

SEROPREVALENCIA DE LA INFECCION V.I.H. EN GESTANTES CON LABOR DE PARTO EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Autores:

- * DR. MARIO BAQUERIZO A.
- * DR. WALTER VEGA D.
- ** EG. MERCEDES CASTRO H.

* Ginecólogos.- Staff Clínica "Miguel H. Alcívar"

** Egresada de la Escuela de Obstetricia de la U. de G.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar la seroprevalencia de la infección por VIH en gestantes con labor de parto en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", con la finalidad de implantar el examen Microelisa para detectar el VIH como rutina en el control prenatal o en el momento de su ingreso con trabajo de parto; por tal motivo, se escogieron 300 gestantes con labor de parto, al azar, encontrándose que la seroprevalencia fue de 0.33%, valor muy

inferior a los establecidos por organismos internacionales.- Del análisis de los resultados podemos concluir que no amerita realizar en forma rutinaria las pruebas de Microelisa para VIH en la población que atiende el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" y que sólo podrían efectuarse programas centinelas cada 6 meses para observar el comportamiento de esta enfermedad".

INTRODUCCION

El propósito de este estudio es el determinar la seroprevalencia en mujeres gestantes que ingresan con labor de parto al Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", con la finalidad de conocer la necesidad de implantar el examen de microelisa como rutina durante el control prenatal o en el momento de su ingreso.

El SIDA desde su descubrimiento en 1981, ha reportado en sus estadísticas una arrolladora progresión, cuyo crecimiento logarítmico hace pensar en una pandemia para los albores del siglo XXI.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en la actualidad existen en el mundo entre ocho y diez millones de infectados con el VIH y, considera que si la tendencia se mantiene, se esperaría para el año 2.000 unos cuarenta millones de personas infectadas.¹

Sin embargo, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), hace referencia que por cada caso reportado, existen 7 sin notificar y que por cada caso de SIDA hay de 50 a 100 asintomáticos, lo que nos permite colegir el gran subregistro y que las predicciones futuras son impredecibles.²

El SIDA presenta una amplia difusión mundial y ya no se vislumbra como algo lejano, que en los próximos decenios un Gineco-Obstetra deba atender una mujer embarazada de alto riesgo, diabética, eclámptica, etc. o, que una mujer tenga un parto con un hijo que presente infecciones congénitas por herpes, citomegalovirus, chlamydia, etc, lo que permite al Gineco-Obstetra involucrarse directamente con este tipo de enfermedades, ya que hoy en día las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) deben ser atendidas multidisciplinariamente. Al momento 3, existen hospitales en comunidades endémicas, en los que nacen más niños condenados a morir por estas infecciones, especialmente el SIDA que por todas las otras causas de mortalidad infantil combinadas, en los países desarrollados.

El Ecuador no ha sido la excepción, y, desde 1984, en que apareció el primer caso de SIDA en la Prov. del Guayas, se ha diseminado por todo el país 4.

El SIDA, no ha respetado edad, sexo, ni condición social, de ahí que, por las diferentes formas de transmisión conocidas por todos y, siempre acompañadas por conductas y/o circunstancias de riesgo, exponen al individuo a infectarse 5,6,7.

La demostración de la transmisión vertical del VIH 8, unida al aumento progresivo del número de mujeres fértiles portadoras del VIH, ha hecho que esta patología alcance una importancia vital en el campo de la Perinatología, ya que un 80% de los casos de sida infantil se deben a la transmisión materno-fetal del virus 9.

Si bien es cierto que en nuestro medio, el VIH no ha incurrido en forma agresiva entre las mujeres, como lo

demuestran las estadísticas en relación a los hombres cuya proporción es de 9 a 1. Es preocupante el impacto que tendría este fenómeno en las mujeres en edad de reproducirse, especialmente sobre su salud reproductiva y sus embarazos 10.- Será muy difícil seguir la vigilancia del progreso de la presencia del virus entre las mujeres. Además, es alto el costo de la prueba de "screening" para VIH, como para efectuarse rutinariamente durante la consulta prenatal o a su ingreso a una maternidad con labor de parto, a lo que se suma la baja prevalencia del VIH entre las mujeres, por lo que el seguimiento se lo debería realizar mediante programas centinelas periódicos.

MATERIALES Y METODOS

Durante el estudio se escogieron al azar 300 mujeres embarazadas y en labor de parto que ingresaron al Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", de la ciudad de Guayaquil, durante los meses de febrero y marzo de 1993.

