

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras
En El Valle de Sula**

Escuela de Ciencias de la Salud

Posgrado de Pediatría



**“Caracterización Clínico-Epidemiológica de pacientes
pediátricos perinatalmente expuestos al VIH en el
Hospital Mario Catarino Rivas entre Enero 2018 a Junio
2019”**

Presentado por:

Dania Mabel Vidal Bautista

Previo a la Opción al Título de Médico especialista en
Pediatría.

Asesores:

Dra. Karen Erazo

Dra. Patricia Chevez

San Pedro Sula, Cortés, Octubre 2019.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.

UNAH

RECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

VICERECTORA ACADÉMICA

MSc. BELINDA FLORES.

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA MEJIA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

PhD. SANTIAGO JAIME RUIZ

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE VALLE

SECRETARIA DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DRA. BETTY YAMILETH ÁVILA

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.

DR. ARNOLDO ZELAYA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTORA

MSc. ISBELA ORELLANA RAMÍREZ

SUBDIRECTORA ACADÉMICO

MSc. ADA CANTARERO NOLASCO

SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD

LIC. GABRIELA MARIA OLIVEROS

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE

DRA. YESSY MADRID MENA

SECRETARIA

MSc. ALFREDO ALCANTARA REYES

COORDINADOR DE POSGRADOS UNAH-VS

MSc. ROGER MELENDEZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DRA. ROSSANY ETELINA ESCALANTE

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

COORDINADOR POSGRADO DE PEDIATRIA

DR. GABRIEL ENRIQUE BENNETT RECONCO

COORDINADORA REGIONAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNAH-VS

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADORA DE INVESTIGACION POSTGRADO PEDIATRIA

DRA. KAREN ERAZO

Agradecimiento

Agradezco a los docentes del posgrado de pediatría, en especial a mi asesora de tesis, la Dra. Karen Erazo por guiar esta investigación y formar parte de otro objetivo alcanzado.

Agradezco al Hospital Mario Catarino Rivas por abrir sus puertas para mi formación, a todo su personal y a nuestros pacientes por ser el pilar fundamental de nuestra educación.

Dedicatoria

Dedico esta tesis primeramente a Dios, que fue el que me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, etapa en la cual pude entender y valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodea.

Gracias a Dios por mi hijo Ricardo Alexis, que más que el motor de mi vida fue parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como tesis y como profesional, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de este posgrado, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con él, hacia parte de ellos.

A mis padres, hermanos y toda mi familia que siempre estuvieron allí para apoyarme en cada paso de este camino.

Índice

	Página
Portada	1
Agradecimiento	4
Dedicatoria	5
Índice	6
Introducción	7
Capítulo I. Planteamiento del Problema de Investigación	8
Capítulo II. Justificación y Delimitación de la Investigación	8-9
Capítulo III. Objetivos de la Investigación	10
Capítulo IV. Marco Teórico	11-18
Capítulo V. Diseño Metodológico	19-22
Capítulo VI. Resultados	23-58
Capítulo VII. Discusión	59-60
Capítulo VIII. Conclusiones y Recomendaciones	61-62
Capítulo IX. Bibliografía	63-65
Capítulo X. Anexos	66-88

CAPITULO I

Introducción

Según datos de ONUSIDA, a finales del año 2017, a nivel mundial, se estimaban más de 36.9 millones de personas infectadas por el VIH. La inmensa mayoría de los afectados viven en países en vías de desarrollo con escasos recursos sanitarios y, más concretamente, en el África Subsahariana (25 millones). Se calcula que, en todo el mundo, 3,3 millones de menores de 15 años viven con el VIH y que, en el año 2012, han fallecido 210.000 pacientes de este grupo etario. En el 2012, la tasa de incidencia anual de VIH se estimó en 2,3 millones. Aproximadamente, el 11% de estas nuevas infecciones (260.000 casos) han ocurrido en niños menores de 15 años. Desde el año 2001, ha disminuido el número de nuevas infecciones en un 33%, las muertes relacionadas con el SIDA en un 29%, las nuevas infecciones en niños en un 52%, y ha aumentado en un 40% el acceso a los antirretrovirales. En países desarrollados, los nuevos casos de infección VIH pediátricos son casi excepcionales, gracias a los programas de prevención de la transmisión vertical (PPTV).¹⁻²

En los países con escasos recursos, la infección por VIH infantil tiene dimensiones alarmantes. Más del 90% de los niños que viven con el VIH en los países en desarrollo se infectaron por transmisión de madre a hijo durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia. Con el fin de reducir el número de niños infectados por el VIH, se ha enfatizado en los PPTV. Aunque estos programas están muy extendidos a nivel mundial, sólo una parte de las mujeres infectadas por el VIH en las áreas con menos recursos tienen acceso a ellos, oscilando su cobertura entre un 75% y un 15%, según los distintos países.³

Por lo que consideramos de gran importancia realizar un estudio, sobre caracterización epidemiológica de los pacientes pediátricos perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018- Junio del 2019 para determinar la eficacia de los programas de prevención de la transmisión vertical.

