

# VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA POSITIVO/SIDA EN GESTANTES Y SUS RECIÉN NACIDOS – INFANTES. HOSPITAL SERGIO E. BERNALES – COMAS: PERIODO 2000 – 2005

## Positive Virus of Human Immunodeficiency/AIDS in Pregnant Women and their New born-Infants. Hospital Sergio E. Bernales-Comas: Period 2000 - 2005

Charly Andrés Pacheco Medina<sup>1</sup>

---

### Resumen

**Objetivo:** el aumento en el número de mujeres en edad fértil infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana positivo/Sida se acompaña de un incremento paralelo en el número de casos infantiles debido que el 85% de los casos pediátricos en el mundo se debe a la transmisión perinatal. El presente trabajo busca determinar la relación que existe entre el virus de inmunodeficiencia humana positivo/sida en gestantes y sus recién nacidos–infantes.

**Material y método:** la presente investigación se realizó en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, Comas, Lima, durante el periodo 2000-2005. El universo estuvo conformado por todas las gestantes atendidas en ese periodo. El total de partos fue de 31.304. Se utilizó el diseño descriptivo simple, retrospectivo, no probabilístico intencionado.

**Resultados:** se obtuvo una tasa de 0,16%, correspondiente a las gestantes que padecen del virus de inmunodeficiencia humana positivo/Sida. 76% de los recién nacidos hijos de madres con VIH+/SIDA padecieron de VIH+/Sida.

**Conclusiones:** el principal esfuerzo es promover el acceso de las mujeres gestantes a pruebas de diagnóstico y a tratamiento. Si se identifica que la gestante es portadora del virus, se debe aplicar un protocolo que consiste en administrar medicamentos específicos durante el embarazo, realizar una cesárea en el momento del parto y controlar al niño hasta el año y medio, para realizarle un diagnóstico definitivo.

**Palabras Claves:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH, recién nacido.

### Abstract

**Objective:** The increase in the number of women in fertile age infected by the positive Virus of Human Immunodeficiency/AIDS is accompanied by a parallel increase in the number of infantile cases in which 85% of the pediatric cases all over the world are caused by the perinatal transmission. The present work tries to determine the relation between AIDS virus in pregnant women and their new born-infants.

**Material and Method:** The present work was done in the Hospital Sergio E. Bernales – Commas, period 2000 - 2005. The universe was composed by all the pregnant women who were attended in that period. The total number of childbirths was 31.304. The design was descriptive simple, retrospective, non probabilistic, intentional.

**Results:** in this investigation a rate of 0,16% was obtained. It corresponds to pregnant women that suffer of the positive Virus of Human Immunodeficiency/AIDS. 76% of new born children of mothers with VIH+/AIDS suffered of VIH+/AIDS.

**Conclusion:** The main effort is to promote the access of pregnant women to tests of diagnosis and treatment. If pregnant woman is identified as a virus carrier, a protocol is due to apply, that consists of administering specific medicines during the pregnancy to make a caesarean at the time of the childbirth and to control the boy until the year and a half, to make a definitive diagnosis for him.

**Key words:** Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, infant new born.

### INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (1), enfermedad que afecta a cientos de miles de personas en Estados Unidos y a muchas más en todo el mundo. Los aspectos demográficos de esta enfermedad están cambiando, de

manera que el VIH está infectando a un número creciente de mujeres en edad fértil. Como consecuencia de ello, también se está incrementando rápidamente el número de niños nacidos de madres infectadas por el VIH (2, 3). Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo empieza a proliferar de forma continua (4, 5). Se podría distinguir al menos tres fases evolutivas de la infección: inicial,

---

<sup>1</sup> Licenciado en Obstetricia de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la USMP.

precoz o aguda; intermedia o crónica, y final, de crisis o de Sida (6).

El VIH es un retrovirus (virus que posee la cualidad de poder transformar su ácido ribonucleico (ARN) a ácido desoxirribonucleico (ADN)), de tal manera que transmite su código genético a la célula infectada y logra así que cuando la célula intente reproducirse, en realidad produzca retrovirus que atacan al sistema de defensas. En la naturaleza, lo común es ver como el ADN se transforma en ARN, pero no al contrario; por eso, este tipo de virus, al poseer la cualidad de realizar este proceso al revés, se denomina retrovirus (7,8).

El SIDA es la etapa avanzada de la infección producida por el VIH, el cual ataca y destruye en forma progresiva el sistema inmunitario. La función de este sistema es defender de gérmenes e impedir la aparición de cánceres y tumores (9).

