

Multimed 2019; 23(4)

Julio-Agosto

Artículo original

**Caracterización epidemiológica de las gestantes seropositivas al VIH Provincia
Granma. Año 1986 – 2017**

Epidemiological characterization of pregnant women seropositive to
HIV Granma Province. Year 1986 – 2017

Caracterização epidemiológica de gestantes soropositivas ao HIV Provincia
Granma. Ano 1986 - 2017

Esp. Hig y Epidem. Arisleida de la Caridad Castro Rodríguez. ^{1*}

Esp. Hig y Epidem. Jorge Luís Cisneros Áreas. ¹

Lic. Adis Elena Maillo Fonseca. ¹¹

Lic. Adrian Iven Espinosa Guerra. ¹¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Bayamo. Granma, Cuba.

¹¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: arisleida@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realiza estudio observacional de prevalencia de gestantes seropositivas al VIH. Provincia Granma. Año 1986 – 2017 con el objetivo de describir características epidemiológicas de estas pacientes. Se utilizaron métodos: Estadístico, teóricos, empíricos, para la descripción de los datos, se emplearon técnicas de estadística descriptiva para el procesamiento y

presentación de la información. Las gestantes con 20-34 años de edad representaron el 68,8 %, la escolaridad de secundaria básica en un 48,4 %. Las amas de casa predominaron con el 64,1 % y los municipios de Bayamo con el 34,4 %, Manzanillo con el 26,6 % y Niquero con el 7,8 %; el 2013 con más casos. En 1997 debutaron con SIDA los primeros casos hasta un total de 15 en la serie. El 79,1% de embarazos tuvieron captación precoz y mayor peso de partos distócicos o por cesárea en 39 mujeres para el 61,0%. La anemia y la sepsis urinaria las enfermedades asociadas. Las terapias más empleadas fueron las combinaciones: Zidovudina, lamivudina, nevirapina, en mayor medida en las gestantes con CD4 a la captación de <350 células y la combinación Lamivudina, Kaletra, Zidovudina. Se debe enfatizar la labor en la atención primaria de salud y con ello mantener la no transmisión vertical materno infantil del VIH.

Palabras clave: Mujeres Embarazadas; VIH; Epidemiología.

ABSTRACT

An observational study of the prevalence of HIV-positive pregnant women is conducted. Granma Province. Year 1986 – 2017 with the aim of describing epidemiological characteristics of these patients. Methods were used: statistical, theoretical, empirical, for the description of the data, techniques were used descriptive statistics for the processing and presentation of information. Pregnant women with 20-34 years of age accounted for 68.8%, basic secondary schooling in 48.4%. Housewives predominated with 64.1, Bayamo% and municipalities with 34.4%, Manzanillo with 26.6% and nickel with 7.8%; The 2013 with more cases. In 1997 AIDS debuted the first cases up to a total of 15 in the series. 79.1% of pregnancies had early capture and increased weight of dystocic deliveries or caesarean section in 39 Women for 61.0%. Anemia and urinary sepsis associated diseases. The most used therapies were combinations: zidovudine, Lamivud.

Keywords: Pregnant Women; HIV; Epidemiology.

RESUMO

Um estudo observacional foi realizado sobre a prevalência de mulheres grávidas soropositivas ao HIV. Província do Granma. Ano 1986 - 2017 com o objetivo de descrever as características epidemiológicas desses pacientes. Métodos estatísticos, teóricos e empíricos foram utilizados para a descrição dos dados, utilizando-se técnicas estatísticas descritivas para o processamento e apresentação das informações. Gestantes com idade entre 20 e 34 anos representaram 68,8%, ensino médio por 48,4%. As donas de casa predominaram com 64,1% e os municípios de Bayamo com 34,4%, Manzanillo com 26,6% e Niquero com 7,8%; 2013 com mais casos. Em 1997 eles debutaram com a AIDS os primeiros casos até um total de 15 na série. 79,1% das gestações teve detecção precoce e maior peso de distocia ou cesariana em 39 mulheres 61,0%. Anemia e doenças associadas à sepse urinária. Mais terapias utilizados eram combinações: zidovudina, lamivudina, nevirapina, mais em mulheres grávidas, com a absorção de CD4 <350 células e combinação Lamivudina, Kaletra, Zidovudina. Deve-se enfatizar o trabalho em cuidados de saúde primários e, assim, manter sem transmissão vertical materno-infantil do HIV.

