO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfo <input type="checkbox"/> Recepción <input type="checkbox"/>		NUMERO N.O.									
EX. PELVIS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PAPANIC. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			COLPOSCOPIA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					CERVIX. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		NUMERO N.O.									
EX. VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		EX. VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			EX. Hb <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					EX. Hb <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		NUMERO N.O.									
fecha de la consulta										1	2	3	4	5	6	7	8	9			
semanas de amenorrea																					
peso (Kg.)																					
tensión arterial max./min. (mm Hg.)																					
Alt. uterina pubis fondo Cef./Pelv./Tr.																					
F.C.F. (lat./min.) mov. fetal.																					
PARTO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/>		CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES en el hosp. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			INGRESO <input type="checkbox"/> temperatura <input type="checkbox"/> °C					EDAD GEST. <input type="checkbox"/> sem. menor 37 <input type="checkbox"/> mayor 41 <input type="checkbox"/>		PRES. <input type="checkbox"/> cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/>		TAMAÑO FETAL ACORDE <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INICIO esp. <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> rot. <input type="checkbox"/>		MEMBRANAS <input type="checkbox"/> int. <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> min. <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>			
TRABAJO DE PARTO		hora <input type="checkbox"/>			tensión arterial max./min. (mm Hg.) <input type="checkbox"/>					contracciones <input type="checkbox"/> frec. <input type="checkbox"/> dur. <input type="checkbox"/> seg.		altura ver. posic. <input type="checkbox"/>		F.C.F. <input type="checkbox"/> F.C. mat. (latidos/min.) <input type="checkbox"/>		diat. cerv. <input type="checkbox"/> meconio <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/>			
TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		hora <input type="checkbox"/> min. <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>			NIVEL DE ATENCION <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>					Nº H.C. RN <input type="checkbox"/>		nombre RN <input type="checkbox"/>		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION <input type="checkbox"/>		ATENDIO <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estad. <input type="checkbox"/> empir. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> NOMBRE <input type="checkbox"/>			
MUERTE intraut. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			ALUMB. espontáneo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					PLACENTA completa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> NOMBRE <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> NOMBRE <input type="checkbox"/>		MEDICACION EN PARTO <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> anest. <input type="checkbox"/> anest. <input type="checkbox"/> analges. <input type="checkbox"/> ocitoc. <input type="checkbox"/> antibióticos <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		RECIEN NACIDO <input type="checkbox"/>			
SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		TALLA <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/>			EDAD POR EX. FISICO <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/>					PESO E.G. <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/>		APGAR <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/>		REANIM. RESPIR. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		PUERPERIO <input type="checkbox"/>			
EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/>			ninguna <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> neurologicas <input type="checkbox"/>					memb. hialina <input type="checkbox"/> hiperbilirrub. <input type="checkbox"/> metab./nutric. <input type="checkbox"/>		sind. aspirat. <input type="checkbox"/> otras hematol. <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/>		apnea <input type="checkbox"/> infecciones <input type="checkbox"/> sind. abstinencia <input type="checkbox"/>		otros SDR <input type="checkbox"/> defectos cong. <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>		ALOJAMIENTO CONJUNTO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
EGRESO RN		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>			PECHO <input type="checkbox"/> sano <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>					PESO AL EGRESO <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/>		EGRESO MATERNO <input type="checkbox"/>		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condon <input type="checkbox"/> ligadura <input type="checkbox"/> tubaria <input type="checkbox"/>					
hora <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>		con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>			ALIMENTO <input type="checkbox"/>					dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>		con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		DIU <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>					
Responsable _____										Responsable _____											

Anexo B. Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

Número de ficha: _____

Número de Historia: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Estado civil _____

Escolaridad: _____

Procedencia: _____

Número de Embarazos: _____

Edad Gestacional: _____

Usa condón: Si: _____ No: _____

Ha tenido Sífilis Si _____ No _____ VIH Si _____ No _____

Numero de controles prenatales: _____

Complicaciones gestantes VDRL (+):

- Aborto: _____
- Óbito Fetal: _____
- Parto pretermino: _____
- Ninguna: _____

Anexo C. Ficha tecnica

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	FUENTE
Edad	Años vividos desde el Nacimiento hasta la fecha	< de 45 > de 12 años	Ficha de recolección de datos.
Procedencia	Área geográfica donde habita actualmente al paciente.	Urbana Rural	Ficha de recolección de datos.
Estado Civil	Relación existente entre la paciente y la sociedad.	Soltera Casada Acompañada Viuda Divorciada Otro	Ficha de recolección de datos.
Ocupación	Profesión u oficio al que se dedica la paciente.	Ama de casa Profesora Secretaria Médico Abogado Otras	Ficha de recolección de datos.
Escolaridad	Nivel máximo de estudios alcanzado	Primaria Secundaria Universitario Técnico	Ficha de recolección de datos.
Semanas de gestación en la que se detecto	Tiempo de embarazo al momento del estudio	< de 20 semanas 20 hasta 30 semanas > de 30 semanas	Ficha de recolección de datos.
Partos Anteriores	Numero de hijos vivos	1- 2 - >3	Ficha de recolección de datos.
Factores Asociados	Característica, hábito o Padecimiento presente en la mujer que la predisponga a adquirir la	Si	Ficha de recolección de datos.

