

11217
62
Zej

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

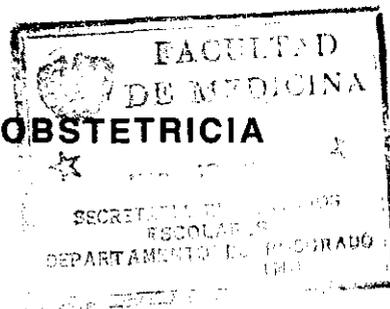


**DETECCION DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA (HIV), EN PACIENTES EMBARAZADAS CON
FACTORES DE ALTO RIESGO.**

**TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. BERTHA RAMOS MARTINEZ**

**ASESOR DE TESIS:
DR ALBERTO CHAVEZ MERLOS**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

0271750

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SIN

PAGINACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**



**DETECCION DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA (HIV), EN PACIENTES EMBARAZADAS CON
FACTORES DE ALTO RIESGO.
(RESUMEN)**

**TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. BERTHA RAMOS MARTINEZ**

**ASESOR DE TESIS:
DR ALBERTO CHAVEZ MERLOS**

FIRMAS:



DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
Coordinador de servicio.
Ginecología y obstetricia.
Profesor titular de curso.
Asesor de tesis.



DR JORGE JUAREZ VAZQUEZ
Jefe de servicio
Ginecología y Obstetricia



DR SIGFRIDO HUERTA ALVARADO
Asesor metodológico.



DR JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ
Coordinador de enseñanza e investigación.

ASSSTE
SUB-DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL
Dr. Darío Fernández F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA

DETECCION DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV), EN PACIENTES EMBARAZADAS CON FACTORES DE ALTO RIESGO.

Ramos Martínez Bertha.

Palabras clave: infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana.

INTRODUCCION:

El primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se informó en 1981 y al año siguiente se descubrió la transmisión perinatal (1). En 1987 el Royal College of Obstetricians and Gynaecologist y el Royal College of Midwives, recomendaron la política de realizar una prueba de detección prenatal de HIV basada en los factores de riesgo, voluntaria (3).

La vigilancia epidemiológica establecida en todos los países da a conocer la prevalencia de la enfermedad; sin embargo no se conoce con exactitud su seroprevalencia lo suficiente para combatir el SIDA perinatal. (4)

En México la vigilancia epidemiológica se inició en 1985 a través de encuestas serológicas. (10). En 1995 CONASIDA, por acuerdo de la Dirección General de Epidemiología (DGE), se hizo cargo de seguir con esta vigilancia, dando prioridad a mujeres embarazadas (10) Hasta el momento la metodología que se usa es la encuesta ligada al nombre. (10) En 1991 en México se informaron hasta el mes de diciembre 1196 casos de infección por HIV en mujeres, de las cuales 947 se encuentran en edad reproductiva. Se documentaron 283 casos de SIDA en menores de 13 años, donde la transmisión perinatal ocupa el primer lugar. En SIDA pedfátrico la tendencia es: por transmisión perinatal fue de 55% en 1990 y aumentó a 61.7% en 1997. (12) EL DX se basa en pruebas que detectan anticuerpos contra HIV: pruebas de tamizaje (ELISA), y confirmatorias (Wester Blot). (13, 14)

MATERIAL Y METODO:

Se trata de un estudio prospectivo, transversal y observacional, el cual se incluyeron 50 pacientes con

embarazo en cualquier edad gestacional que acudieron a la consulta de primera vez y a las que se les aplicó el cuestionario "Factores de riesgo para la infección por virus de la inmunodeficiencia humana", si identificaban algún factor de riesgo, se les explicaba que leran candidatas a realizarse una prueba de detección para HIV, si aceptaban firmaban una carta de consentimiento informado, se registraron sus datos en una libreta especial y se enviaban a laboratorio para realización de prueba de ELISA. Se les dio a conocer se resultado de manera individual y confidencial.

RESULTADOS.