Palavras-chave: Gestantes; HIV; Epidemiologia

Recibido: 4/5/2019

Aprobado: 11/6/2019

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).⁽¹⁾

La Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en Latinoamérica y el Caribe es la iniciativa regional que busca integrar los servicios de prevención y diagnóstico del VIH y la sífilis dentro del marco de los servicios de atención primaria de salud, prenatales, de salud sexual y reproductiva y salud familiar. Típicamente la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita se ha abordado de manera separada.^(1,2)

La iniciativa fue lanzada en el año 2009 por la OPS y UNICEF, en conjunto con socios de toda la región y propone eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas para el año 2015. El objetivo principal de la iniciativa es eliminar la sífilis congénita y la transmisión materna infantil del VIH en Latinoamérica y el Caribe para el año 2015.⁽²⁾

Según reporte de la UNICEF, Centroamérica es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latinoamérica y el Caribe. Se estima que cada año en América Latina y el Caribe se infectan con VIH alrededor de 6.400 niños, la mayoría de ellos a través de una transmisión de madre a hijo.^(2,3)

La transmisión materna infantil (TMI) del VIH ocurre cuando una mujer VIH positiva pasa el virus a su hijo. Los hijos que nacen de mujeres que viven con VIH pueden infectarse. Durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto o a través de la lactancia materna. Sin un tratamiento profiláctico, alrededor de 15-30% de los niños que nacen de mujeres VIH positivas se infectan con VIH durante el embarazo y el parto. Un 5-20% adicional se infecta a través de la leche materna. En algunos países del mundo, se ha eliminado virtualmente la TMI gracias a exámenes de laboratorio y consejería eficaces, acceso a terapia antirretroviral, prácticas seguras de parto y una amplia disponibilidad y uso seguro de sustitutos de la leche materna. Por el contrario, la cobertura de servicios de PTMI en América Latina y el Caribe sigue estando sorprendentemente rezagada. En 2007 se estimó que en ALC había 36.000(30.000-45.000) mujeres embarazadas infectadas con VIH y sólo 13.000 reportaron haber recibido ARV para PTMI.⁽³⁾

En nuestro país, desde el año 2001, comenzó la producción de medicamentos antirretrovirales genéricos y se desarrolló un amplio programa de descentralización para garantizar la atención de estos pacientes en sus respectivas provincias. Se establecieron pautas para el tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARVAE) y se garantizó la accesibilidad universal al mismo, con lo que se logró mantener vivos al 89 % de los pacientes que reciben tratamiento.⁽³⁾

De las 322 mujeres positivas, 290 se encontraban en edad fértil, de ellas fallecidas 38, diagnosticadas por grupo de pesquisa de gestantes 24, de ellas sobreviven 19, fallecidas 5 y 48 mujeres tuvieron su bebé entre 1986 y 2017. ^(3,4)

A partir del año 2000, se ha observado un incremento de partos en mujeres seropositivas al VIH en Cuba. La actualidad del problema se evidencia en que la problemática que se pretende investigar responde a un programa priorizado por el Ministerio de Salud Pública (ITS/VIH), que es la reducción de la morbilidad, mortalidad infantil y materna y la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. ^(3,4)

Métodos

Se realizó un estudio observacional en gestantes seropositivas al VIH de la provincia Granma entre 1986 y 2017. Con el objetivo de describir las características epidemiológicas de las gestantes seropositivas al VIH atendidas en la provincia Granma en el período, así como relacionar las enfermedades asociadas, el valor del CD4, carga viral y terapia recibida. El Universo fue universal, incluyó a las 64 gestantes diagnosticadas con VIH se excluyeron a las que se diagnosticaron en edades pediátricas.

La obtención de la información se realizó a través de las encuestas establecidas por el Programa Nacional de las ITS por el autor, revisándose las bases de datos establecidas al efecto en las oficinas del Centro provincial de Higiene, y Epidemiología. Se solicitó el consentimiento informado y la autorización de la directora de la institución. Se empleó el método epidemiológico para la descripción de variables, sus tendencias y el comportamiento de las mismas en las comunidades incluidas.