A las pacientes que entraron en la investigación se les realizó una serie de preguntas mediante protocolo establecido, que incluían datos de comportamiento sexual, conocimiento y uso del condón, lugares de atención por posibles ETS y antecedentes obstétricos.- También se les realizó una toma de 5ml de sangre venosa, la misma que fue enviada al Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez" (INH) para su análisis con la prueba de microelisa para VIH y si alguna fuese reactiva se efectuaría la confirmación mediante la prueba Western Blot.

RESULTADOS

La edad promedio de las gestantes es de 23 + 5 años con un rango de 25 años siendo 14 años la edad más baja y 39 años la más alta. En la gráfica 1 se demuestra la distribución de las edades de las gestantes.

En la gráfica 2 se muestra el estado civil de las gestantes encuestadas estando aproximadamente el 54% de ellas bajo unión libre.

En la gráfica 3 se muestra así mismo la procedencia de las gestantes y aproximadamente el 60% pertenecen a las áreas urbano-marginales.

En las gráficas 4 y 5 los reportes de flujo y úlceras que ellas tienen y aproximadamente el 61% confirman la presencia de flujo y el 18% la presencia de úlceras cervicales.

Las gestantes en la gráfica 6 indican que el 92% de ellas forman una pareja estable.

El 24% de las gestantes escogidas para el estudio presentaron VDRL positivo, gráfica 7.

El 42% de las pacientes habían terminado la educación primaria gráfica 8.