Todas la pruebas de detección para infección por HIV, (ELISA) fueron negativas. El 19% estuvieron en el grupo de edad de 25 a 29 años. El 40% no usaba método de planificación familiar. El 32% tenían práctica sexual. De alto riesgo

CONCLUSIONES.

La realización de pruebas de detección prenatales del virus de la inmunodeficiencia humana, (HIV), en mujeres embarazadas de alto riesgo es controversial. Sin embargo se ha observado que se pueden evitar las consecuencias que ésta enfermedad trae consigo, como disminución de la incidencia de HIV perinatal.

La infección por HIV puede transmitirse durante el embarazo, en el momento del parto y probablemente por la leche materna, y ante la tendencia en nuestro país de promover el concepto de H. Amigo del niño y de La madre se debe considerar la propuesta de que así como en sus normas existe la detección oportuna de CaCu y Ca mamario, se debe incluir detección oportuna de infección por HIV.

Nuestros resultados fueron negativos en el 100% de nuestras pacientes, sin embargo se debe considerar que se trata de una muestra pequeña comparada con las reportadas en la bibliografía, y que este estudio puede ser la base de un protocolo que se continúe en un futuro.

DETECCION DEL DE VIRUS The
HUMAN INMUNODEFICIENCIA
(HIV), In PREGNANT PATIENTS
WITH DE FACTORS HIGH RISK.

Fields Martnez Bertha.

Wotds nail: infection for virus of the
Human Inmunodeficiencia.

INTRODUCCION:

The first case of Syndrome of
Acquired Inmunodeficiencia (AIDS)
was informed in 1981 and
he/she/it/you the following year was
discovered the transmission
[perinatal] (1). En 1987 the Royal
College Obstetricians [of]
Gynaecologist [and] and the Royal
College Midwives [of], they
recommended the politics of carrying
out a test of prenatal detection of
based on HIV the factors of risk,
voluntary (3).

The epidemic established
surveillance in all the countries
makes known the [prevalencia] of the
illness; however you/he/she/it don't
know each other their
[seroprevalencia] enough with
accuracy in order to combat the
AIDS [perinatal]. (4)

In Mexico the epidemic surveillance
began [serológicas] in 1985 through
surveys. (10).

In 1995 CONASIDA, for agreement of
the General Address of Epidemiology
(DGE), [hizo] loads of continuing
with this surveillance, giving
priority to pregnant women (10)

Until the moment the methodology
that is used is the survey tied to the
name. (10) In 1991 in Mexico 1196
cases of infection by HIV in women
were informed until the month of
December, of which 947 is in age
[reproductiva]. 283 cases of AIDS in
minor of 13 years were documented,
where the transmission [perinatal]
occupies the first place. In AIDS
[pedfátrico] the tendency is: for
transmission [perinatal] was from
55% in 1990 and he/she/it/you
increased to 61.7% in 1997. (12) The
DX is based on tests that detect
antibodies against HIV: tests of
[tamizaje] (ELISA), and
[confirmatorias]

(Wester Blot). (13, 14)

MATERIAL And METODO:

A prospective study is, traverse and
[observacional], the which 50
patients with pregnancy in any were

included age [gestacional] that went
the consultation of first time and to
which

applied them the questionnaire
"Factors of risk for the infection for
virus of the human
[inmunodeficiencia]," if they
identified any factor of risk,
explained them that candidates
[leran] to be carried out a test of
detection for HIV, if they accepted
sign a letter of informed consent,
they registered their data in a special
notebook and they were sent to
laboratory for realization of test of
ELISA

Made known them result of
individual and confidential way.

RESULTS.

All prove it of detection for
infection by HIV, (ELISA) they were
negative. The 19% a29 years were in
the group of age of 25. The 40%
I/he/she/it/you didn't use method of
family planning. The 32% they had
deviation in the sexual practice.

CONCLUSIONS.

The realization of tests of prenatal
detection of the virus of the human
[inmunodeficiencia], (HIV),
he/she/it/you in pregnant women of
high risk is controversial. However
you/he/she/it have been observed
that one could avoid the
consequences that this illness brings
gets, like decrease of the incidence
of HIV [perinatal].