Resultados

En el período estudiado debutaron con SIDA 15 gestantes de las 64 seropositivas con VIH registradas; de ellas 8 para el 53,3 % sobrevivieron más de 5 años y todas con edad entre

20-34 años (edad media 26,7 años).

En general la supervivencia media fue de $6,89 \pm 3.19$ años, pero como hay en la serie valores extremos o aberrantes, el valor mediano de 5,25 años es más representativo, al indicarnos este tiempo que un 50 % de las que desencadenaron el SIDA sobrevivió más de este. El rango fue de 19,25 años (0,08; 19.33).(Tabla1)

Tabla 1. Gestantes seropositivas al VIH por edad del diagnóstico y supervivencia con SIDA. Granma. 1986-2017

Años de Supervivencia con SIDA	EDAD (En años)						Total	
	15-19		20-34		35 y más		No	%
	No	%	No	%	No	%		
<1	0		3	20.0	0		3	20.0
1-2	0		1	6.7	0		1	6.7
3-5	0		3	20.0	0		3	20.0
+5	0		8	53.3	0		8	53.3
TOTAL	0		15	100.0	0		15	100.0

Supervivencia Media 6.89 ± 3.19 años

Supervivencia mediana 5.25 años

Rango 19.25 (0,08; 19.33) años

Del total de embarazos captados en mujeres portadoras de VIH, el mayor porcentaje fue precoz con predominio de 20 - 34 años de edad, seguidas de las captaciones intermedias, no hubo captaciones tardías, se interrumpieron 16 de las gestantes. La mayoría de las embarazadas que llegaron hasta el parto no presentaron complicaciones. La culminación del embarazo tuvo su mayor peso relativo entre los partos distócicos o por cesárea cumpliéndose con el protocolo para la disminución de la transmisión materno infantil.

Las enfermedades asociadas al embarazo como la anemia y la sepsis urinaria fueron las enfermedades que más afectaron a las gestantes portadoras de VIH entre las edades de 15-19 y 20 – 24 años donde también predominó la sepsis vaginal. Patologías a tener en cuentas en las intervenciones de prevención sucesivas. La anemia con el 68,8 % (44) y la sepsis urinaria con el 39,1 % fueron las enfermedades asociadas que más afectaron a las gestantes

portadoras de VIH cuyos pesos relativos en edades de 20-30 alrededor del 88,0 % y un 23,4 % no presentó ninguna. (Tabla 2)

Tabla 2. Gestantes seropositivas al VIH por edad y Enfermedades Asociadas. Granma. 1986-2017

Enfermedades asociadas	EDAD (En años)						Total	
	15-19		20-34		35y más		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Anemia	6	13.7	37	84.1	1	2.2	44	68.8
Sepsis vaginal	2	11.8	15	88.2	0		17	26.6
Sepsis urinaria	2	8.0	22	88.0	1	4.0	25	39.1
No Posee	6	40.0	8	53.3	1	6.7	15	23.4

El valor del CD4 al diagnóstico del embarazo fue inmunológico muy bajo en el 39,1 % de las pacientes con similar porcentaje 41,7 al parto. No aparece registrado el valor inmunológico al parto en 16.7% (8). (Tabla 3)

Tabla 3. Gestantes seropositivas al VIH por edad y CD4. Granma. 1986-2017

Valor del CD4(diagnostico del embarazo)	Edad - Valor del CD4 (al Parto)						Total	
	15-19		20-34		35 y más		No	%
	No	No	No	No	No	No		
<350 células. (Inmunológico muy bajo)	2	1	22	18	1	1	25/20	39.1/41.7
350-500 (Inmunológico bajo)	4	1	10	8	0	0	14/9	21.9/18.8
>500 (Inmunológico normal o adecuado)	0	2	9	9	0	0	9/11	14.1/23
No registrado	6	2	10	6		0.0	16/8	25/16.7
TOTAL	12	6	51	41	1	1	64/48	100.0

La tabla 4 muestra la carga viral antes del año 2009, al diagnóstico del embarazo fue muy alta >1000 copias en un 43,8 % (28 gestantes) y al momento del parto < 1000 copias en un 35.4%, siendo bajo el número de gestantes con valor virológico no detectable tanto al diagnóstico del embarazo como al parto (29.1), se destaca el hecho que esta no fue registrada en 9 de las gestantes para un 18,8 % al momento del parto, situación revertida

en la que las gestantes tienen seguimiento continuo como lo establece el programa estratégico de las ITS en la provincia y el país.