El tiempo promedio de vida en pareja es de aproximadamente 3.9 + 3.8 años con un rango de 18.5 con un tiempo máximo de 19.5 y un tiempo mínimo de 0.5 años.

DISCUSION

De las 300 mujeres gestantes en labor de parto que se escogieron al azar el 60% pertenecen a las edades de 20 a 29 años comparable con las edades de mayor incidencia de relaciones sexuales y complicaciones de tipo infeccioso del aparato genital; es importante resaltar factores que inciden directamente con el inicio de las relaciones sexuales, tales como educación, cultura, presencia de las ETS, las mismas que han sufrido un incremento, especialmente el SIDA, que es lo que más ha influido el mantener una pareja estable.

De los exámenes realizados en las pacientes seleccionadas, se reportó un caso positivo, después de haberse efectuado las pruebas de microelisa y Western Blot, lo que representa el 0.33%, porcentaje que no es significativo en relación al 1% o más, establecido por las normas internacionales.

CONCLUSIONES

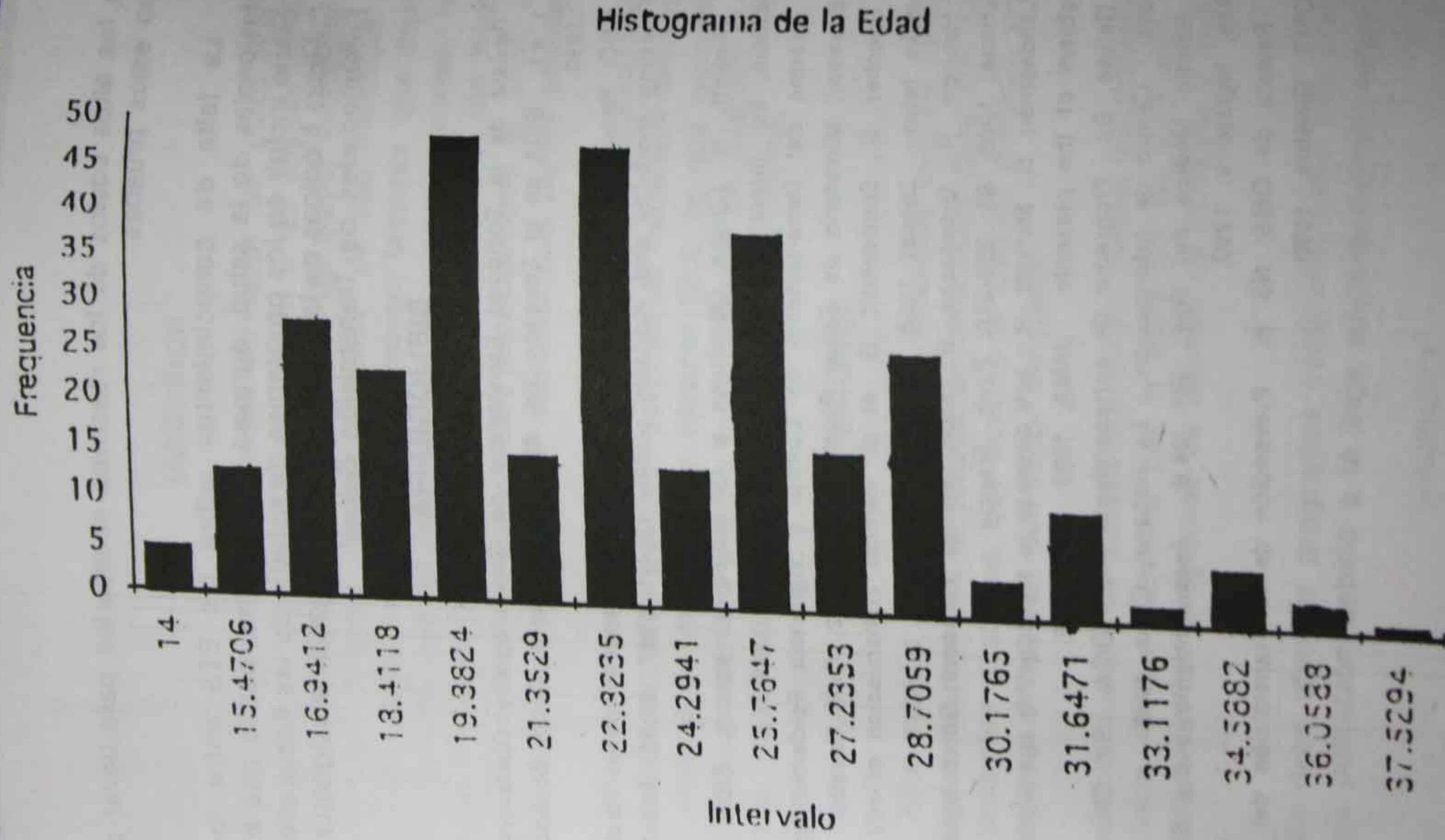
- 1.- Este estudio ha demostrado la hipótesis que no amerita realizar rutinariamente la prueba de microelisa para VIH entre las pacientes gestantes que acuden al control prenatal y/o a su ingreso al hospital con labor de parto.
- 2.- Se demuestra la escasa educación sexual de población estudiada, lo que confirma por la ausencia de este tipo de asignatura en los programas de estudio de primaria y secundaria.
- 3.- Se debe efectuar programas centinelas cada seis meses en esta población debido a la baja seroprevalencia existente