The infection by HIV could transmit
during the pregnancy, in the moment
of the childbirth and probably for the
maternal milk, and in the face of the
tendency in our country of promoting
the concept of H. Friend of the boy
and you/he/she/it of The mother
should consider the proposal that as
well as you/he/she/it in their norms
exist the opportune detection of
CaCu and mammary Ca, you/he/she/it
should include opportune detection
of infection by HIV.

Our results were negative in the
100% of our patients, you/he/she/it
however should consider that a small
sample compared with them reported
in the bibliography is, and that this
study could be the base of a protocol
that is continued in a future.

INTRODUCCION

MARCO HISTORICO.

El primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se informó en 1981 y al año siguiente se descubrió la Transmisión Perinatal. (1) En 1982 se demostró por primera vez la importancia de los retrovirus en las enfermedades humanas, al identificarse el agente de la Leucemia y el Linfoma de células T del adulto (Virus designado HTLV-1) en 1983 y 19845 sucedió lo mismo con el SIDA (virus designado LAV, HTLV3, HIV). Desde esa época, ha sido mucho lo aprendido de la biología e inmunología de estos retrovirus humanos y otros relacionados.(2)

En 1987 el Royal College of Obstetricians and Gynaecologist y el Royal College of Midwines, recomendaron la política de realizar una prueba de detección prenatal de HIV basada en los factores de riesgo, voluntaria.(3)

EPIDEMIOLOGIA

La vigilancia epidemiológica establecida en todos los países da a conocer la prevalencia de la enfermedad; sin embargo no se conoce con exactitud su seroprevalencia lo suficiente para combatir el SIDA perinatal (4)

En la actualidad se ha estimado en los E.U. que el 10% del total de personas infectadas son mujeres en edad reproductiva, por otra parte se sabe que el 85% de las infectadas se encuentran en dicha edad, lo que hace pensar que existe una gran población seropositiva capaz de transmitir verticalmente la enfermedad. (4)

El centro para el control y prevención de enfermedades en California reportó un total de 58,448 mujeres con infección por HIV documentada hasta 1994. Estimando en 1993 que una de cada 625 nuevas madres fueron positivas, dando una prevalencia de 1.7 por 1000 mujeres embarazadas.(5)

Barbacci y cols. Reportan en un estudio realizado en Baltimore USA, que de Noviembre de 1988 a Mayo de 1990, en 1564 mujeres registradas en una clínica obstétrica; 158 de 176 (90%) con factores de riesgo para HIV, se sometieron a una prueba voluntaria de detección serológica de HIV resultando 24 (15%) positivas (6)

De 1032 sin factores de riesgo también con prueba de detección voluntaria, 15

(1.5%) fueron positivas ;5 de 40 (12.5%) mujeres sin factores de riesgo y 1 de 18 (6%) con factor de riesgo fueron seropositivas en una prueba anónima.(7) Hollan reporta en un estudio realizado en Londres en 1994 que de 729,105 neonatos a los que se les practicó una prueba para detección de HIV, 484 fueron positivos. Y durante los cuatro años antes de este estudio se identificaron 16.9% mujeres embarazadas HIV positivas siendo mucho menos de la mitad identificadas durante el embarazo.

En 1993 solo 5 de 128 (4%), fueron identificadas por una prueba prenatal (8)

Dunn en 1995 reportó que de 106,000 nacidos anualmente en Londres, 169 son de madres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, no siendo reconocida la infección antes del embarazo. (9)

En México, la vigilancia epidemiológica de HIV se inició en 1985 a través de encuestas serológicas. (10)

En 1995 CONASIDA, por acuerdo de la Dirección General de Epidemiología (DGE), se hizo cargo de seguir con ésta vigilancia y siguió realizando encuestas en grupos específicos, dando prioridad al grupo de mujeres embarazadas. (10)