	<p>enfermedad y son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de Sífilis y/o VIH, - Numero de controles prenatales, - Uso del condón. - Complicaciones en pacientes gestantes con VDRL positiva. 	No	
		Ninguno 1 – 4 Mayor a 5	
		Si No	
		Ninguna Óbito Fetal Aborto Parto pretermino	

Anexo D. Cronograma

Actividad	AÑO 2008											2009
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Elaboración de proyecto	-----	-----	-----									
Recolección de la información				-----	-----							
Análisis de la información						-----	-----					
Informe final								-----	-----	-----		
Sustentación											-----	-----

Anexo E: Presupuesto

Insumos	Unidad	Valor unitario	Cantidad	Valor Total
Insumos de Oficina	Resma de hojas	11000	2	22.000
	Cuadernos	3000	3	9.000
	Lapicero	700	5	3.500
	Toners	80000	2	160.000
	CD	1000	6	6.000
	Memoria USB	35000	2	75.000
	Legajadores	200	4	800
Encuadernación	Pasta	10000	1	10.000
Transcripciones	Hojas	500	40	20.000
Recolección de información	Fotocopias	50	40	2.000
Llamadas	Minutos	200	50	10.000
Transporte	Pasaje Taxi	3000	5	15.000
	Pasaje Colectivo	1000	10	10000
Internet	Hora	1500	20	10.000
Refrigerios	Alimentos	1800	6	10.800
			TOTAL	364.100

Anexo F. Artículo

SEROPREVALENCIA DE VIH / SIDA Y SIFILIS EN MUJERES GESTANTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES EN EL PERIODO COMPREDIDO ENTRE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008

Autores: Adriana Margarita Coral
Cepeda, Dayra Milena Pantoja Tapia

RESUMEN

Hoy en día 42 millones de hombres, mujeres y niños viven con VIH de esto el 40% son mujeres y la Sífilis es la enfermedad venérea más importante, compromete todas las edades y estratos sociales y no existen diferencias de sexo y raza. Objetivo: Determinar la seroprevalencia al VIH y Sífilis en mujeres embarazadas que ingresan al hospital civil de IpiALES en el periodo de Enero a Septiembre del 2008, con el fin de plantear recomendaciones que se requieren para éste caso. Materiales y métodos: Este estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y observacional, se revisaron 21 historias clínicas de pacientes gestantes que ingresaron al Hospital Civil de IpiALES con serologías y test de Elisa positivos, se realizó una ficha en la cual se consignaron datos obtenidos de historias clínicas perinatales. Resultados: En grupo

etareo mujeres de 20 a 35 años con 76,19 %, por procedencia el área urbana con 52,38 %, por estado civil mujeres casadas para un 61,90%, en escolaridad la mayoría secundaria para un 61.90%, en número de gestaciones el mayor número de casos fue en multigestantes con 38,09%, por edad gestacional mayor a 37 semanas con 42,85%, por uso de preservativo predominando el no uso de este con 95,23%, por ocupación las amas de casa con un 90,47%. Conclusiones: La mayoría de las pacientes diagnosticadas con VIH o sífilis son jóvenes en un rango de edad entre 20 – 35 años, casadas, del casco urbano, nivel de escolaridad secundaria incompleta, y no utilizaban preservativo.

INTRODUCCION

El embarazo es un fenómeno social de gran importancia actualmente debido al aumento progresivo no solo en Colombia sino en casi toda Latinoamérica y Estados Unidos. Además las múltiples y graves consecuencias que dejan en las mujeres y su hijo hace que sea necesario empezar a definir estrategias realmente preventivas basadas en realidades concretas de acuerdo al tipo de mujeres que se quieran abordar.

Sin embargo, la cobertura médica para el control prenatal de dichas mujeres aún es baja. Para el

subsector público se estima que el 78% de las embarazadas llegan al parto con alguna consulta prenatal realizada, muchas de las cuales no reúnen los requisitos aceptables en cuanto a su precocidad, cantidad, distribución, integralidad y calidad. Sólo el 30% de los controles se inicia precozmente durante el primer trimestre. Mucho menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se han preparado adecuadamente para emprender un embarazo

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer, parte desde la adolescencia; esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo.

Actualmente la mayoría de los autores coinciden con la eficacia del control prenatal cuando es provisto de rutina a toda la población de pacientes embarazadas, aunque para algunos se han planteado indicadores materno-perinatales que muestran tasas altas y dudas en cuanto a su utilidad para reducir la morbimortalidad perinatal dada por el bajo peso al nacer, por prematuridad o por retardo del crecimiento fetal.