Tabla 4. Gestantes seropositivas al VIH por edad y carga viral. Granma. 1986-2017

Carga viral al diagnóstico del embarazo	Carga viral al parto						Total	
	15-19		20-34		35 y más		No	%
	No	No	No	No	No	No		
0 (No detectable)	0	2	1	11	0	1	1/14	1.6/29.1
<1000 copias (Alto)	3	2	13	15	1	0	17/17	26.6/35.4
>1000 Muy alta	5	0	23	8	0	0	28/8	43.8/16.7
No Registrados	4	2	14	7	0	0	18/9	28.1/18.8
TOTAL	12	6	51	41	1	1	64/48	100.0

La tabla 5 representa la terapia aplicada (TARGA) un 28.1% no se les aplico (18 casos), constituyendo riesgo de transmisión materno infantil, el resto fue variada Las terapias más empleadas fueron las combinaciones: de otro tipo en el 39.1% (25) y la Zidovudina, lamivudina, nevirapina en el 31,2 % de los casos, se destaca el hecho que un 28.1 % no se le aplico tratamiento antirretroviral. Tabla 5

Tabla 5. Gestantes seropositivas al VIH por edad y terapia recibida. Granma. 1986-2017

Terapia recibida	Edad						Total	
	15-19		20-34		35 y más		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Zidovudina, lamivudina, nevirapina	1	5	17	85	2	10	20	31.2
Tenofovir, lamivudina, nevirapina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Truvada, efavirenz	0	0.0	1	100	0	0.0	1	1.6
Otra	5	20	20	80	0	0.0	25	39.1
Ninguno	6	33.3	12	66.7	0	0.0	18	28.1

De acuerdo con los resultados, la proporción de mujeres que recibieron zidovudina (AZT) en la gestación como parte del esquema de tratamiento fue de 42,1% y en el parto como

quimioprofilaxis según programa a las gestantes con carga viral mayor de 1000 copias (8) y las desconocidas en el momento del parto (9) para un 35.4%.

Discusión

El VIH/SIDA está afectando cada día a más mujeres, produciéndose la llamada «feminización» de la enfermedad y llegando incluso a sobrepasar el número de hombres infectados en algunas regiones; el problema radica fundamentalmente en que las mujeres viviendo con VIH se encuentran en edad fértil. Esto abre paso a muchas interrogantes acerca de qué sucede con los niños nacidos de madres que viven con VIH, lo que ha movilizado a las organizaciones gubernamentales para evitar al máximo que la transmisión vertical siga en aumento. ⁽⁵⁾ Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018. ⁽⁶⁾

En cuanto a los datos encontrados en el estudio sobre la edad y escolaridad de las pacientes de la investigación, 37% estaban en la franja de edad de 21 a 25 años. Corroborándose, el estudio realizado en Sergipe sobre prevalencia de la infección por VIH en parturientas de maternidades vinculadas al SUS, en el cual los autores encontraron una media de edad en la franja de edad de 20 a 29. ⁽⁷⁾ Corroboración también el estudio realizado en São Paulo sobre evolución clínica y laboratorial de recién nacidos de madres VIH positivas donde la media de edad encontrada entre las madres fue de 26,8 años. ⁸⁻¹⁰ Podemos observar que los resultados de dichos autores y el presente trabajo tienen similitudes predominando el embarazo en la edad fértil de la mujer y con un nivel escolar de secundaria por lo que debemos hacer énfasis en las edades más jóvenes y sin importar el nivel escolar que tengan e incorporar la labor educativa en la consulta de planificación familiar y consejería para evitar el riesgo de transmisión materno infantil del VIH.

El 68,8 % de las gestantes seropositivas en la provincia Granma entre el 1986 y el 2017 mostraron predominio en el grupo de 20-34 años de edad (44) y la escolaridad de

secundaria básica en un 48,4 %. La edad media entre estas embarazadas con VIH fue de 22,7±1,1 años, con una varianza poblacional de 20,9 años y rango de 17 años.