En 1996 se realizó una revisión y actualización en los formatos y hasta el momento la metodología que se utiliza es la encuesta ligada a nombre. (10)

En 1991 en México se informaron hasta el mes de diciembre, 1196 casos de infección por HIV en mujeres, de las cuales 947 se encuentran en edad reproductiva. En el mismo período se han documentado 283 casos de SIDA en menores de 13 años, donde la transmisión perinatal actualmente ocupa el primer lugar como vía de adquisición de la enfermedad, con cifras que corresponden al 49% de los casos.(11)

En los casos pediátricos de SIDA las tendencias por factor de riesgo son las siguientes:

=Por vía sanguínea hubo una disminución de 1990 a 1994 (43% a 26%).

=Por transmisión perinatal fue de 55% en 1990 y aumentó a 61.7% en 1997.(12). Para la vigilancia epidemiológica en México, debido a que la cuenta de linfocitos T CD4+ tiene un alto costo y no está disponible en todo el país, la

cuenta de linfocitos T CD4+ no es considerada para la definición de SIDA, ni para la vigilancia epidemiológica. (13)

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

El diagnóstico de la infección por HIV se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el HIV. Estas pruebas se clasifican en:

=Pruebas iniciales de detección o tamizaje, y en

=Pruebas suplementarias o confirmatorias. (13, 14, 15).

Las pruebas de tamizaje son el ELISA (Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas), aglutinación y las pruebas rápidas con formato de inmunodot por métodos no invasores (13, 14).

Entre las pruebas suplementarias o confirmatorias la más usada es la inmunoelectrotransferencia o Western Blot (Wb). Otros son la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación (RIFA). (13, 14).

Sin embargo, dado que el Wb requiere de un laboratorio con costosa tecnología la OMS ha propuesto otros esquemas, combinando 2 ó 3 pruebas diferentes (ELISA simples o rápidas), que utilizadas en poblaciones con prevalencia de infección por HIV superior al 10%, son equivalentes al Wb, con menos costo y los resultados pueden obtenerse con mayor celeridad. (14).

Puede existir un negativo falso de una prueba de anticuerpos durante el período denominado "ventana inmunológica", de 2 a 3 meses, entre el momento de la infección y el desarrollo de una respuesta inmunitaria detectable. Por lo tanto cuando existan factores de riesgo, se recomienda repetir la prueba cada 3 meses durante un año para garantizar la seronegatividad, incluyendo el período gestacional. (15).

PRUEBA DIAGNOSTICA DE HIV ¿ A quién realizarla?.

Se ha considerado que lo ideal es ofrecerla sistemáticamente como una prueba pregestacional o bien durante el embarazo a toda persona que acepte después de una amplia explicación de la enfermedad y la trascendencia que significa prevenir que una mujer seropositiva se embaraze. (15).

MATERIAL Y METODO.

Se trata de un estudio prospectivo transversal y observacional con base al tamaño de muestra 851 y con la formula Tamaño Muestra = $n/(1-(n/poblacion))$
 $N = Z^2 * P(1-P)/(D^2 * D)$.

A toda paciente con embarazo de cualquier edad gestacional que acudió a consulta prenatal de primera vez al H. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE de la Cd de México durante el período comprendido de Octubre a Noviembre de 1998, se le aplicó un cuestionario (Factores de Riesgo para la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana) realizado con base en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (1995). Si identificaban algún factor de riesgo, se les explicaba que eran candidatas a efectuarse una prueba de detección de HIV. Las pacientes que aceptaron firmaron una carta de aceptación y consentimiento la cual se realizó también con base a la Norma Oficial Mexicana para la prevención y Control de la Infección por HIV.

A cada unas de ellas se les asignó una clave y se registraron sus datos en una libreta especial (nombre, dirección, teléfono, No de expediente, edad, procedencia geográfica, medio socioeconómico, paridad, estado civil, antecedente de cirugías previas, método de planificación familiar, desviación en la práctica de las relaciones sexuales, antecedente de enfermedad sistémica que compromete al sistema inmune.), información a la que solo tuvieron acceso los participantes en el estudio. Con una solicitud identificada se les envió al servicio de laboratorio del hospital, donde les tomaron muestra sanguínea.