El presente trabajo pretende hacer un acercamiento a los factores sociales de este fenómeno complejo, ya que es increíble que a pesar de los grandes avances tecnológicos y científicos todavía se siga poniendo

un velo negro frente a un tema tan cotidiano como es la sexualidad y se siga estigmatizando, rechazando y culpando a madres solteras por un hecho, que tiene sus raíces en el tabú que ha generado la sociedad y la deficiente educación respecto a este tema. Es como si la sociedad estuviera jugando una doble moral, puesto que está criticando de forma destructiva algo de lo cual también es responsable.

Por la experiencia acumulada en los servicios de salud y por las evidencias científicas de que hasta hoy se dispone, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo (control prenatal), es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal, tanto para prevenir enfermedades de la madre y del recién nacido, como son en este caso el VIH/ SIDA y sífilis.

Por la complejidad de las enfermedades nombradas anteriormente se realiza el presente estudio y así dar a conocer la verdadera problemática presentada en el hospital civil de Ipiales con respecto a estas patologías dadas en mujeres gestantes pretendiendo con esto una realización adecuada en cuanto al control prenatal, ejecutando desde el principio un plan de acción en el cual se pueda realizar un seguimiento adecuado a la paciente para evitar que esta se retire de dicho control, además creemos que es un tema de gran interés debido al gran

impacto que tienen las enfermedades mencionadas anteriormente puesto que sus consecuencias en la gestación son nefastas y esto es definitivamente muy triste ya que se puede prevenir tan solo con un buen control del embarazo todo lo anterior gracias al aporte y colaboración de sus directivas y la disposición de su personal para suministrarlos las historias clínicas con de las cuales se recolecto la información de este estudio.

MATERIALES Y METODOS

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y observacional, se revisaron 21 historias clínicas de pacientes gestantes que ingresaron al Hospital Civil de Ipiales con serologías y test de Elisa positivos, en el periodo comprendido entre enero a septiembre de 2008, dicha revisión se hizo con una determinada periodicidad. Se fijaron como criterios de inclusión: toda gestante que asista al hospital civil de Ipiales y que tenga serología y test de Elisa positivo en el periodo comprendido entre Enero a Septiembre de 2008 y como criterios de exclusión: toda gestante que asista al hospital civil de Ipiales y que tengan serología y test de Elisa negativo en el periodo comprendido entre Enero a Septiembre de 2008.

Se recolectó información a través de una ficha en la cual se consignaron

datos obtenidos de historias clínicas perinatales (ver cuadro 1) y se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

Cuadro 1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:	
Número de ficha:	_____
Número de Historia:	_____
Nombre:	_____
Edad:	_____
Ocupación:	_____
Estado civil:	_____
Escolaridad:	_____
Procedencia:	_____
Número de Embarazos:	_____
Edad Gestacional:	_____
Usa condón:	Si: _____ No: _____
Ha tenido Sífilis	Si _____ No _____
VIH	Si _____ No _____
No. de controles prenatales:	_____
Complicaciones gestantes VDRL (+):	
• Aborto:	<input type="checkbox"/>
• Óbito Fetal:	<input type="checkbox"/>
• Parto pretermino:	<input type="checkbox"/>
• Ninguna:	<input type="checkbox"/>

RESULTADOS

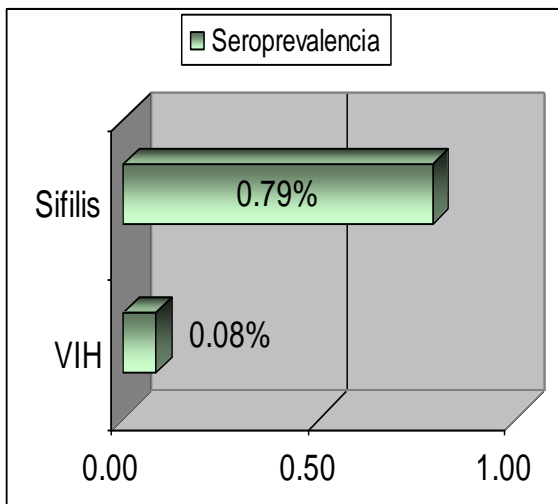
Antes de iniciar el presente estudio se realizo a partir del mes de enero de 2008 aprovechando el convenio interinstitucional entre el hospital civil de Ipiales y la Fundación Universitaria San Martín, una revisión de 21 historias clínicas correspondientes a mujeres gestantes que ingresaron al Hospital Civil de Ipiales entre Enero y Septiembre de 2008 con patologías como VIH y Sífilis.