y a los altos costos de los reactivos necesarios para llevar a cabo estas pruebas.

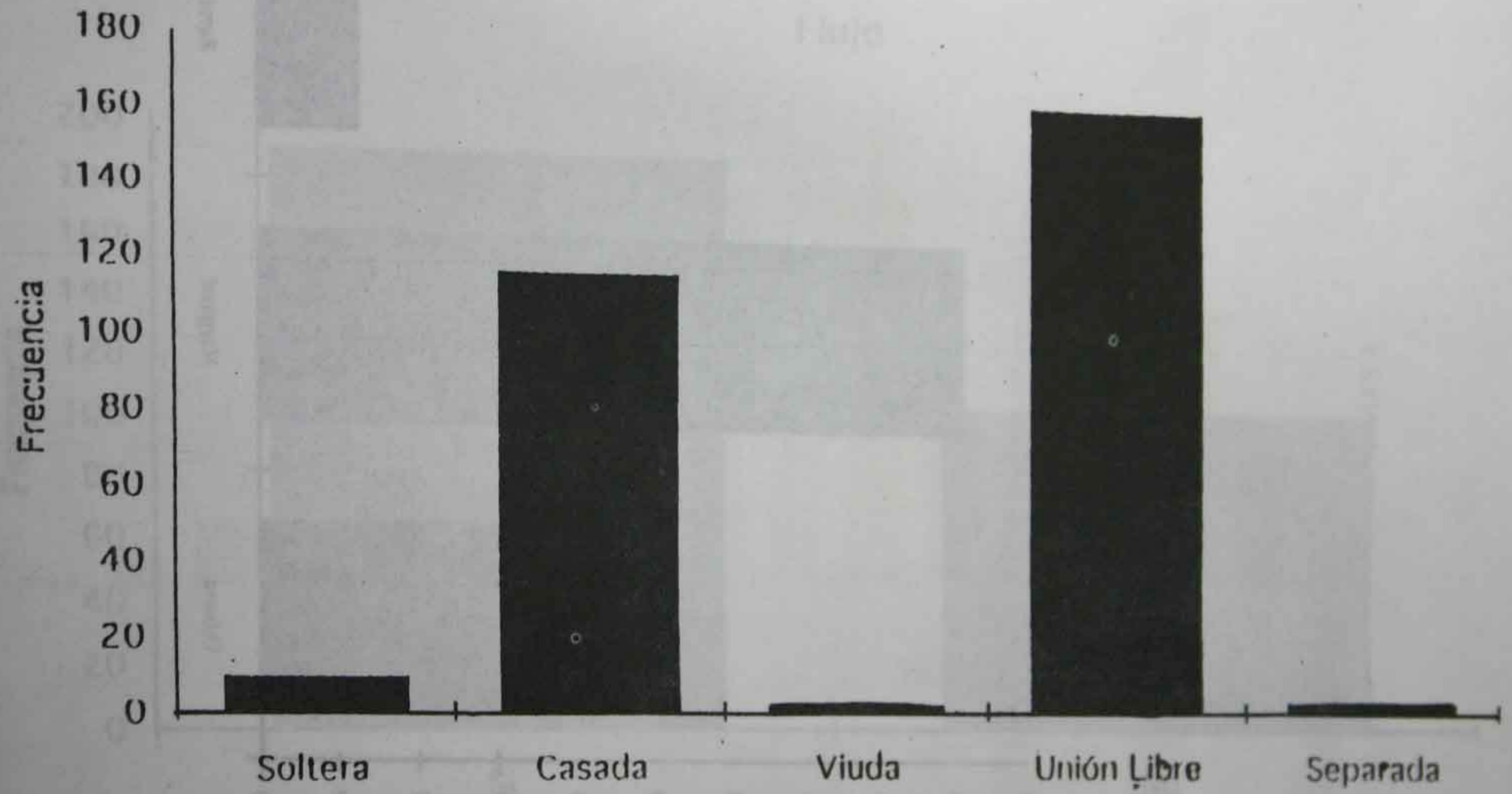
4.- La falta de conocimientos sobre las ETS entre los profesionales de la salud, agravan el problema, por lo que es necesario incluir en los programas de estudio de las Facultades de Ciencias Médicas de las Universidades del país, la asignatura de Enfermedades de Transmisión Sexual.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 1 #1: SIDA en el Ecuador; Ed. ABP Producciones, Quito, Ecuador, Nov. 1992.
- 2.- CDC: Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health Care setting morbidity and mortality weekly report; 1987, 86:35, Atlanta, USA.
- 3.- Minkoff, H. Clínica Obstétrica y Ginecológica; Vol. 3: SIDA en Obstetricia, Ed. Interamericana, México DF, México, 1989.
- 4.- Informe del Departamento de Control y Vigilancia Epidemiológica del Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Nov. 1992, Quito, Ecuador.
- 5.- Specher, S., Sounenkoff, G., et al; Vertical Transmission of HIV in 15 weeks fetus. Lancet 1986; 228-289, USA.
- 6.- Henrion, R., Grossesse, E.: SIDA Revista Francesa Ginecología y Obstetricia; 1988; 83; 369-275; París, Francia.
- 7.- Landesman, D., Minkoff, H.: HIV disease in reproductive age women: A problem of the presente. JAMA, 1989; 261; 1326.
- 8.- Galvan, E.: Programa de entrenamiento sobre SIDA. Ed. Ciencias Médicas: Centro de Información. La Habana, Cuba, 1989.
- 9.- Boletín Médico del IPFF: Vol. 24,6; Asesoramiento sobre SIDA. Londres, Inglaterra, 1990.
- 10.- Revista de OMS; No. 6: Prevención de la Transmisión del VIH Ed. OMS, Ginebra, 1990.