El riesgo de transmisión es mayor en países subdesarrollados, con un rango de 21 a 43%, comparado con el de países desarrollados, que es de 14 a 25%. Lo anterior representa un problema de enormes proporciones para los pediatras y profesionales que cuidan la salud pediátrica (10, 11).

La serología en los recién nacidos, prácticamente desde el inicio de la epidemia del VIH, a la infección del VIH en los niños ha constituido una constante preocupación por su trascendencia social y sus repercusiones. El primer caso de infección VIH documentado en niños se remite a 1982 (12).

El diagnóstico de la infección por el VIH-1 en los recién nacidos y niños menores de dos años tiene características propias determinadas en gran parte por la posibilidad de transmisión pasiva de los anticuerpos maternos, lo que dificulta conocer con las pruebas de cribado rutinarias si realmente el niño está infectado, y los potenciales efectos indeseables que acompañan a la terapia antirretroviral (13, 14).

Actualmente el diagnóstico de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana positivo (VIH+) en los niños comprende una combinación de pruebas como las determinaciones seriadas de anticuerpos y detección de antígeno del VIH que son asequibles a la mayoría de los laboratorios mientras que otras como el cultivo de los virus o detección de ácido nucleico son realizadas en laboratorios más especializados o centros de referencia (15).

## MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación se realizó en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, respecto al periodo 2000-2005. Está ubicado en la Av. Túpac Amaru, Km. 14,5, Comas Collique Lima, Perú.

Se utilizó el diseño descriptivo simple, retrospectivo, no probabilístico, intencionado.

El universo estuvo conformado por todas las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales. En ese periodo, el total de partos fue de 31.304.

## RESULTADOS

De los 31.304 partos, hubo 50 gestantes infectadas con el VIH/SIDA, con una tasa de gestantes que padecen del VIH positivo/Sida de 0,16. 38 recién nacidos, hijos de madres con VIH+/SIDA, padecen de VIH+/SIDA (76%). 12 recién nacidos, hijos de madres con VIH+/SIDA no padecieron de VIH+/SIDA (24%). 40

gestantes tuvieron VIH+ en fase inicial, de las cuales 30 recién nacidos tuvieron VIH+. 10 gestantes tuvieron VIH+ en fase intermedia, de las cuales 8 recién nacidos tuvieron VIH+. El 33% de gestantes con VIH+ culminaron su embarazo mediante el parto abdominal y el 17% por parto eutócico.

**Tabla 1:**  
**métodos para diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana positivo+ / Sida en gestantes y sus recién nacidos infantiles**

Método Diagnóstico VIH/ SIDA	GESTANTE		RECIÉN NACIDOS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Elisa	26	52%	0	0%	26	26%
Western Blot	10	20%	13	26%	23	23%
Elisa + Western Blot	14	28%	37	74%	51	74%
Total	50	100%	50	100%	100	100%

El diagnóstico de VIH+/SIDA en gestantes se realizó mediante el método de ELISA en 52% (26), seguido del 28% (14) mediante los métodos de ELISA + WESTERN BLOT.

En el recién nacido, el diagnóstico de VIH+/SIDA se realizó con mayor frecuencia mediante los métodos de Elisa + WESTERN BLOT en 74% (37) y el 26% (13) mediante los métodos de WESTERN BLOT.

**TABLA 2:**  
**medidas de prevención de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana positivo**

Medidas de Prevención Vertical VIH (+)	GESTANTE		RECIÉN NACIDOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Completo	34	68%	38	76%
Incompleto	11	22%	10	20%
No Cumplimiento	5	10%	2	4%
Total	50	100%	50	100%

Se encontró que 68% (34) de las gestantes cumplieron con el tratamiento farmacológico completo de VIH/SIDA, seguido de 22% (11) que abandonaron el tratamiento y 10% (5) que no cumplieron el tratamiento.

el tratamiento y 4% (2) que no tuvieron el tratamiento.