En la relación del diagnóstico y la ocupación con el estudio realizado en Veracruz sobre factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS, en el cual los autores encontraron resultados similares referente a la ocupación y edad predominaron las amas de casa 78%, el grupo de edad de 20 a 24 años representó el 52%.⁽¹⁰⁾

Las amas de casa gestantes portadoras de VIH predominaron con el 64,1 % del total con mayor peso relativo 68,3 % entre las de edades de 20 a 34 años de edad. Las edades de 15 – 19 años el 75% son estudiantes.

La investigación por municipios y edades al diagnóstico, se reportó al menos 1 caso. Podemos interpretar esos resultados por ser Bayamo y Manzanillo con mayor número de población lo cual nos indica que debemos intensificar las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención, así como mejorar la atención médica.

Los mayores aportes de gestantes portadoras de VIH lo encontramos en los municipios de Bayamo con el 34,4 % (22) en el grupo de edad de 20-34 años, Manzanillo con el 26,6 % (17) y Niquero con el 7,8 %.⁽⁵⁾

Se aprecia una tendencia creciente en el número de casos de gestantes que desean la maternidad. Al comienzo de la epidemia en Cuba los embarazos no eran muy frecuentes por los mitos, hasta ese momento, la escasa información frente la incipiente aparición del sida, no es hasta el año 1997 donde se introducen los primeros medicamentos para el tratamiento y la prevención de la transmisión materno infantil y es cuando se va adquiriendo más conocimientos por la mujeres seropositivas, la sociedad al enfrentar la maternidad como reto tiene su pico más alto en el año 2013 seguido del año 2016 predominando las edades de 20 – 34 años correspondiéndose con la edad biológica apta para la concepción de un niño.

Por tanto, un porcentaje muy discreto del total debutaron con el sida y se debe, para los primeros años de la epidemia no existían los medicamentos antirretrovirales que hoy existen e iniciaron todas las estrategias para la disminución de la aparición del sida y

muchas de estas mujeres podemos inferir aún no tenían terapia, pues existían criterios que lo definían, no es hasta nuestros días que en el mundo se inicia tratamiento una vez diagnosticada la persona.⁽¹¹⁾

Las gestantes que se diagnosticaron como seropositivas al VIH debutaron con SIDA con el mayor porcentaje en el 2010 (20,0%), seguido por los años 1997, 2006 y 2014 con el 13,3 %. Uno de los progresos más significativos en el enfrentamiento a la epidemia del VIH/sida ha sido el desarrollo de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la que previene o retarda la progresión de la enfermedad, con el impacto positivo de disminuir la carga viral circulante, restaurar el sistema inmunológico y mejorar la calidad de vida.

En el año 2005, la atención médica a las PVV se descentralizó, lo que mejoró el control de la TARGA, según el área de residencia de los pacientes.⁽¹⁾ En el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", según el Protocolo de trabajo para la infección y la enfermedad por retrovirus humanos aprobado por la Comisión de Aplicación del Manual de Prácticas Médicas del hospital, se atienden en Consulta Externa de Infectología, un grupo de PVV.⁽¹²⁾ Precisamente, la resistencia a los ARV es una de las principales causas de fallo de los esquemas de tratamiento, lo que se evidencia por el aumento de la carga viral, el deterioro inmunológico y eventualmente la progresión clínica.⁽¹⁾

La supervivencia de los pacientes diagnosticados con VIH era de un año. A partir de 1996, el acceso progresivo a un nuevo grupo de antirretrovirales conocidos como inhibidores de proteasa (IP), cambió radicalmente el pronóstico de las personas con VIH. Se demostró que los IP, combinados con los medicamentos existentes (los inhibidores de la transcriptasa, en lo que se denominó tratamiento antirretroviral de alta actividad o TARAA), lograban retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas con VIH. Por ello, desde 1998, la Secretaría de Salud estableció un programa de acceso al tratamiento antirretroviral para las personas que viven VIH sin seguridad social. Cabe destacar que para el año 2003 se logró alcanzar el acceso universal del tratamiento antirretroviral planteando a partir de entonces el reto de mantenerlo como una política sustentable y permanente.