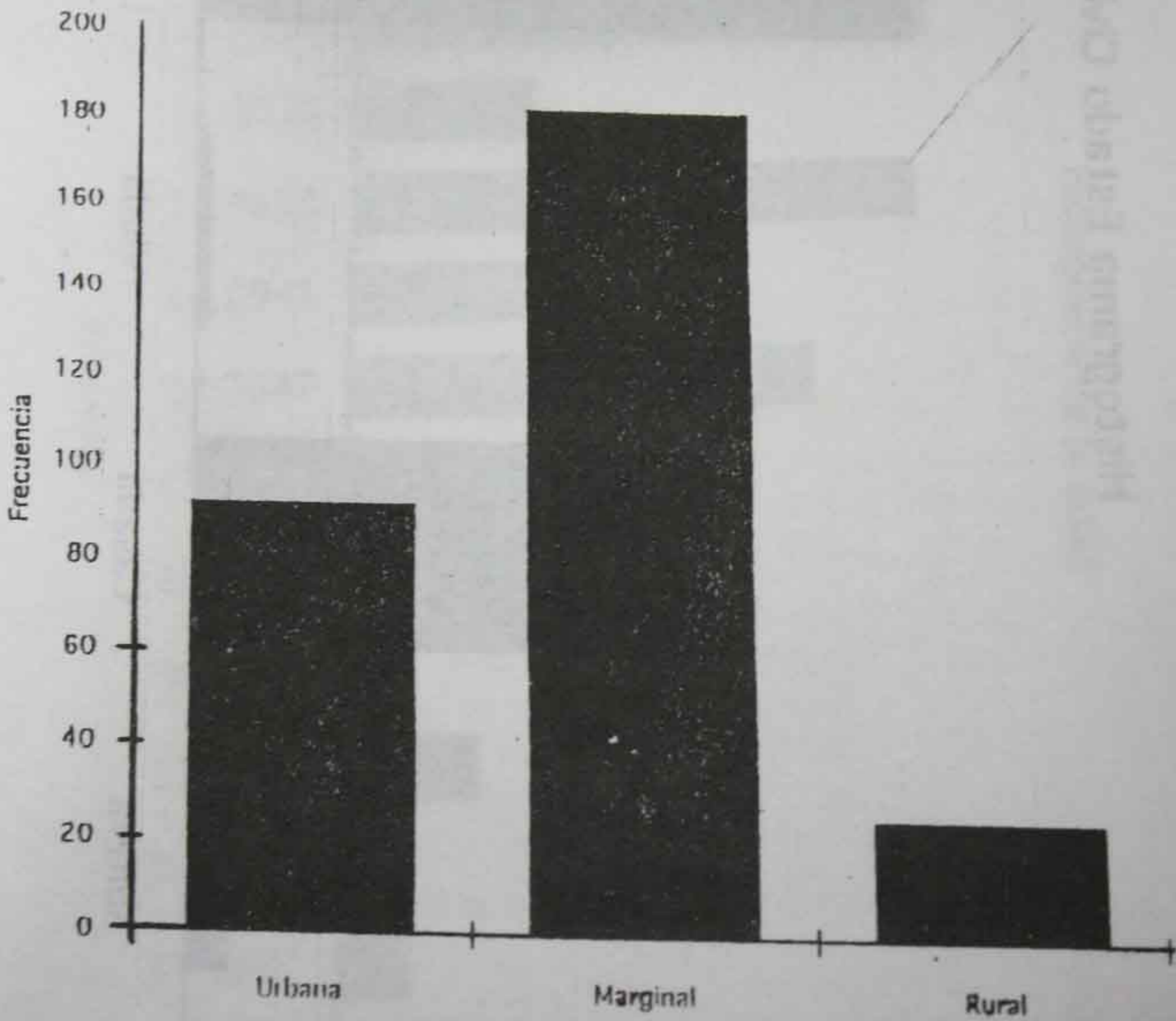


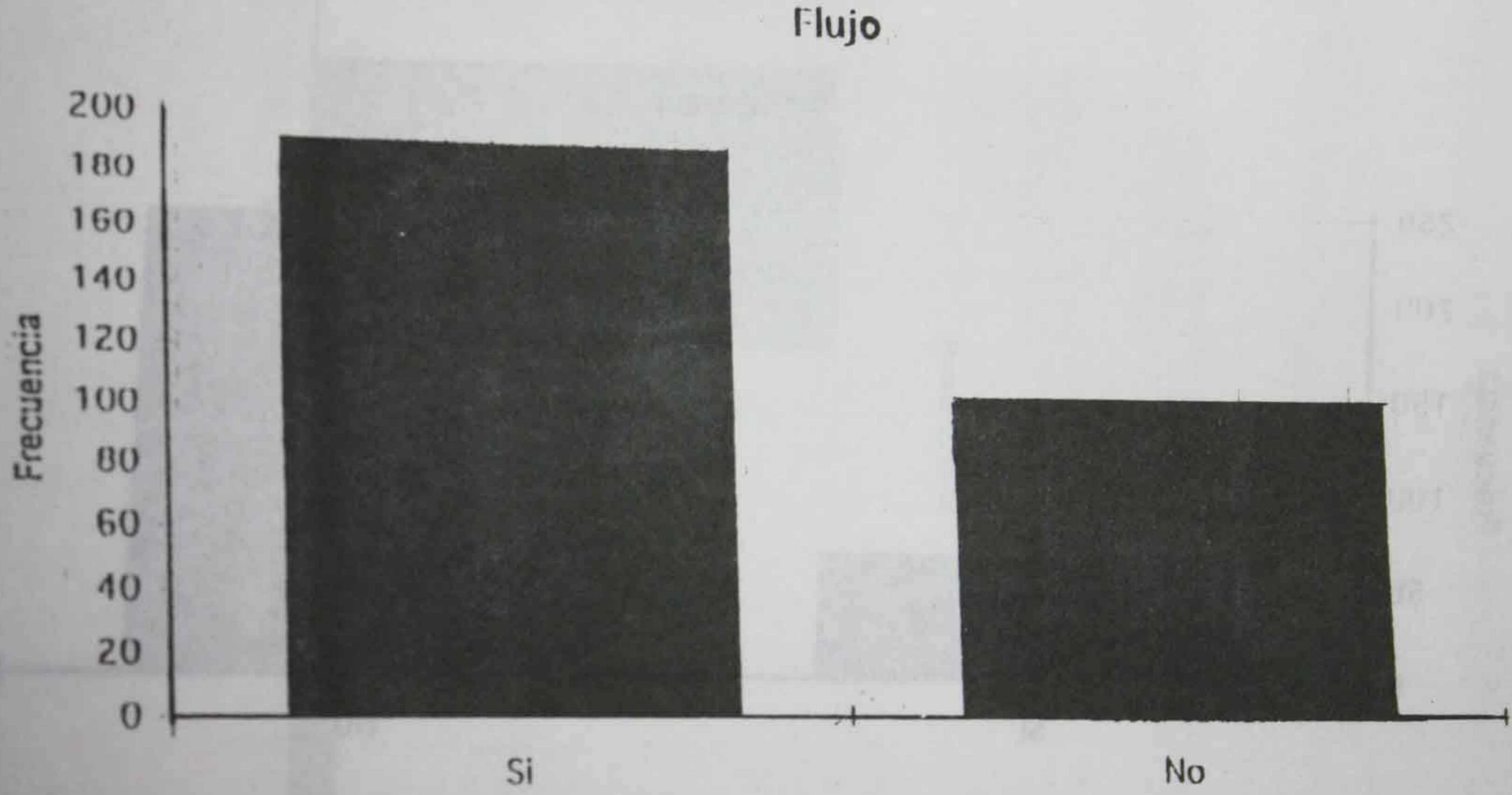