Tabla 1. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnósticas para VIH / sífilis en el Hospital Civil de Ipiales de Enero a Septiembre de 2008

PATOLOGIA	No	%
VIH	2	9.52
SIFILIS	19	90.48

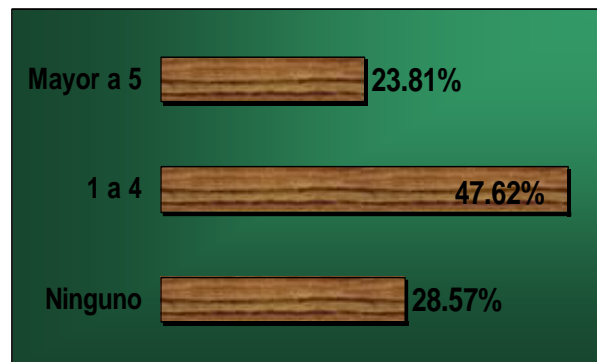
En la tabla 1 se registran todos los casos tanto de sífilis como VIH, encontrando que en mayor porcentaje fueron las gestantes con sífilis con un porcentaje de 90.48% y para VIH fueron 2 gestantes con un porcentaje de 9.52%.

Grafica 1. Seroprevalencia de VIH y sífilis en el Hospital Civil de Ipiales de Enero a Septiembre de 2008



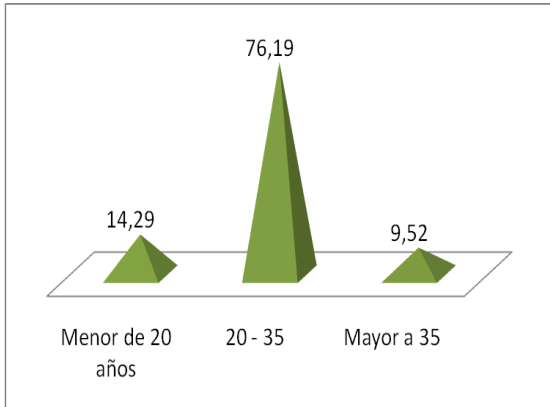
En el hospital civil de Ipiales ingresan en promedio 3222 gestantes al año, como el objetivo de este estudio es determinar la seroprevalencia de VIH y sífilis en 9 meses y en este periodo ingresaron en promedio 2416 gestantes, en base a esto podemos decir que la seroprevalencia de VIH es de 0.08% y de sífilis es de 0.79%. (ver grafica 1)

Grafica 2. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnósticas para VIH / sífilis en relación con número de controles prenatales realizados.



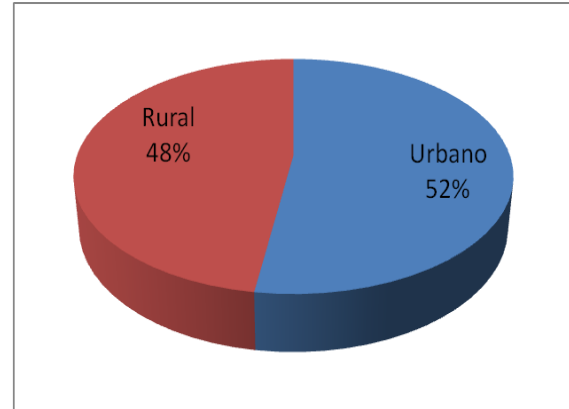
La grafica 2 hace relación al número de controles prenatales que realizaron las gestantes con mencionadas patologías, encontrándose que el mayor porcentaje es en 1 a 4 controles prenatales con un 47.2%, seguido de gestantes que no realizaron ningún control prenatal con un 28.57%.

Grafica 3. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación con grupo de edad de las gestantes.



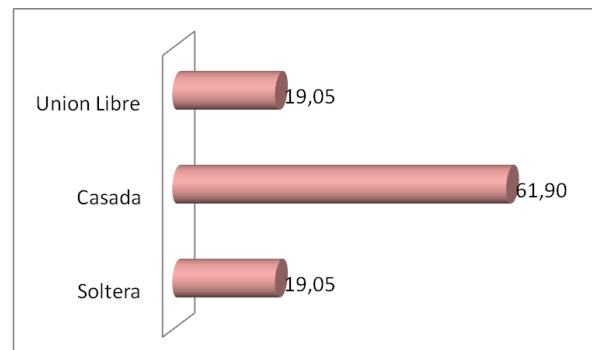
La grafica 3 contiene la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según grupo etareo en la cual se observa un mayor número entre las edades de 20 a 35 años correspondiente a 16 casos para un porcentaje de 76,19 %, 3 casos en menores de 20 años que equivale a 14,28% y 2 casos en mayores de 35 años correspondiente a 9,52%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en el grupo etareo de mujeres gestantes comprendido entre los 20 a 35 años de edad en un 76,19%.

Grafica 4. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a procedencia de las gestantes.