En cuanto a los datos encontrados en el estudio realizado referido a la captación del embarazo con predominio precoz se difiere el estudio realizado por Marta Marecos la cual encontró el promedio de edad gestacional al inicio del control prenatal de 22 semanas (intermedia).⁽⁴⁾

En cuanto a las complicaciones se difiere con el estudio realizado en Guayaquil pues la autora encontró varias complicaciones en las pacientes.⁽⁹⁾

Adriana Monserrat Merchán y Damasceno señalan que en su grupo de estudio hasta el 80% de los nacimientos fueron atendidos por cesárea,⁽⁹⁾ coincidiendo con nuestro estudio.

El control prenatal iniciado a una edad gestacional temprana permite un adecuado control de la patología de base y programar la mejor vía de parto.⁽¹⁾

Se reconocen factores maternos, obstétricos y fetales que aumentan el riesgo de la transmisión. Entre los primeros se encuentran: madre con infección primaria o SIDA avanzado, conteo de CD4 disminuido, carga viral elevada, tabaquismo, drogadicción, deficiencia de vitamina A en la gestación, coinfección con el virus de la hepatitis C e infecciones de transmisión sexual (ITS) o corioamnionitis.⁽²⁾

El primer paso para la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA lo constituye la consulta preconcepcional a parejas seropositivas y serodiscordantes con deseo reproductivo, brindada por especialistas de infectología y obstetricia, donde se discuten con los futuros padres los factores relacionados con la transmisión materno fetal, efectos adversos de drogas sobre la madre y el feto, importancia de la adherencia al tratamiento, estudios que se realizarán y consejería sobre el mejor momento para el embarazo. El respeto de las decisiones de los pacientes es muy importante y los médicos deben obviar las opiniones personales y centrarse en la responsabilidad profesional.⁽³⁾

Una vez conocido el embarazo en una mujer seropositiva se debe realizar la captación precoz y a los complementarios habituales que se realizan en el país a todas las gestantes.

A toda mujer infectada con VIH-SIDA se le debe ofrecer la oportunidad de una cesárea electiva (programada antes del inicio de labor de parto) a las 37-38 semanas de gestación, debe ser siempre planificada y ejecutada en condiciones adecuadas para reducir todo riesgo, para la madre, recién nacido y personal de salud. Los protocolos indican profilaxis

con Zidovudina a gestantes con carga viral elevada 3 horas antes del inicio de la cesárea en la 1era hora, seguida de una infusión continúa por hora hasta la ligadura del cordón umbilical. ⁽⁵⁾

El uso de los medicamentos ARV durante el embarazo, combinado con otras intervenciones como es el uso de medicamentos intraparto, la resolución del embarazo vía cesárea y la eliminación de la lactancia materna en mujeres que viven con VIH, han logrado disminuir el riesgo de transmisión perinatal. Actualmente el riesgo de contagio es de 2% dando cumplimiento a estas recomendaciones.

Las enfermedades asociadas al embarazo como la anemia y la sepsis urinaria fueron las enfermedades que más afectaron a las gestantes portadoras de VIH entre las edades de 15-19 y 20 – 24 años donde también predominó la sepsis vaginal. Patologías a tener en cuentas en las intervenciones de prevención sucesivas, resultado similar en el estudio realizado en Chile. ⁽²⁾

La cifra de linfocitos CD4+ es el indicador fundamental del estado inmunológico. Usualmente se utiliza el recuento absoluto, pero también puede utilizarse su porcentaje que es más estable y objetivo, particularmente en pacientes con leucopenia (sólo se deben considerar como significativas las variaciones superiores al 30% de las cifras absolutas y del 3% en los valores porcentuales). ⁽⁶⁾

La carga viral a la captación y al parto fue muy alta >1000 copias con el mayor porcentaje, se destaca el hecho que esta no fue posible observar la realización de la carga viral al parto a todas las gestantes, antes del año 2009 la realización del complementario transitó por varias situaciones desde la toma de muestra enviándose a grande distancias para ser procesadas, a medida que se fue avanzando en el tiempo se centralizó la realización de carga viral así como del cd4, de forma regional en el año 2009, además de las medidas de prevención para eliminación del VIH infantil era incipiente y el seguimiento de las gestantes deficiente, luego en la actualidad se mantiene el seguimiento a las embarazadas por el médico del área y los grupos básicos de trabajo, así como la discusión de los principales problemas del programa materno infantil.