1.2 Antecedentes

Existen diversos reportes de la enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana en Honduras en los últimos 10 años.

En cuanto a los pacientes perinatalmente expuesto al VIH en Honduras desde el inicio de programa de Prevención de la transmisión vertical se recomienda desde el año 2008 el uso de la triple terapia: Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Lopinavir- ritonavir, a partir de la semana 28 en aquellas mujeres sin tratamiento antirretroviral previo y en quienes se busca darlo de manera profiláctica, con un control de su CV alrededor de la semana 34, encontrándose una reducción de la transmisión del virus, siendo del 2.7% para el año 2009.⁴ Actualmente menos del 1% de la transmisión del virus con los niños de bajo riesgo.

Los pacientes pediátricos que viven con VIH que son huérfanos en su mayoría están por encima de los 15 años y viven en hogares y hospicios que se encargan de ellos. Es interesante hacer énfasis que los niños huérfanos casi en su totalidad fueron contagiados por medio de la vía vertical. Con fortuna se encuentran en estadios no avanzados de la infección. En relación con algunos aspectos epidemiológicos de estos pacientes, son aquellos pacientes pediátricos con madres que poseen bajos niveles de escolaridad los que padecen un estadio más avanzado o una enfermedad marcada con un cuadro florido por la infección por este virus.^{5,6}

La infección por VIH en pacientes pediátricos en Honduras no tiene predominancia por un género en específico ya que los reportes indican que en porcentajes casi similares la relación es de 50% por género.⁷

1.3 Justificación

Científica: la enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana en Honduras es más común de lo que se podría pensar. A pesar de que existe evidencia de las características de estos pacientes, es de vital importancia aumentar el acervo científico de la epidemiología de esta patología que conduzca a la posterior realización de guías locales y no adaptadas de otras organizaciones extranjeras o mundiales (OMS, OPS, etc....) utilizando como base estos estudios epidemiológicos. Es por esto por lo que, desde el punto de vista científico,

pretendemos reproducir estudios ya descritos con anterioridad en Honduras, pero que aumenten la evidencia y los datos epidemiológicos de estos pacientes que influyen sobre una posterior realización de estudios de mayor complejidad en VIH en pacientes pediátricos en Honduras. El acervo con relación a pacientes perinatalmente expuestos es poco desde el punto de vista científico en Honduras.

Metodológica: los estudios epidemiológicos son base fundamental para el desarrollo de estudios de mayor complejidad en temática de investigación médica. Es importante conocer los factores epidemiológicos y las variables influyentes en diferentes patologías, en este caso VIH, para poder a la postre desarrollar estudios más complejos no epidemiológicos que promuevan el desarrollo de la medicina basada en evidencia, en definitiva.

Practica: el objetivo primordial de los estudios de investigación es que estos se vuelvan reproducibles, pero también que sus resultados adquieran aplicabilidad en otros contextos o contextos similares para mantener en constante desarrollo una conducta clínica, médica y terapéutica que se base en evidencia de calidad y adecuada a nuestra realidad.

Es por tanto importante conocer cuál es la influencia que poseen algunas variables desde el punto de vista materna y neonatal en aquellos recién nacidos que están expuesto al virus del VIH en pacientes nacidos en el Hospital Mario Catarino Rivas. Es importante conocer qué papel juegan los exámenes laboratoriales en los meses establecidos por la OMS que se deben de hacer.

1.4 Pregunta de Investigación

¿Cuáles características clínicas y epidemiológicas poseen los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – junio 2019?

1.5 Objetivo General

Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 - junio del 2019.

1.6 Objetivos Específicos

1. Determinar las características epidemiológicas presentes en los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 a junio del 2019.
2. Determinar las características clínicas presentes en los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 a junio del 2019.
3. Establecer la incidencia de nuevos casos de VIH en los pacientes perinatalmente expuestos en seguimiento.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1 Transmisión del VIH