La grafica 4 indica la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según la procedencia en la cual se observa un predominio en el área urbana con 52,38 %, para 11 casos y en el área rural 10 casos con 47,61%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en el área urbana en un porcentaje de 52,38 %.

Gráfica 5. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Estado Civil de la gestante.



La gráfica 5 contiene la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según estado civil en la cual se observa que 13 casos predominan en las mujeres casadas para un 61,90%, 4 casos en mujeres solteras y 4 en mujeres en unión libre para un porcentaje de 19,04% respectivamente; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres casadas en un porcentaje de 61,90%.

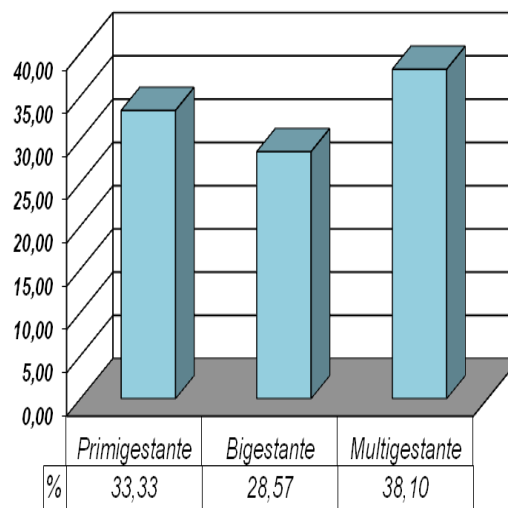
Tabla 2. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH/ sífilis en relación a Escolaridad de la gestante.

Escolaridad	Positivo	
	No.	%
Primaria	8	38,0952381
Secundaria	13	61,9047619
Total	21	100

La tabla 2 muestra información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según escolaridad en la cual se observan 13 casos en mujeres con estudios en la secundaria para un 61.90% y con estudios en la primaria 8 casos con un porcentaje de 38,09%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres que cursaron o cursan

estudios secundarios en un porcentaje de 61,90%.

Gráfica 6. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Numero de gestaciones.



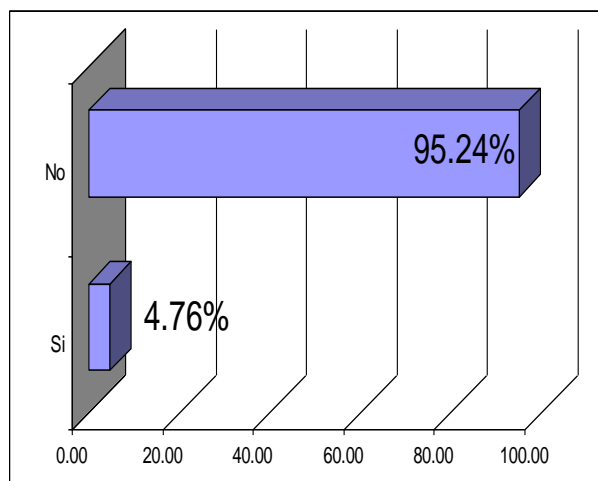
La gráfica 6 indica la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según el número de gestaciones en la cual se observan el mayor número de casos con 8 para un porcentaje de 38,09% en mujeres multigestantes, le siguen 7 casos en mujeres primigestantes para un porcentaje de 33,33% y 6 casos en bigestantes con 28,57%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres multigestantes con un porcentaje de 38,09%.

Tabla 3. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a Edad Gestacional.

Edad Gestacional	Positivo	
	No.	%
Menor 20 Sem.	5	23,8095238
20 - 36 Semanas	4	19,047619
Mayor 37 Sem.	9	42,8571429
Total	21	100

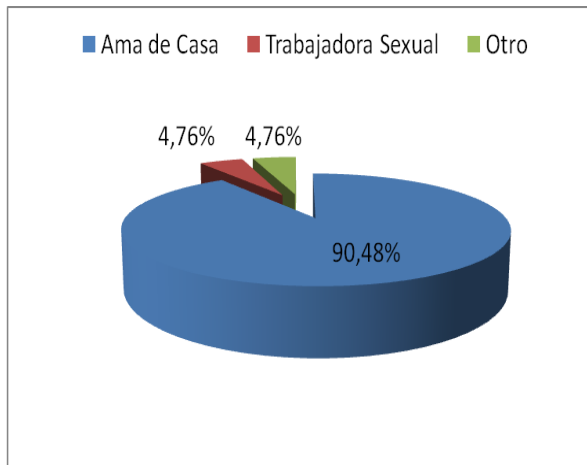
La tabla 3 muestra información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según la edad gestacional en la cual se observa que predominan las pacientes con edad gestacional mayor a 37 semanas con 9 casos con un porcentaje de 42,85%, le siguen las gestantes menores de 20 semanas con 5 casos en un 23,80% y luego 4 casos en gestantes entre 20 a 36 semanas con un porcentaje de 19'04%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres gestantes mayores a 37 semanas en un porcentaje de 42,85%.