Posteriormente de manera individual y bajo estricta confidencialidad se les informó el resultado de su prueba

Se excluyeron del estudio a las pacientes que conociendo el cuestionario no aceptaron realizarse la prueba; las que se conocían HIV positivas, las que no firmaron hoja de consentimiento, y las que habiendo firmado hoja de consentimiento no deseaban se les informara el resultado de la prueba.

Para llevar a cabo este estudio se utilizaron el área física y el servicio de laboratorio del hospital. Como prueba de tamizaje se utilizó el método de ELISA.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 50 pacientes, los grupos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: de 14 a 19 años 1 (2%); de 20 a 24 años 6 (12%); de 25 a 29 años, 19 (38%); de 30 a 34 años, 12 (24%) y de 35 ó más, 1 (2%).

Respecto a la procedencia geográfica el 96% (N=48) fueron del DF. Y 4% (n=2) foráneas. Todas fueron de medio socioeconómico medio (100%). 18 pacientes fueron primigestas (36%); 13 secundigestas (26%) y 19 multigestas (38%).

EL 40% (n=20) no utilizaban método de planificación familiar; el 26% (n=13) utilizaban hormonales; el 20% (n=10) utilizaron dispositivo intrauterino; y el 14% (n=7) preservativo.

El 2% (n=1) tuvo antecedente de infección sistémica, el 98% (n=49) no lo tuvieron.

Práctica de las relaciones sexuales, de alto riesgo el 32% (n=16) si las practicaban, el 68% (n=34), no.

El 64% (n=32) fueron trabajadoras y el 36% (n=18) esposas de trabajador. Con respecto al resultado de la prueba de ELISA todas fueron negativas, 100% (n=50).

ANALISIS

Dentro de las características encontradas en nuestras pacientes que aceptaron tener factores de riesgo para infección por HIV, destacan: el grupo de edad más frecuente se encontró entre los 25 a 29 años, todas pertenecen al medio socioeconómico medio, y la mayoría radica en el D.F. con respecto a la paridad no hay una diferencia significativa ya que el 38% fueron multigestas y el 36% primigestas. La mayoría no utilizaba método de planificación familiar (40%) también la mayoría fueron trabajadoras (64%).

En el 100% de nuestras pacientes el resultado de ELISA fue negativo, es importante mencionar que probablemente esto se puede explicar por varias razones primero nuestra muestra es pequeña, comparado con los estudios publicados en países desarrollados donde estos estudios de detección se realizan más frecuentemente tanto en pacientes con factores de riesgo o sin ellos. Segundo que existe un período denominado de "ventana inmunológica" entre el momento de la infección inicial y el desarrollo de una respuesta inmunitaria.

CONCLUSIONES.

La realización de pruebas de detección prenatales del virus de la Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas con alto riesgo es controversial