Histograma Estado Civil

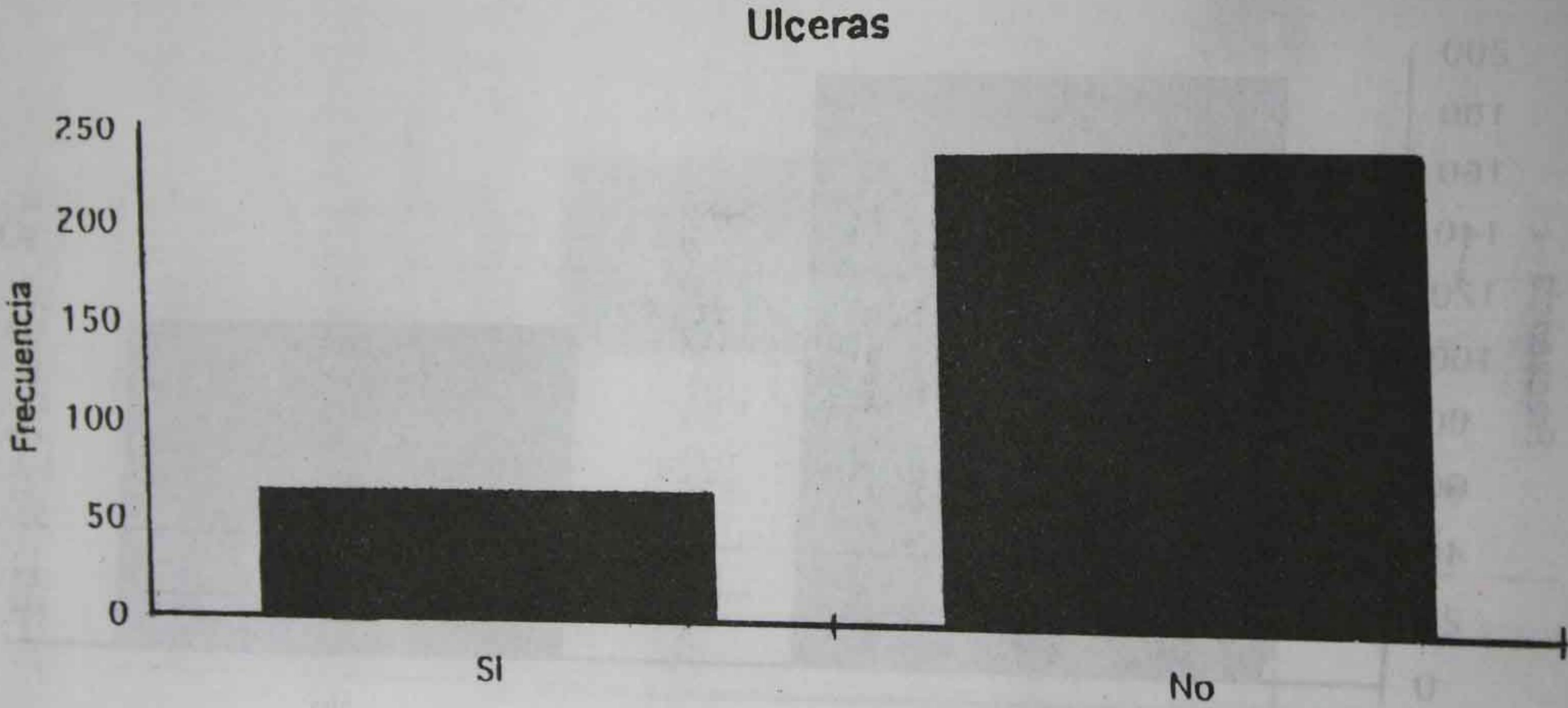


GRAFICA 3