El VIH puede ser transmitido mediante contacto sexual (heterosexual u homosexual), transfusión de sangre o hemoderivados contaminados por el virus (en adictos a drogas administradas parenteralmente) o verticalmente (transmisión maternofilial o TV). En los países en vías de desarrollo, el sexo vaginal es responsable del 70 al 80 por ciento de los casos de SIDA, y la transmisión perinatal y el uso de drogas inyectables (UDI) del 5 y 10% respectivamente. En nuestro medio, en el año 2013, el número de nuevos casos anuales prácticamente se mantiene o disminuye muy lentamente, siendo la vía más importante de transmisión la sexual (82%): hombres que tienen sexo con hombres (51%) y transmisión heterosexual (31%). Pensamos que esto pudiera deberse, al menos en parte, a cierta relajación, derivada de la insuficiente información que se ofrece a los jóvenes, entre quienes está muy extendida la idea de que el SIDA se cura con los nuevos tratamientos. En este sentido, deberían intensificarse las campañas de prevención, ofreciendo información veraz con mensajes claros y contundentes, sobre el uso del preservativo, de la conveniencia de realizarse pruebas serológicas, de que el SIDA está fuera de control, que con tratamiento de por vida el SIDA puede cronificarse, pero no curarse, etc. De manera natural, sin ningún tipo de intervención médica, la tasa de transmisión vertical (TV) del VIH se aproxima al 25%, con rangos que oscilan entre el 13-43% según los distintos países. Esta tasa de TV, aunque multifactorial, parece depender fundamentalmente de la carga viral materna, no existiendo cifras de carga viral materna (RNA-VIH) totalmente seguras que eviten la TV. La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir intraútero, periparto y posparto. En la primera de ellas, se produce un trasvase de virus desde la sangre materna a la del feto y se define como: la detección del VIH mediante técnicas de cultivo, o identificación de RNA o DNA-VIH mediante técnicas de PCR en la sangre del recién nacido en las primeras 48 horas de vida. La transmisión periparto se produce mediante la exposición a secreciones y/o sangre materna durante el parto; son niños no alimentados con lactancia materna, en quienes las

pruebas de detección en la primera semana de vida resultaron negativas, pero se positivizaron entre la primera semana y el 3er mes. Este modo de transmisión ocurre aproximadamente en un 65-74% de los niños infectados. Finalmente, la transmisión posparto supone la ingestión de leche materna contaminada por el VIH. Este tipo de alimentación incrementa el riesgo de infección entre un 14 y un 16%.⁷⁻¹¹

2.2 Transmisión Vertical del VIH

Hasta hace aproximadamente 20 años, no se conocía ninguna estrategia que disminuyera la transmisión vertical del VIH; en este sentido, saber si una mujer embarazada estaba o no infectada tenía escaso interés. Sin embargo, en febrero de 1994, el Grupo para ensayos clínicos de VIH pediátricos demostró que un régimen a base de monoterapia con Zidovudina (ZDV), administrada prenatalmente (semanas 14^a-36^a de gestación), durante el parto y posnatalmente al recién nacido (hasta la 6^a semana de vida), reducía el riesgo de transmisión vertical en un 67% (desde un 25% en el grupo placebo a un 8,3% en el grupo control).¹²⁻¹³ Este hallazgo ha supuesto uno de los mayores hitos en la historia del SIDA y, a partir de entonces, resulta imprescindible conocer la situación serológica para el VIH de todas las gestantes, actualmente la tasa de incidencia ha disminuido a cifras tan bajas como 1 - 2%. Así pues, uno de los retos más importantes para la prevención de la TV del VIH es identificar, lo más precozmente posible, mediante la determinación de prueba serológicos anti-VIH, a todas las embarazadas infectadas. Los test anti-VIH deben realizarse de manera sistemática a todas las mujeres, sin excepción, durante el primer y tercer trimestre de embarazo y después de una práctica de riesgo para la infección. Las gestantes con serología VIH desconocida durante el embarazo y el parto, deberían ser testadas inmediatamente después del alumbramiento; si ello no fuera posible, habría que testar el recién nacido (RN). Con la identificación de la gestante infectada, se persigue poder instaurar un tratamiento ARV precoz. Esta estrategia, junto con la proscripción de la lactancia materna y con la cesárea electiva, ha conseguido que, en nuestro entorno, la tasa de TV del VIH sea menor del 1%. En este aspecto, los equipos de Atención Primaria (pediatras, médicos generalistas y obstetras) juegan un papel fundamental en la prevención de la TV del VIH. Unos, informando y fomentando campañas de prevención entre la

población general y en los jóvenes en particular. Los obstetras, indicando test serológicos en todas las gestantes embarazadas y cesárea electiva en los casos indicados; y, por último, los pediatras, investigando la situación serológica de todos los RN en su primera visita, y desaconsejando la lactancia materna en los casos de hijos de madres infectadas por el VIH.¹⁴⁻¹⁶

En todo recién nacido hijo/hija de madre con VIH debe clasificarse el riesgo de transmisión como bajo o alto, debido a que la profilaxis varía con relación al riesgo. Para clasificar la transmisión del VIH de madre a hijo/hija, como alto riesgo, debe estar presente al menos uno de los siguientes criterios¹⁷:

1. Carga viral materna elevada (> 1,000 copias, mayor riesgo si persiste detectable más allá de las 32 SG)
2. Primoinfección durante el embarazo (primera prueba negativa y segunda prueba positiva y/o síndrome retroviral agudo)
3. Con relación TARV: ausencia de TARV durante embarazo, menos de 4 semanas de TARV durante embarazo (incluye TARV únicamente al momento del parto)
4. Infección materna sintomática por VIH, inmunosupresión (recuento CD4 < 250/mm³)
5. Consumo de drogas durante la gestación
6. Coinfecciones (hepatitis B o C, infecciones agudas del grupo TORCH u otras)
7. Infecciones del canal del parto
8. Maniobras invasivas durante el embarazo (amniocentesis, biopsia corial)
9. Parto vaginal o cesárea de urgencia
10. Prematuridad
11. Ruptura prematura/prolongada de membranas amnióticas (> 4 horas)
12. Procedimientos invasivos en el feto (pH de calota)
13. Partos instrumentados, sangrado vaginal, episiotomía extensa
14. Expulsivo prolongado (> 4 horas)

2.3 Infección de VIH en pediatría

Existen datos clínicos y de laboratorio que, en el marco de la atención primaria, deben hacernos sospechar una infección VIH. Durante los primeros meses de vida, la sintomatología suele ser leve y muy poco específica: hepatoesplenomegalia, síndrome poliadenopático y candidiasis oral. A partir de

los 3-6 meses, estos niños pueden debutar con: fallo para medrar, retraso psicomotor, infecciones bacterianas de repetición de cualquier localización (neumonías, diarreas, otitis, meningitis...) y producidas por gérmenes habituales en la edad pediátrica (neumococos, Salmonella, estafilococos...), e incluso infecciones oportunistas. En este contexto, la infección por *Pneumocystis jirovecii* ha sido, en la era Pre-TARGA, un diagnóstico frecuente por el que han debutado muchos niños. Las infecciones oportunistas en la era TARGA son muy poco frecuentes. La reconstitución del sistema inmune conseguido mediante este tipo de terapia es el factor más importante en el control de las infecciones oportunistas en niños y adultos. En este sentido, el número de CD4+ es la variable que mejor refleja el grado de inmunosupresión y, por tanto, nos servirá de guía para la quimioprofilaxis primaria o secundaria de los distintos gérmenes oportunistas. La historia natural de las infecciones oportunistas (IO) en un niño infectado suele ser distinta a la de los adultos. En estos, la mayoría de la IO suelen ser reactivaciones de infecciones adquiridas años antes, cuando el sistema inmune estaba aún intacto. En los niños, por el contrario, una IO refleja habitualmente una infección primaria en un sistema inmune, con frecuencia, comprometido. Esto puede conducir a que las manifestaciones clínicas de una determinada IO sean distintas entre los niños y los adultos.¹⁸

Cuestión muy importante en los niños infectados por el VIH son las vacunas. Las recomendaciones generales incluyen: que la vacuna contra la polio sea inactiva, que sean vacunados contra el neumococo, la no administración de la triple vírica a los niños con inmunosupresión severa (categoría inmunológica 3) y la administración de la vacuna anti-varicela sólo a los asintomáticos no inmunosuprimidos (categoría inmunológica 1). Anualmente y a partir de los seis meses de vida, deben ser vacunados contra la influenza.¹⁹⁻²⁰

2.4 Diagnóstico de VIH en Pediatría

Debido a las importantes implicaciones que el tratamiento con antirretrovirales tiene en el pronóstico de los niños infectados por VIH, el diagnóstico de la infección VIH pediátrica debería ser realizado lo más precoz posible, preferiblemente en las primeras 48 horas de vida. En los niños mayores de 18 meses, el diagnóstico se establece como en los adultos, mediante pruebas serológicas que detectan anticuerpos anti-VIH IgG específicos (EIA, ELISA y

Western Blog). Las pruebas serológicas, sin embargo, no son válidas para los niños menores de 18 meses, en quienes los anticuerpos anti-VIH pueden ser de transferencia materna durante la gestación. El diagnóstico de infección VIH en este grupo etario precisa, pues, de pruebas virológicas: PCR DNA, PCR RNA (carga viral) y cultivo viral. Actualmente, se estima que, en la mayoría de los niños, la infección VIH puede ser definitivamente diagnosticada al mes de vida, y en prácticamente todos los pacientes a los 6 meses de edad. Para el diagnóstico definitivo de infección en los niños menores de 18 meses, se requieren dos pruebas virológicas positivas en sangre que no sea de cordón (riesgo elevado de contaminación con sangre materna). Idealmente, las pruebas diagnósticas deben realizarse antes de las 48 horas de vida, entre el 1º-2º mes y entre el 3er-6º mes. En la práctica clínica diaria, la PCR RNA o carga viral es la prueba virológica habitualmente utilizada para el diagnóstico de infección VIH en los niños menores de 18 meses, teniendo, además, como comentaremos posteriormente, un enorme valor como guía terapéutica. Los niños con infección por VIH suelen presentar, además: leucopenia, anemia, trombopenia, hipergammaglobulinemia policlonal y anergia cutánea. El Centro para la Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas (CDC) ha propuesto una clasificación clínica de los niños con infección VIH y otra inmunológica, basada en el recuento absoluto y porcentaje de linfocitos CD4+.²¹