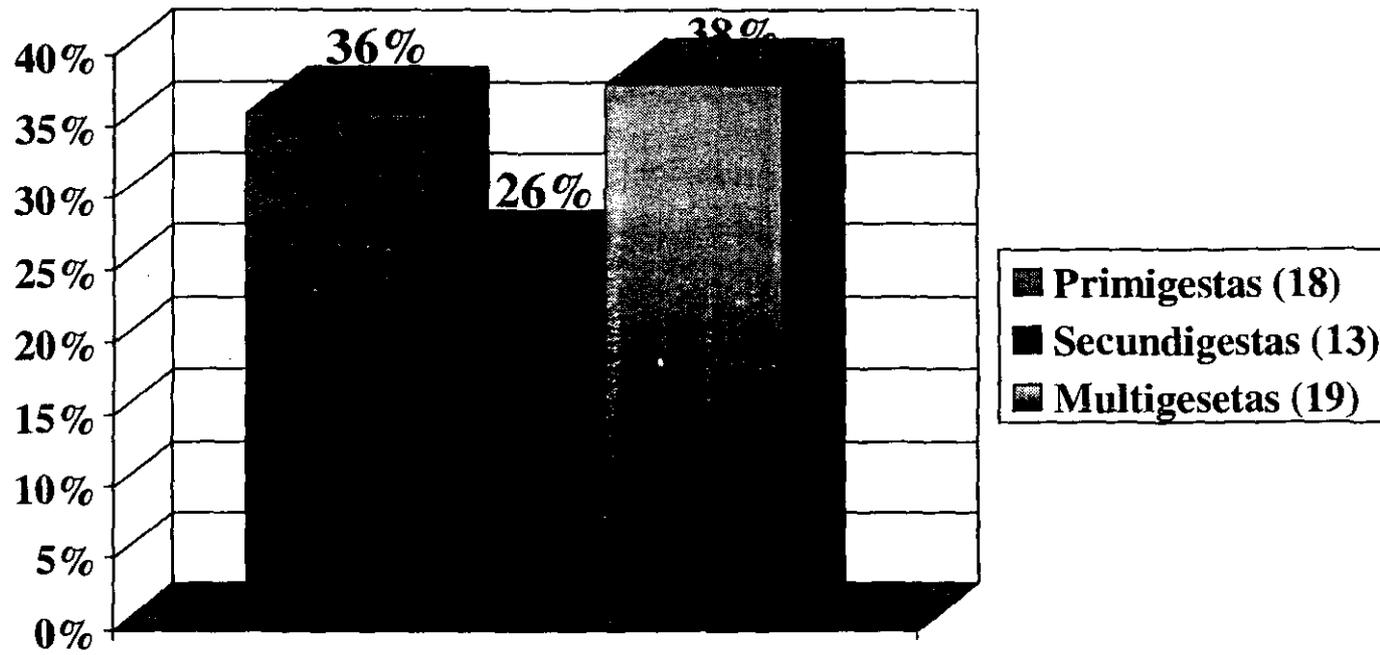
Sin embargo se ha observado que se pueden evitar las consecuencias que esta enfermedad trae consigo, como disminución de la incidencia de HIV perinatal y la transmisión a terceras personas si esta se realiza oportunamente

Debido a que el virus de la Inmunodeficiencia Humana puede transmitirse durante el embarazo, en el momento del parto y probablemente por medio de la leche materna y ante la tendencia en nuestro país de promover el concepto de Hospital Amigo del Niño y de la Madre, se debe considerar la propuesta de que así como en las normas de esta política está la detección oportuna de CaCu y Ca mamario se debe incluir pruebas de detección prenatal de infección por HIV, con consentimiento informado ya que esta solo se realiza en pocos hospitales y no conocemos la incidencia real de esta enfermedad.