Histograma Procedencia

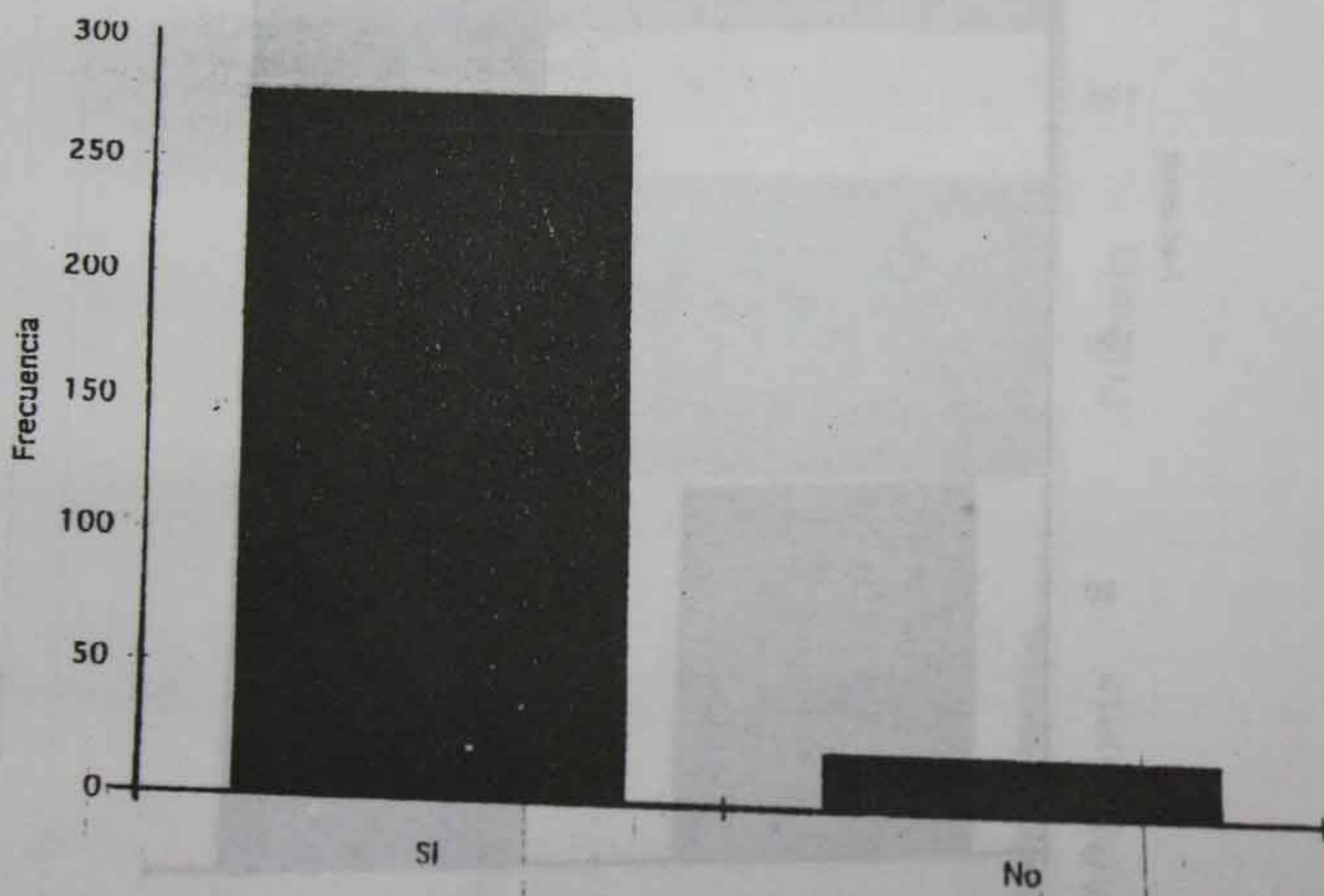