2.5 Manejo del Paciente Pediátrico con VIH expuesto

Los niños nacidos de madres infectadas por el VIH se consideran niños expuestos perinatalmente al VIH o niños en “estadio E”. Afortunadamente, la mayoría de estos niños no están infectados. Mientras descartamos de manera definitiva el diagnóstico de infección, estos niños deben ser manejados como presuntos infectados. En este sentido, deben iniciar profilaxis con ZDV a partir de las 8-12 horas de vida y durante seis semanas. A partir de entonces, se les debe administrar profilaxis contra *Pneumocystis jirovecii*. En nuestro medio, estos niños no deben ser alimentados con lactancia materna, por la posibilidad de transmisión postnatal. A continuación, enumeramos los cuidados que deben recibir los niños nacidos de madres con infección VIH:

1. Primeras 8-12 horas de vida: iniciar profilaxis con ARV, continuar hasta las 6 semanas.

2. 24-48 horas de vida, 1^o-2^o meses y 4^o-6^o mes: extracción de sangre para determinar PCR RNA (carga viral).

3. A partir de 6^a semana y en espera de determinar estado de infección, iniciar profilaxis para el Pneumocistis. Si las pruebas virológicas anteriores son negativas, interrumpir esta profilaxis.

4. A los 18 meses, pruebas serológicas para comprobar serorreversión.

Esquema de profilaxis al recién nacido perinatalmente expuesto para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo/hija¹⁷

Con factores de alto riesgo	Medicamento, dosis y duración
NO	AZT 4 mg/kg/dosis VO BID por 4 semanas Nevirapina 2 mg/kg/dosis VO dosis única
SI	AZT 4 mg/kg/dosis VO BID por 4 semanas 3TC 2 mg/kg/dosis VO BID por 4 semanas Nevirapina 4 mg/kg/dosis VO en tres dosis así: a) 1era dosis: en las primeras 48 horas de nacido. b) 2da dosis: 48 horas después de la primera dosis. c) 3ra dosis: 48 horas después de la segunda dosis.

2.6 TARGA en pacientes pediátricos

Desde la descripción de los primeros casos de SIDA hace más de 30 años, la morbilidad y la mortalidad asociadas a SIDA se ha reducido notablemente; de tal manera que, la infección por VIH es considerada, hoy, una enfermedad crónica. Al principio de la epidemia, la única opción terapéutica disponible era optimizar el manejo de las infecciones oportunistas (IOs); posteriormente, con la aparición paulatina de los distintos antirretrovirales, los pacientes fueron sometidos a regímenes de monoterapia y biterapia con los que se obtenían beneficios muy transitorios. Fue en la década de los 90 cuando se produjo una auténtica revolución en el manejo de los pacientes infectados por VIH con el advenimiento de la terapia TARGA. Esta modalidad de tratamiento, que combina tres o más

fármacos antirretrovirales, actuando en distintas dianas del ciclo biológico del VIH, induce una marcada y sostenida reducción de la replicación vírica, que se refleja en la supresión de la viremia a las pocas semanas de iniciar el tratamiento y en la restauración parcial del sistema inmune, manifiesta en un incremento precoz del número de T-CD4+ circulantes. Esta mejoría inmunológica secundaria a la TARGA muy pronto quedó de relieve en un descenso de la tasa de progresión a SIDA y aumento de la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, la TARGA no está exenta de inconvenientes y, pese a su alta potencia, existe consenso general de que el virus no puede ser erradicado del organismo, aun después de años de tratamiento con viremia indetectable; por lo que, actualmente, se recomienda que el tratamiento debe ser continuado durante toda la vida. Esta idea de “tratamiento de por vida” con frecuencia se hace insostenible, sobre todo en los niños y adolescentes, en quienes no resulta fácil asegurar una adherencia adecuada durante tan largo periodo de tiempo. Esta falta de cumplimiento terapéutico, con frecuencia agravado por la falta de fármacos con formas de presentación adecuadas a niños pequeños e incluso, desconocimiento de las posologías exactas de estos fármacos en este grupo de pacientes, ha contribuido al fracaso virológico y a la aparición de cepas VIH multirresistentes. En este sentido, aunque hoy día, en nuestro medio, los nuevos casos de VIH pediátricos son casi anecdóticos, aún existe un considerable número de adolescentes que adquirieron la infección verticalmente en la era PreTARGA y cuya edad media supera los 16 años. La mayoría de estos pacientes han sido sometidos consecutivamente a regímenes de monoterapia, biterapia y a distintos regímenes TARGA, habiendo tenido gran parte de ellos una adherencia más que cuestionable; todo ello ha favorecido la aparición de mutaciones de resistencias que complican el diseño de un régimen TARGA efectivo.²³