Gráfica 7. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a uso de preservativo por parte de la gestante.



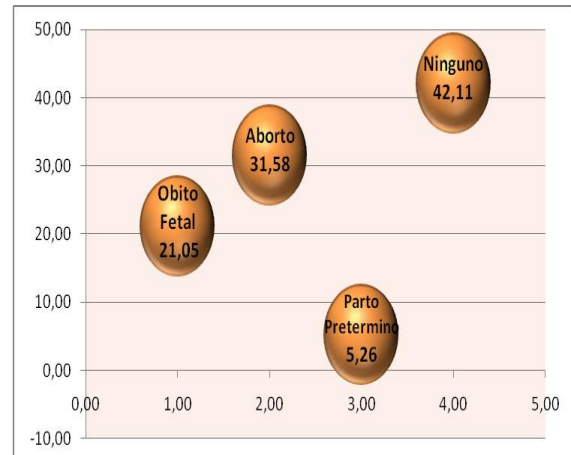
La gráfica 7 contiene la información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis con respecto al uso de preservativo predominando el no uso de este para 20 casos con un porcentaje de 95,23%, y 1 caso de uso de condón con un porcentaje de 4,76%; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres que tenían relaciones sexuales sin utilizar condón con un alto porcentaje de 95,23%.

Gráfica 8. Distribución de Embarazadas según positividad de pruebas diagnosticas para VIH / sífilis en relación a ocupación de la gestante.



La gráfica 8 muestra información relacionada con el número de casos positivos para VIH / Sífilis según la ocupación siendo la de mayor porcentaje mujeres amas de casa con un 90,47% para un total de 19 casos, siguiéndole 1 caso en trabajadoras sexuales y 1 caso en otras ocupaciones con un porcentaje de 4,76% respectivamente; esto significa que la mayoría de los casos positivos para VIH/ Sífilis se presentaron en mujeres amas de casa en un porcentaje alto de 90,47%.

Grafica 9. Distribución de embarazadas con VDRL positiva en relación a complicaciones del embarazo.



La grafica 9 muestra las gestantes con VDRL positiva que presentaron complicaciones durante su embarazo dentro de las cuales figuran: aborto con un 31.58%, óbito fetal con un 21.05%, parto pretermino con un 5.26% y aquellas que no presentaron ninguna complicación con un 42.11%, mostrando con esto que la positividad de VDRL conlleva a varias complicaciones en el feto, o a la no terminación de embarazo.

DISCUSION

Se nota que las características de la población estudiada coinciden con lo esperado, tomando en cuenta que vivimos en un país subdesarrollado en donde la tendencia de embarazos

en población joven ha aumentado, encontrando en este estudio la mayoría de embarazadas entre 20 y 35 años de edad, etapa de mayor productividad y reproducción en el ser humano, similar a lo reportado de forma general en las estadísticas nacionales. Los niveles de desempleo y de pobreza han contribuido a que la mayoría de mujeres sean amas de casa, lo que igualmente es una situación de riesgo que modifica sus valores, conductas y creencias ante la problemática de la infección del VIH o sífilis, que dificultan el acceso a la información lo que genera un conocimiento escaso, presentando una total dependencia de su pareja. La mayoría de gestantes estudiadas eran de estado civil casadas, lo que concuerda con la literatura, donde se plantea que las mujeres con una pareja sexual estable presentan mayor riesgo de adquirir la infección por VIH/sida o sífilis debido al comportamiento de su compañero sentimental.

Por otra parte, el máximo nivel académico fue el de secundaria pero no completa, debido al abandono de los estudios en los primeros años. La mayoría de la población era de origen urbano, coincidiendo con lo encontrado en otros estudios y en este caso debido también, a que estamos situados en zona fronteriza en donde se encuentra población de otras ciudades de Colombia, como del país vecino Ecuador.

Se encontró que la mayoría de las mujeres tienen entre 2 y 3 partos anteriores al actual, coincidiendo esto con las estadísticas internacionales del número de embarazos. La mayoría de las pacientes se realizaron el diagnóstico de la infección por VIH/sida o sífilis, en el III trimestre del embarazo, lo que no está establecido en las normas como régimen puesto que el diagnóstico debe hacerse inclusive antes del embarazo, para así realizar un mejor abordaje y seguimiento de estas pacientes.

Todo lo anterior podría ponerlas en desventaja en algunas actitudes y prácticas en cuanto a la prevención del VIH/sida, lo que se evidencia en los resultados obtenidos en la investigación respecto de algunas prácticas sexuales relacionadas con comportamientos de riesgo como son: el pedir la prueba de VIH a la pareja previamente al inicio de la vida sexual, el uso de preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida o sífilis ya que se encontró que casi todas las positivas no lo usaban, a excepción de una gestante quien lo usaba pero no con frecuencia.