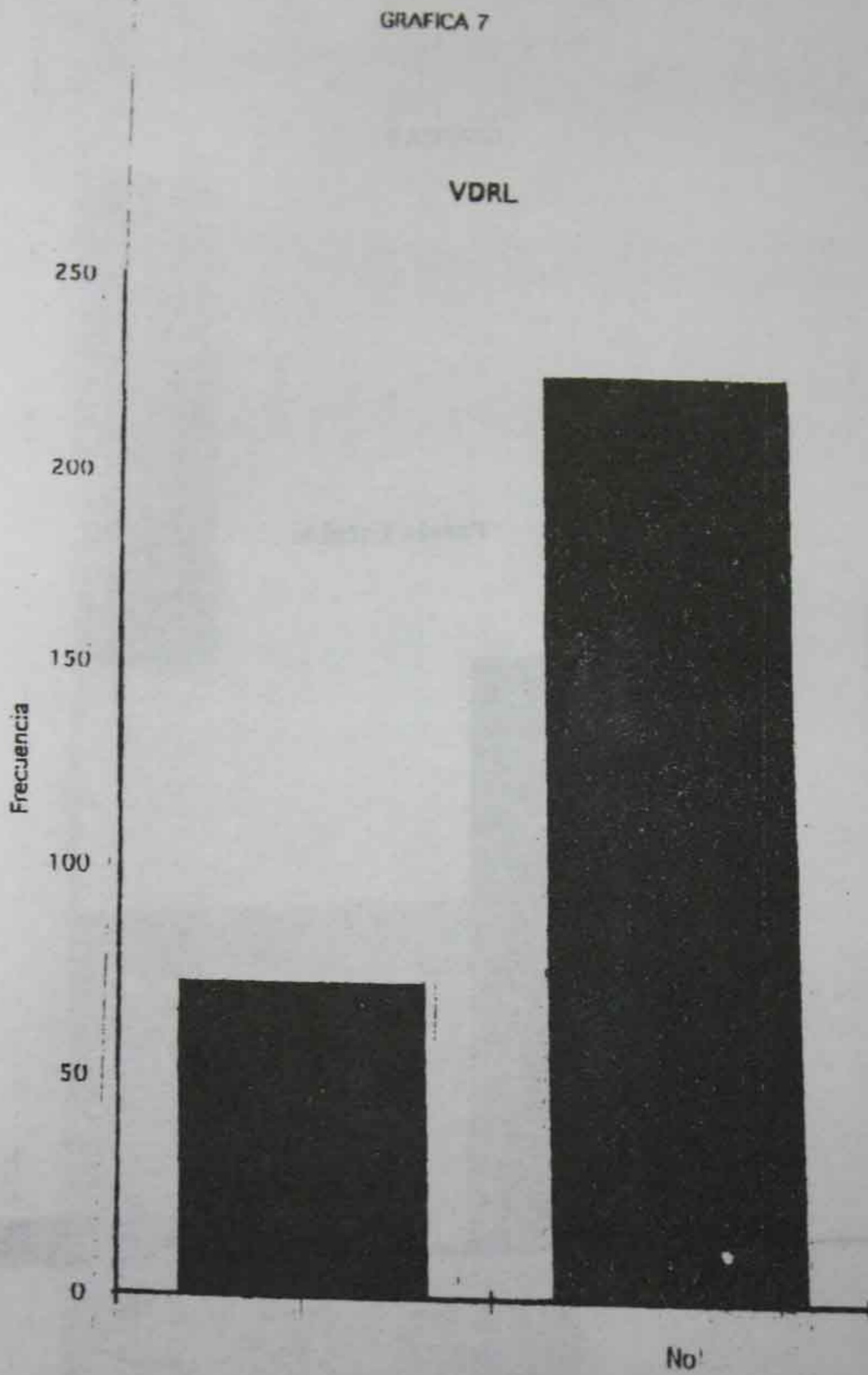




GRAFICA 6

Pareja Estable





Instrucción