2.7 Aspectos Psicológicos del VIH en Adolescencia

El aumento de la supervivencia ligada a la TARGA ha supuesto un aumento del número de adolescentes infectados a través de sus madres que paulatinamente pasan a las unidades de adultos. Esta cohorte de adolescentes presenta una problemática “única, peculiar y compleja”, con grandes incertidumbres, tanto desde el punto de vista biológico como psicológico y social. En primer lugar, son

pacientes crónicamente infectados en quienes se conoce el momento y la cronología de la infección. Esta cronología está, en la mayoría de los casos, ligada a la secuencia de aparición temporal de los distintos fármacos ARV. Por este motivo, la gran mayoría de ellos ha sido sometida a múltiples regímenes terapéuticos (monoterapia, biterapia y TARGA) durante sus vidas. Ello, junto a ciertos efectos secundarios, como la lipodistrofia, derivados de los ARV, y la necesidad de un tratamiento de por vida, han favorecido la falta de adherencia a los ARV, con la subsiguiente emergencia de cepas resistentes y mayores dificultades en el diseño de nuevos regímenes terapéuticos eficaces. Afortunadamente, estamos viviendo una “época dorada” en el tratamiento antirretroviral, ya que en los últimos años han aparecido, casi de manera simultánea, nuevos fármacos ARV, algunos (Darunavir, Etravirina, Maraviroc) pertenecientes a antiguas familias y otros, como el Raltegravir, perteneciente a una nueva familia con nueva diana terapéutica (inhibidor de la Integrasa). Esta eclosión, casi simultánea, de nuevos fármacos abre una puerta a la esperanza en el diseño de TARGAs efectivos, tanto en niños como en adolescentes multitratados. Un aspecto muy novedoso en los adolescentes infectados por TV es el derivado de la inmunosenescencia (IS). Hay evidencias de que la infección VIH provoca una IS prematura (ISVIH), que comparte rasgos, aunque no todos, con la inmunosenescencia cronológica (ISc) y que se hace evidente en estadios tempranos de la infección. Esta inmunosenescencia también ha sido observada en niños, pero con características diferentes a la observada en los adultos, probablemente debido a que los niños tienen una mejor función tímica relacionada con su edad. En este contexto, cabría especular sobre la relevancia que esta inmunosenescencia prematura asociada a la transmisión vertical podría tener en los adolescentes crónicamente infectados para afrontar la senescencia cronológica. Ésta es una cuestión para la que aún hoy no tenemos respuesta. Desde una óptica psicológica y social, no podemos olvidar que, sobre el SIDA y sobre quienes lo padecen, e incluso sobre quienes tan sólo están infectados por el VIH, sigue gravitando la imagen estigmatizada que este síndrome adquirió desde su aparición, una prueba más que elocuente del dramático divorcio entre la lógica de la ciencia y la lógica social.²⁴

CAPITULO III:

Metodología

3.1 Enfoque de la Investigación

Se realizará un estudio de investigación de tipo cuantitativo, ya que se recabará información de expedientes clínicos de pacientes pediátricos perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – junio 2019.

3.2 Diseño de Investigación

Se realizará un estudio de investigación observacional.

3.3 Alcance de Investigación

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, donde se hará una determinación de las variables de estudio.

3.4 Identificación de Variables

Variables Epidemiológicas:

Genero

Procedencia

Edad Actual

Edad gestacional al nacimiento

Variables Clínicas:

Peso al nacimiento

Conocimiento materno del diagnóstico de VIH

Madre recibió terapia ARV

Carga Viral materna durante el embarazo

Vía de finalización del embarazo

Ruptura prematura de Membranas

Patologías durante el primer mes de vida

Hospitalización durante el primer mes de vida y estancia hospitalaria

Categorización del riesgo

Tratamiento antirretroviral y duración en el paciente pediátrico

Resultados de PCR y VIH

Lactancia Materna

Esquema de vacunación

Estado nutricional

Profilaxis

3.5 Población y Muestra

3.5.1 Universo

Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 a julio del 2019.

3.5.2 Área de Estudio

Servicio de Atención Integral en el HMCR en San Pedro Sula, Honduras.

3.5.3 Muestra

Se realizará un muestreo aleatorizado simple. Se utilizará la fórmula para poblaciones finitas de selección de la muestra con un error muestral del 5%.