CONCLUSIONES

- Las pacientes diagnosticadas con VIH o sífilis (en el estudio) están en un rango de edad entre 20 – 35 años, del casco urbano, nivel de escolaridad secundaria incompleta.

- La seroprevalencia de VIH es de 0.08% y de sífilis es de 0.79%.
- En el estudio se encontró que 19 pacientes fueron diagnosticadas con sífilis y 2 confirmadas con SIDA.
- Se recibieron 2 pacientes con controles incompletos y sin control prenatal en fase activa del trabajo de parto, lo cual impidió la aplicación del protocolo adecuado, terminando en parto vaginal siendo pacientes portadoras de VIH.
- Las principales complicaciones encontradas en pacientes con VDRL positiva en orden de frecuencia son: aborto, parto prematuro y óbito fetal.
- No se pudo determinar el manejo clínico de la paciente embarazada seropositiva al VDRL, debido a que no se registró en la Historia Clínica.
- Los controles realizados a las pacientes VIH positivas no fueron los adecuados, debido a que no se siguieron las especificaciones de a norma técnica 412, ni los protocolos que existen en las Instituciones de Salud.
- Con respecto a estado civil el mayor porcentaje de seroprevalencia para VIH / sífilis fue en mujeres casadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- AIDS Institute Criteria for the Medical Management of Adults with HIV Infection. Albany, New York State Department of Health, 1997
- 2- Alfonso Delgado Rubio. Profilaxis de la transmisión vertical del VIH aeped. Es/protocolos/infectología/30 profilaxis transmiver Pdf.
- 3- Bervesi A, Chriabi J Kobuch W: Influence of pregnancy on HIV disease (abstr WB 2046). Abstracts of the International Conference on AIDS , Florence, Italy, 1991.
- 4- Bigger R. Miotta P. Taha. T, er al: Perinatal intervention trial in Africa: Effect of a Birth canal cleansing intervention to prevent HIV transmission. Lancet 347:1647- 1650, 1996.
- 5- Bledsoe K, Olopneia. L. Baras S: Effect of pregnancy on progression of HIV infection (abstr Th.C652) Abstracts of International Conference on AIDS, San Francisco 1990.

- 6- Bongain A, Rampal A, Durant J, et al: Cervical intraepithelial neoplasia in women Infected with HIV. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 65:195-19, 1996.
- 7- Brettle R, Leen C: Natural history of HIV and AIDS in women. AIDS 5:1283- 1292,1991
- 8- Bryson Y: Perinatal HIV 1 transmission: Recent advances and therapeutic Interventions. AIDS 10 (suppl 3): S33 - S42, 1996.
- 9- Burrow-Ferris. Complicaciones médicas durante el embarazo. Tercera edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.
- 10- CDC: Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the use of Zidovudine to reduce perinatal transmission of HIV. MMWR 43(RR11): 1-20, 1994.
- 11-Coll O, Hernandez M, Boucher C: Vertical Transmission correlates with a high maternal viral load at delivery. J Acquir Inmune Defic Syndr Hum Retrovirol 14:26 – 31, 1997.
- 12-Dava Klirsfeld. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres Clínica médica de Norteamérica. Vol. II, p. 311-332.
- 13-Dunn D, Newell M, Ades A: Risk of HIV transmision thorough breast feeding. Lancet 340:585-588, 1992.
- 14-El VIH /sida en Nicaragua. Informe Ejecutivo. Ministerio de Salud (MINSa) 2007.
- 15-European Collaborative Study: Cesarian section and risk of vertical transmission of HIV 1. Lance 343:1464-1467, 1994.
- 16-Francois D, Lander J. DeClerq A: Pregnancy outcome in HIV infected women: A cohort study in Kigali, 1992 (abstr WSB06). Abstracts of International Conference AIDS, Berlin, Gemany, 1992
- 17- Ha J, Nosbisch C, Conrad S, et al: J Acquir Inmune Defic Syndr Hum Retrovirol 7:154-157, 1994.
- 18- Informe anual Laboratorio Hospital Bertha Calderon Roque ano 2007.