Antes del año 2009 un número significativo de embarazadas no logró el control adecuado de la viremia previo al parto, lo que creemos puede explicarse por el inicio tardío de la TARV en algunas pacientes, indisciplinas de las mismas o inadecuada terapia aplicada. Alcanzar un nivel virológico no detectable durante el embarazo y el parto es fundamental para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Por otro lado, la cesárea electiva reduce el riesgo de transmisión hasta en un 50% siendo una práctica recomendada para aquellas mujeres que no alcanzan la supresión virológica.^(7,8)

La carga viral plasmática alta es el principal factor de riesgo para la transmisión del VIH y el uso de terapia altamente efectiva logra reducir de forma importante la viremia y la transmisión del virus a la pareja o parejas sexuales. Con base en estudios ecológicos y modelos matemáticos se considera que la expansión del uso del TAR puede resultar en una disminución de la incidencia y eventualmente de la prevalencia de la infección por VIH a nivel poblacional. Así proporcionar la terapia antirretroviral a todas las personas que viven con VIH puede ser una medida altamente benéfica para la salud pública.⁽⁹⁾

En cuanto a la terapia aplicada (TARGA) un 28.1% no se les aplicó (18 casos), constituyendo riesgo de transmisión materno infantil, el resto fue variada, resultado similar con el estudio realizado en Guayaquil.⁽⁹⁾

Desde el año 1996, se introdujeron en la práctica clínica los medicamentos antirretrovirales, el número de fármacos disponibles y sus posibles combinaciones, continúan incrementándose hoy en día. Con el objetivo de mejorar la atención e incrementar la supervivencia de las personas con VIH, mediante una prescripción más adecuada, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Conasida) acordó actualizar la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, lo que permite disponer de un documento oficial nacional para quienes toman decisiones y para el personal que brinda atención en todas las instituciones de salud públicas.⁽⁷⁾

Sin embargo, en estudio sobre transmisión vertical del VIH en Fortaleza, 82,1% de las mujeres recibieron la profilaxis del AZT durante la atención prenatal. Este dato supera al del presente estudio, pues el 76,2% hizo uso durante el parto^(2,4). Vistos los excelentes resultados obtenidos con la utilización del AZT (prenatal, durante el parto y en el período

neonatal) reduciendo el riesgo de TV del VIH-1 en 67,5%, este régimen fue recomendado por los órganos oficiales de prevención de los Estados Unidos de América en 1994. ^(2,8)

En la consulta especializada se pueden dar 2 situaciones: que la gestante sea una paciente seropositiva que nunca haya recibido antirretrovirales (ARV) o que sea un caso tratado con ARV iniciados antes de quedar embarazada por enfermedad marcadora de SIDA y/o conteo de CD4 disminuido. En el primer caso debe iniciarse tratamiento antirretroviral después del diagnóstico del embarazo, en el segundo caso puede continuar con igual terapia previa valoración en consulta médica. El medicamento de elección actualmente es la combinación de Truvada y Efavirenz con seguimiento virológico (carga viral) en los tres trimestres de gestación. ^(2,3)

Múltiples estudios observacionales avalan la eficacia y la seguridad del TAR en las mujeres embarazadas que viven con VIH, por lo que se recomienda la administración de terapia triple durante el embarazo. Se recomienda continuar la terapia antirretroviral después del parto, de manera ininterrumpida, independientemente del conteo basal de células CD4. Por lo que se ha logrado la eliminación del VIH infantil. ^(2,7)

Una vez iniciado el TAR, suele producirse una fase de ascenso rápido durante los primeros meses (durante el primer año debería existir un aumento mínimo de 50-100 linfocitos CD4+/ μ L) seguida de una segunda fase de recuperación más lenta. En los pacientes asintomáticos que no reciben TAR (rechazo por el paciente) los CD4 deben medirse cada 3-6 meses. Una vez iniciado el TAR se determinarán cada 3-6 meses (a las 4 semanas en los pacientes que parten de <200 células/ μ L) o siempre que cambios en la situación clínica lo hagan aconsejable. Los controles pueden ser más espaciados (hasta 12 meses) en los pacientes clínicamente estables con CV suprimida y cifras de linfocitos CD4 repetidamente mayores de 500 células/ μ L. ^(2,8)

Superar el estigma provocado por el diagnóstico de la infección y una buena relación médico-paciente se describen como necesarios para el logro de una buena adherencia a la TARV y al cuidado clínico.