3.6 Criterios de Selección

3.6.1 Criterios de Inclusión

-Pacientes de edad pediátrica sin rangos de edad que han sido expuestos perinatalmente al VIH, nacidos o no en el HNMCR que están en control y seguimiento en el SAI.

3.6.2 Criterios de Exclusión

-Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el SAI del Hospital Mario Catarino Rivas entre enero 2018 a julio del 2019 que sus madres se nieguen a participar en el estudio.

- Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el SAI del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 a julio del 2019 que estén perdidos en el seguimiento.

3.7 Plan de Recolección de Datos

3.7.1 Método de recolección

Se elaboro un cuestionario de 23 preguntas, accediéndose posteriormente al expediente clínico de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Servicio de atención integral del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas de enero 2018 a junio del 2019.

3.7.2 Instrumento (Ver en Anexos)

3.8 Plan de Análisis de Datos

Se realizará la tabulación de los datos primeramente en una base de datos de Microsoft Excel 2013. Se depurará en este programa la base de datos y posteriormente se procederá a ingresar los datos al programa estadístico EPIInfo versión 7.2.2.16. El análisis consistirá en obtener medidas de tendencia central (media, mediana, moda) para las variables continuas del estudio. De las variables categóricas, se obtendrá frecuencia expresada en porcentajes.

CAPITULO IV

Consideraciones Éticas

Categoría I: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna Intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

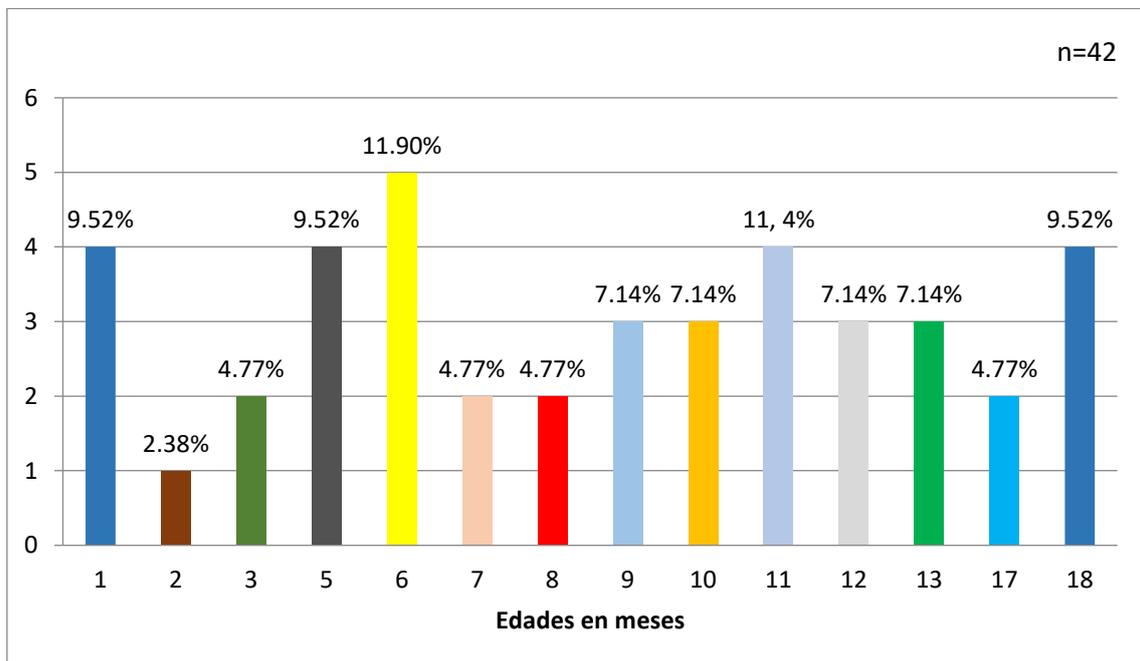
Se conto con la autorización de la coordinación de los servicios de atención integral para acceder a los expedientes.

CAPITULO V

Resultados

Se estudiaron 42 pacientes perinatalmente expuestos al VIH en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – junio 2019 cuyas edades eran variables entre días hasta los 18 meses.