En el recién nacido, se encontró que el 76% (38) tuvieron el tratamiento farmacológico, seguido del 20% (10) con el que no se completó

**TABLA 3:**  
**correlación del virus de inmunodeficiencia humana positivo / Sida materno con el del recién nacido- infante**

VIH (+) Materno	VIH recién nacido – infante					
	VIH (+)		VIH (-)		Total	
	Incidencia	Porcentaje	Incidencia	Porcentaje	Incidencia	Porcentaje
VIH (+) / Fase inicial	30	79%	10	83%	40	80%
VIH (+) / Fase intermedia	8	21%	2	17%	10	20%
Total	38	100%	12	100%	50	100%

El 80% (40 casos) de las gestantes con VIH+ se encontraron en fase inicial, de las cuales 30 infantes presentaron VIH+ (correspondió al 79% del total de recién nacidos con VIH) y 10 infantes resultaron con VIH negativo (correspondió al 83% de infantes con VIH negativo).

El 20% (10 casos) de las gestantes con VIH+ se encontraron en fase intermedia, de las cuales 8 infantes nacieron con el VIH (correspondiendo al 21% del total de recién nacidos con VIH), y 2 infantes resultaron con VIH negativo (correspondió al 17% de infantes con VIH negativo).

**Tabla 4:**  
**vía de culminación del embarazo**

Vías de culminación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Parto eutócico	16	32%
Parto abdominal	34	68%
Total	50	100%

## DISCUSIÓN

La tasa de gestantes con virus de inmunodeficiencia humana/SIDA es de 0,16, dato que no difiere mucho a los estimados de otro trabajo de investigación de Ana María Núñez Obeso (1) que encuentra una prevalencia de 0,19. Esto se debe a que la mayoría de parejas tiene una relación estable y algún grado de educación secundaria o superior. El comportamiento sexual fue heterosexual, sin antecedentes de drogadicción. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 19 años y, sin embargo, algunos a esa edad ya habían tenido algún hijo con VIH+. El diagnóstico se realizó durante el control prenatal, el parto, un control prenatal y posparto, en que recibieron tratamiento profiláctico con AZT. La vía de parto fue cesárea en la mayoría de casos. Todas estas características hacen que la prevalencia sea cada vez menor a la estimada a nivel mundial. El Panorama General de la Epidemia de Sida (2) estima que a finales de 2005 había 38,6 millones de personas en todo el mundo que vivían con el VIH, y una prevalencia de 0,5 para América Latina; 0,3 para Oceanía; 1,6 para el Caribe y 6,1 para África Subsahariana. En el caso de África Subsahariana, la prevalencia es muy alta. Esto se debe a que las mujeres son más propensas a la infección, porque con poco más de una décima parte de la población mundial el continente africano alberga a casi al 64% de todas las personas que viven con el VIH+: 24,5 millones; dos millones de ellas son niños menores de 15 años. De hecho, en África Subsahariana viven casi nueve de cada diez niños (menores de 15 años) infectados por el VIH+.

Se estima que aproximadamente 240 mil mujeres en edad reproductiva tienen el virus del Sida en Brasil (3) y que la mayor parte no sabe que es seropositiva. Hoy en día, gracias a las nuevas tecnologías es posible bajar a cerca de cero la tasa de transmisión vertical. Mientras tanto, para que esto suceda, es necesario que haya un seguimiento médico prenatal cuidadoso y específico. Actualmente, la media nacional de la transmisión vertical en Brasil es de aproximadamente 8%. La incidencia es especialmente alta en las regiones norte y nordeste (12% y 15%, respectivamente), donde gran parte de las gestantes no tienen acceso a un examen prenatal de calidad que incluya el

test de HIV. Existen aproximadamente 15 mil niños y adolescentes diagnosticados con HIV/Sida.

En una investigación realizada por Antonio Payá Panadés, de la Universidad Autónoma de Barcelona (4), el diagnóstico de VIH+/SIDA se realizó mediante el test de ELISA y se confirmó con la técnica de Western-Blot. También se realizó la serología VIH a todas las gestantes en el momento de la primera visita prenatal; en aquellos casos de gestantes no controladas que acudieron en curso de parto se practicó un test rápido en urgencias, para conocer el estado serológico de la paciente y así poner en marcha las medidas necesarias. Mok (5) –referido por Payá– en 1987 no encontró diferencias entre parto vaginal y parto por cesárea en cuanto a la transmisión vertical. Posteriormente, en 1992 se vislumbró el efecto protector de la cesárea frente al parto vaginal. En cuanto a la tasa de transmisión vertical, aunque no se diferenciaba la realización de una cesárea urgente a una cesárea electiva, este es factor muy importante hoy en día ya que se ha comprobado que la tasa de transmisión vertical es mucho menor en la cesárea electiva frente a la cesárea urgente. En esta última, intervienen muchos factores que favorecen la transmisión vertical como son la amniorrexis, la dinámica uterina, etc. Posteriormente, se llevó a cabo un meta-análisis para valorar el efecto protector de la cesárea electiva y se introdujo el uso del antirretroviral llamado zidovudina (AZT). El hallazgo fue que en ausencia del tratamiento antirretroviral la tasa de transmisión vertical en los casos de cesárea electiva fue de 10,4%, y del 19% en los otros tipos de parto. En presencia del tratamiento antirretroviral la tasa de transmisión vertical en el grupo de cesárea electiva fue sólo del 2%, y del 7,3% en los otros tipos de parto.