La aplicación de medidas preventivas de transmisión vertical de la infección por VIH sólo será posible si se identifica precozmente a la gestante infectada. El manejo de la gestante

infectada por el VIH se basará en la estabilización de la enfermedad (TAR), en la prevención de la transmisión materno-fetal (TAR, lactancia artificial, cesárea electiva) y en la prevención de complicaciones obstétricas frecuentes en estas pacientes.⁽⁵⁾

En la epidemia de VIH solo 8 niños se infectaron y obedece a diversas causas maternas fetales, sociales y de recursos como medicamentos, pues desde el año 2012 no se diagnostican casos de VIH infantil. Lo que corrobora el nivel y la calidad de los servicios de salud en Cuba.

Con la implementación de la atención médica a las personas con VIH/sida en los consultorios médicos de la familia, el equipo de salud debe tener en cuenta estos aspectos puntuales para brindar un servicio integral a los pacientes, mantener en cero la transmisión materno infantil vertical del VIH y actualizarse de forma continua de los nuevos cambios que ha experimentado el programa.

Conclusiones

Las gestantes seropositivas predominó el grupo de edad óptima reproductiva con escolaridad de secundaria básica, así como las amas de casa y los municipios de Bayamo, Manzanillo y Niquero. En el año 1997 las gestantes que se diagnosticaron como seropositivas al VIH debutaron con SIDA, con el mayor porcentaje en el 2010. La mayoría sobrevivió más de un lustro y todas con edad óptima para la reproducción. La mayoría de los embarazos fueron captados precozmente, no hubo captaciones tardías, casi la totalidad de las gestantes llevaron hasta el parto su embarazo sin complicaciones. La anemia y la sepsis urinaria fueron las enfermedades asociadas que más las afectaron. Antes del años 2007 predominó el valor del CD4 a la captación fue bajo, así como la carga viral y al parto fueron muy altos.

Referencias Bibliográficas

-
1. Levy JA. HIV Pathogenesis and long-term survival. *AIDS* 1993;7(11):1401-10.
 2. Ochoa Soto R, Pérez Pérez F, Regueiro Pérez R, Orman Reyes AL, Squirre Valdés E. Manual Práctico Metodológico para el trabajo multisectorial en VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2006.
 3. Ochoa Soto R, Sánchez M. Manual para Médicos de Familia sobre ITS/VIH/sida. La Habana: MINSAP; 2007.
 4. Marecos M, Vera A, Aparicio C. Trasmisión Vertical del VIH en gestantes del Hospital San Pablo. *Rev Nacional (Itaguá)*. 2011; 3(1): 9-15.
 5. ONUSIDA 2017. Directrices Monitoreo Global del Sida 2018. [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2017. [citado 14/12/2018]. Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
 6. Díaz Vega A, González Santes M, Domínguez Alfonso A, Arias Contreras A. Factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS de Veracruz. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27(4): 229-34.
 7. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 6. ed [Internet]. México: Censida; 2014. [citado 14/12/2018]. Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf
 8. Díaz Torres HM, Machado Zaldívar LY. Comportamiento de la resistencia a drogas antirretrovirales en una consulta externa de La Habana durante el año 2012. *Rev Cubana Med* 2014; 53(4): 445-55.
 9. Monserrat Merchán Baque A. Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - SIDA de 20 a 30 años. A realizarse en el Hospital Materno Infantil del Guasmo "Matilde Hidalgo de Procel" de septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis]. Guayaquil: Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia; 2013. [citado 14/12/2018]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1841/1/TESIS%20ADRIANA%20MERCH%20C3%81N%20PDF..pdf>

10. Azevedo Damasceno K S, Alves dos Prazeres JC, Leite Araújo MA, Valdanha N. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. *Salud Colectiva*. 2013;9(3):363-71.

11. Grupo de Estudio del Sida. Documento de consenso de GeSida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. [Internet]. España: GeSida; 2019. [citado 14/5/2019].

Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia_Tar_Gesida_Ene_2019.pdf

Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.