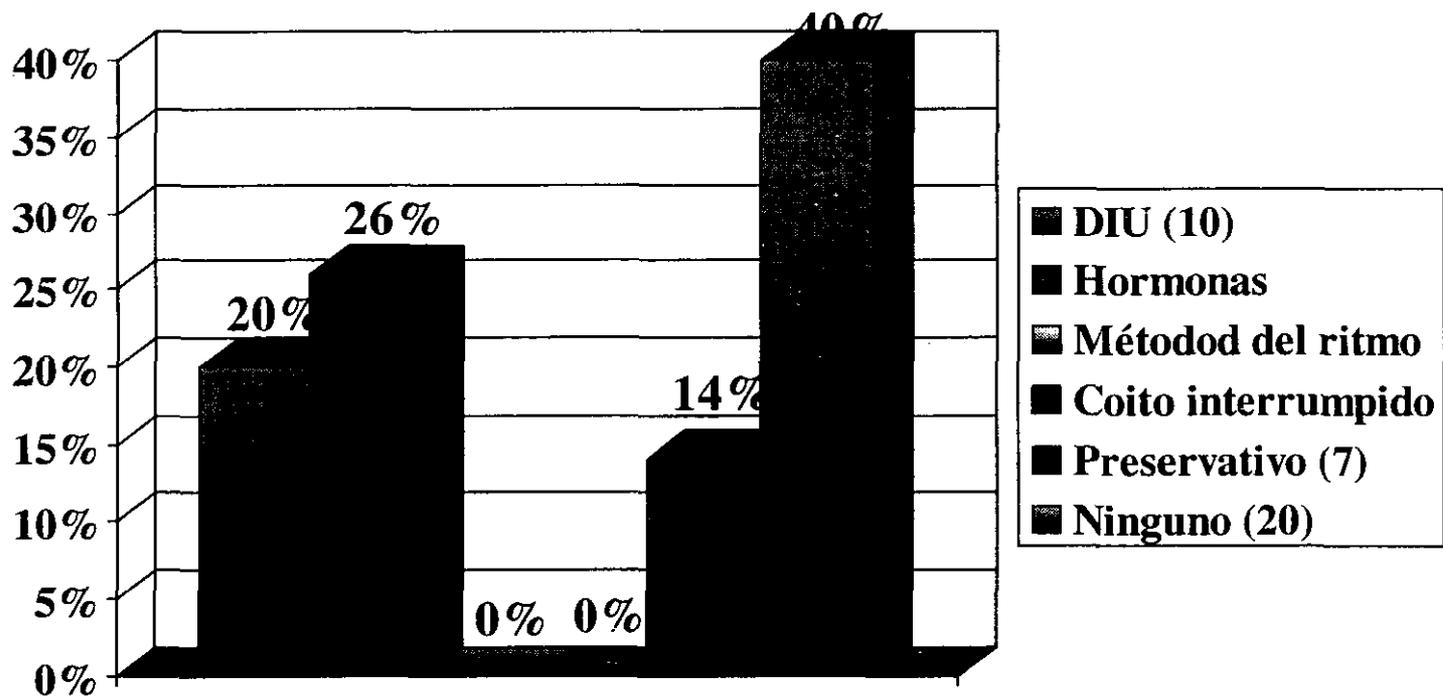
Además es trascendente conocer la realidad de este problema de salud en nuestra población para poder implementar y seguir medidas profilácticas en el personal médico y paramédico tratante de este tipo de pacientes

Este estudio pretende ser la base de un protocolo que se continúe en nuestro servicio para pacientes embarazadas con factores de riesgo para la enfermedad.