- 19- Izazola José A., Etal. El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria. SIDALAC. ONUSIDA. México.1999.
- 20- J. Marengo CH Comportamiento Epidemiológico del VIH-SIDA y Embarazos 1 de enero 2000 al 31 diciembre 2005.
- 21-Kuhn L, Bobat R, Coutoudis A, et al: Cesarean deliveries and maternal infant Transmission: Results from a prospective study in South Africa J, Acquir Inmune Defic Syndr Hum Retrovirol 11:478-483, 1996.
- 22-La Mujer y el VIH Estrategia para prevenir la transmisión del VIH durante la etapa Avanzada del embarazo [http:// staff org/tratamiento beta español/s 299 mujeres Html](http://staff.org/tratamiento_beta_español/s_299_mujeres.html).
- 23- Lesley –Bibs V, Renzallo P, Goldenbaum M: Patterns of pregnancy and reproductive morbidity among HIV infected women in the US Army (abstr ThC655). Abstracts of International Conference on AIDS, 1990.
- 24-Merle A. Sande, MD, David N. Gilbert, MD. Robert C. Moeelering, Jr. MD. "Sanford Guide" Octava Edición. Intersistemas S.A. de CV. Aguiar y Seijas 75. México, D.F. Año 2000.
- 25-Plummer F, Simonsen J, Camaron D: Cofactors in male to female sexual transmission of HIV-1 J Infect Dis 163:233-239, 1991.
- 26-Romero, L. Delgado Beatriz. Callejas Luis. Flores Roberto, Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de Salud de Nicaragua, noviembre 2004 a Febrero 2005
- 27-Scarlati G, Alpert J, Rossi P: Mother-child transmission of HIV1- correlation with Neutralizing antibody against 10 isolates. J Infect Dis 168:207-210, 1993.
- 28-Velásquez de V. Gloria, Gómez A, Rubén. Fundamentos de Medicina. SIDA enfoque Integral. Segunda Edición. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia. 1996.
- 29-Soto L, José A.. VIH/SIDA Materno Infantil. Es posible

- erradicar la infección neonatal. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.(On line). 2002, Vol.67, No.1, p69-74. Santiago.2002.
- 30-Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo Y parto de alto riesgo. Editorial España. Segunda edición, 1994.
- 31-Benenson, Abram; Manual para el control de enfermedades transmisibles. Organización Panamericana para la Salud, 16' edición, 1997.
- 32-Danfoth, D; Tratado de Ginecología v Obstetricia, Sífilis, 5ta , Edición, 1990.
- 33-Evans, Hugh; Clínicas de Perinatología de Norte América. Sífilis Congénita, Vol. 2, 996.
- 34-Goodman y Gilman, Alfred; Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana, 8va Edición, México. 1991.
- 35-Gomez, J.; Enfermedades de Transmisión Sexual. un problema de educación, Santa Fe de Bogota, Colombia, 1995.
- 36-Jawets, Ernest, Microbiología Médica, Editorial Manual Moderno, 14' Edición, México, 1992.
- 37-Lukeahrt. CH.; Holmes, K. Harrison; Principios de Medicina Interna. Sífilis, Vol. 1, Ediciones Interamerica McGraw Hill, 1991.
- 38-Martin, David; The medical clinics of North America. Sexuality Transmitted Disease, Syphilis in Adults. 1994.
- 39-Miles, TP. McBride, D; Word war I oriqins of the svphilis epidemic mong centurv black Americans. Jul. 1997.
- 40-Nakashima, Ak; Epimiolog of svphilis in the United State. 1941-1993. Sex. Trans Disease, Jan-feb. 1996.
- 41-Nathan, L; Bohman. VR; In utero infection with Treponema pallidum, prenatal. Diag, 1997.
- 42-Sanchez, Pablo; Clínicas de Perinatología de Norte América, Sífilis durante el embarazo, Vol. 3, 1997.

43-María Eugenia Garza Elizondo, María Sonia Rodríguez Casas, Enrique Villarreal Ríos, Ana María Salinas Martínez y Georgina Mayela Núñez Rocha. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 267-274 N.º 2 - Marzo-Abril 2003.

44-Vélez a. Hernán. Fundamentos de Medicina.Dermatología. Medellín, Colombia 2000:254-266.

45- Esperanza Burbano. CALLE; Jaime Becerra. (1995). Grupos focales: una herramienta maravillosa. Fundación CIMDER: Santiago de Cali.

46- Freddy Briceño M. , MD Profesor Asociado Departamento de Ginecología y Obstetricia Perinatólogo, Plan Prenatal 2002; Julián A. Herrera M. , MD Profesor Titular Departamento de Medicina Familiar Director Científico Plan Prenatal Nacional. Reducción en la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal con la Implementación de un Plan Prenatal Coomeva E.P.S S.A 2001 - 2002.

NETGRAFIA

47-Seroprevalencia de Sífilis (Internet communication at: (<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php>)

48- GUIA PRACTICA EN DIAGNOSTICO PRENATAL. Librería digital. Camilo Hernández de Alba, Md.<http://en.colombia.com/img0001.htm>.

49- Project Informs embarazo VIH/SIDA information. [http://www.projinf.org./spanish/psPrevention.html# contra](http://www.projinf.org./spanish/psPrevention.html#contra).

50- Volkow Patricia. VIH_SIDA. Aspectos clínico epidemiológicos de relevancia.SIDALAC 2001.(Internet communication 20 Feb 2004 at: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/vancouver/volkow>.

51- http://www.gobernar.gov.co/gobernar/index.php?option=com_content&task=view&id=813&Itemid=204

52- <http://www.hospitalcivil.com/index.php?op=1&sec=1>