En nuestro estudio encontramos que la mayoría de las gestantes tienen un bajo grado de conocimiento de eficacia de la terapia antirretroviral, por la cantidad de fármacos en combinación que deben tomar pensando que pueden afectar al feto. En consecuencia, no tendrán mucha protección contra la transmisión vertical.

Jorge QUIAN y colaboradores (6) estudiaron 217 binomios madre-VIH positivo y sus hijos nacidos entre el 1 de enero de 1995 y el 30 de enero del 2005. 34 binomios recibieron el tratamiento completo (más de un retroviral durante el embarazo y AZT en el parto o cesárea y recién nacido durante 42 días). Los 34 niños fueron serorrevertidos (33 no fueron amamantados y en uno se desconoce el dato); 101 binomios recibieron el tratamiento incompleto (AZT en el embarazo, trabajo de parto o cesárea y recién nacido durante 42 días); de ellos 5 niños (5%) fueron infectados, 90 fueron serorrevertidos (89%) y 6 permanecieron perinatalmente expuestos (6%); mientras que 82 binomios no recibieron tratamiento alguno; de ellos, 41 fueron infectados (50%), 37 fueron serorrevertidos (45%) y 4 permanecieron perinatalmente expuestos (5%).

Según UNICEF, en el Perú, el VIH-SIDA (7) es una enfermedad que se está dando cada vez más entre mujeres, jóvenes y niños en el Perú. Aproximadamente, el 2% de los casos reportados de personas con SIDA en el país corresponden a niñas y niños de 0 a 14 años. Si bien la principal vía de transmisión de VIH-SIDA es la sexual (97%), la transmisión vertical, de madre a hijo se está produciendo en un 2% de los casos. Agrava esta situación el hecho de que sólo un 30% de las mujeres a nivel nacional acceden al diagnóstico de VIH durante el embarazo.

El principal esfuerzo es promover el acceso de las mujeres gestantes a pruebas de diagnóstico y a tratamiento. Si se identifica que la gestante es portadora del virus se debe aplicar un protocolo que consiste en administrar medicamentos específicos durante el embarazo, realizar una cesárea al momento del parto y controlar al niño hasta el año y medio, para realizarle un diagnóstico definitivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez Obeso, Ana María, Características clínicas-obstétricas de gestantes infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Periodo 1996-2000. Tesis para obtener la licenciatura en Medicina. Lima: Universidad de San Martín de Porres, 2001.
2. El panorama general de la epidemia de sida. [Internet] Consejo Presidencial del Sida. República Dominicana. [Fecha de acceso: 03/10/06] Disponible en: [www.copresida.gov.do/epidemia\\_mundial.html](http://www.copresida.gov.do/epidemia_mundial.html)
3. Adital. Combate al HIV/Sida [Internet]. [Fecha de acceso: 29/9/06] En: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=ES&cod=25194>
4. Payá Pandés, Antonio. Transmisión Vertical en una Población de Gestantes Infectada por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2003: 291- 5.
5. Mok, J., De Rossi, A., Ades, A., Giaquinto, C., Groschworne, I., Peckam, C. Infants born to mothers seropositive for human immunodeficiency virus. *Lancet* 1987; 1: 1164-8.
6. Quian J et al. Transmisión madre-hijo del VIH según quimioprofilaxis recibida, vía de nacimiento y amamantamiento. *La Revista Médica del Uruguay* 2002, 18(3).
7. UNICEF. Prevención de la transmisión vertical del VIH [Internet]. En: VIH-SIDA y niñez. Lima: UNICEF; 2005 [fecha de acceso: 15/10/06] Disponible en: [http://www.unicef.org/peru/spanish/resources\\_4491.htm](http://www.unicef.org/peru/spanish/resources_4491.htm)

Correspondencia electrónica:  
lennykravitz85@hotmail.com

Recepción del artículo: 23/09/07  
Aceptación del artículo: 18/12/07