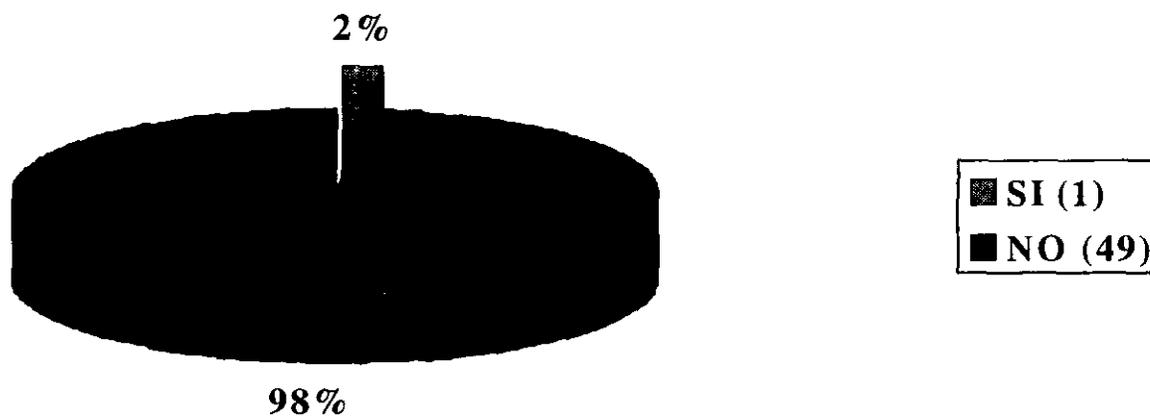
Paridad



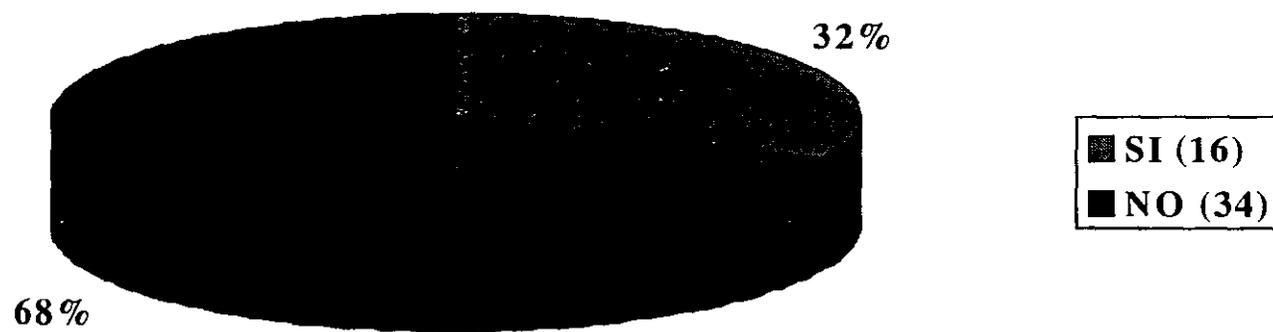
Métodos de Planificación Familiar



Antecedentes de infección sistémica



PRACTICA SEXUAL DE ALTO RIESGO



Bibliografía

1. Mercey et al. Voluntary Universal Antenatal HIV Testing. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Nov 1996 Vol. 103. 1129-1133.
 2. Quinn et al. Global Burden of HIV Pandemic. *Lancet*. 1996. 348 : 99-106.
 3. Minkoff MD. Pediatric HIV disease, and uhblindins heelstick surveys. *Jama* OCT. 11. 1995. Vol. 274 (14). 1165-1168.
 4. Hawqen et al. Evaluation of an antenatal HIV. Testing programme in an inner London health district. *British J. of Obstetrics and Gineccology*. Nov. 1994. Vol. 101. 960-964.
 5. Segal MD. Physician attitudes toward human inmunodeficiency virus testing in pregnancy. *Am J. Obstetrics and Gynecol*. Jun. 1996. 174(6). 1750-1756.
 6. Barbacci et al Routine prenatal screening for HIV infection. *Lancet*. 1991. March 23. Vol 337, 709-711.
 7. Holman et al Consejo y pruebas prenatales del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV). *Clínicas de Perinatología* 1989. 431-7.
 8. Holland et al. Use of anonymus newborn serosurveys to evaluate antenatal HIV screnning programs. *J. of Medical Screning* 1(3) 1994. 176-9.
 9. Dunn et al. How much paediatric HIV infection could de prevented by antenatal Testing ?. *J. Medical Screning* 2(1). 1995, 35-45.
 10. Magis et al. Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA a través de encuestas centinela. 1991-1996. CONASIDA. SIDA-ETS. 1997. Vol.3 (2).
 11. Arredondo-García et al. SIDA de Transmisión Perinatal. Experiencia del Instituto Nacional de Perinatología. *Bol. Med. Hosp. Inf. Mex*. Vol. 49(2) 1992, 573-579.
 12. Magis-Rodríguez et al. El SIDA en México, panorama 1997. *Sida-ets*. 1997. Vol. 3(4).
 13. Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Méx. 1995. CONASIDA/SSA. NOM 010-SSA 2-1993.
 14. Guía para la atención médica del paciente con infección por VIH/SIDA en la consulta externa y hospitales. CONASIDA. 1996 I.S. B.N. 968-811-291-7.
 15. Santos Gonzáles. SIDA en embarazo. Complicaciones médicas en el embarazo. MC Graw Hill-Interamericana. 1996. México, D.F. 261-269.
-