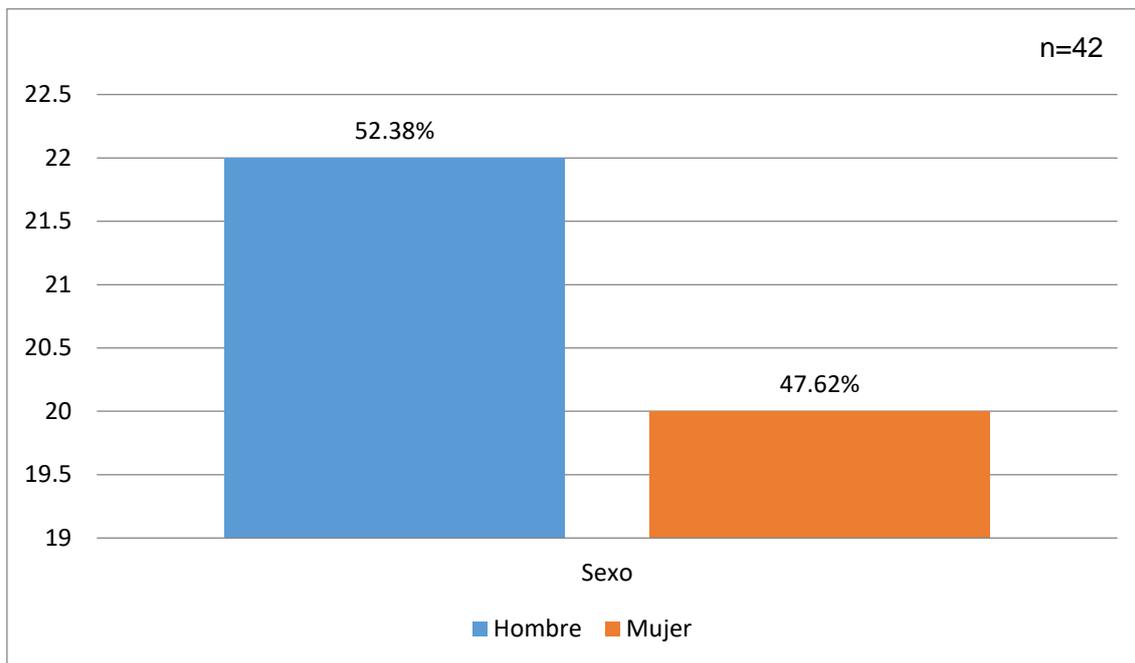
Gráfico N°1: Edad de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018– junio 2019.



Fuente: Tabla 1. Edad de los pacientes en meses.

Se captaron 11 pacientes menores de 6 meses y 31 mayores de seis meses.

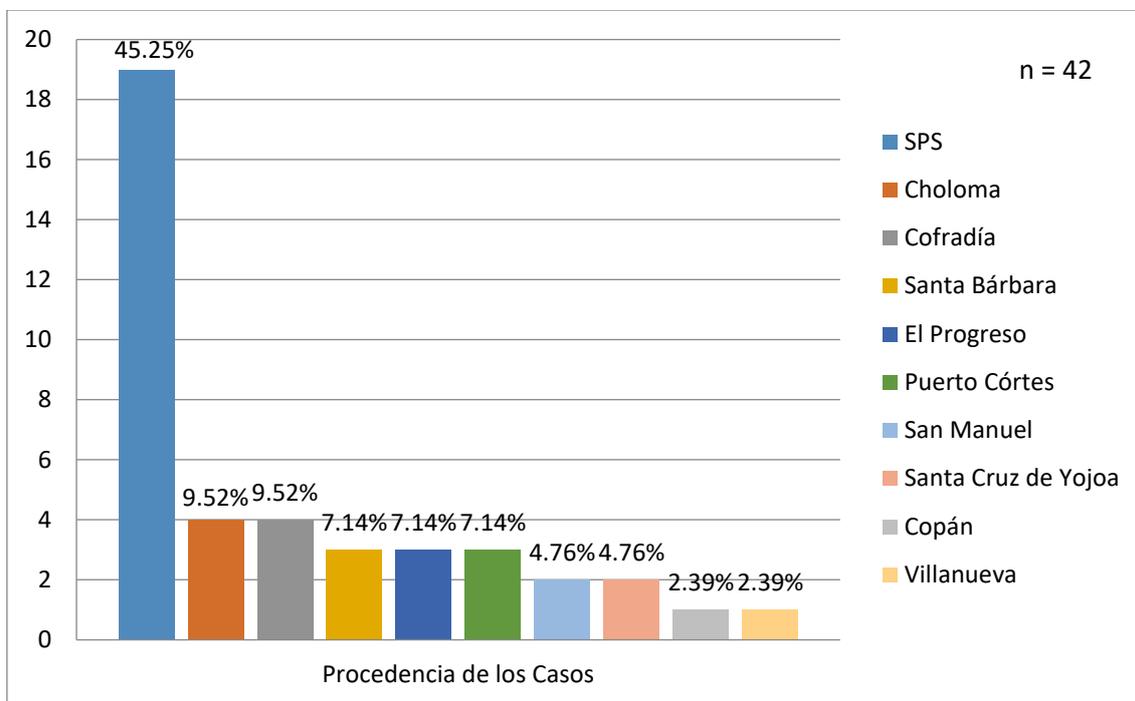
Gráfico N°2: Sexo de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.



Fuente: Tabla 2. Sexo.

De los 42 pacientes documentados en 18 meses un 52.4% fueron hombres solo un 47.6% mujeres.

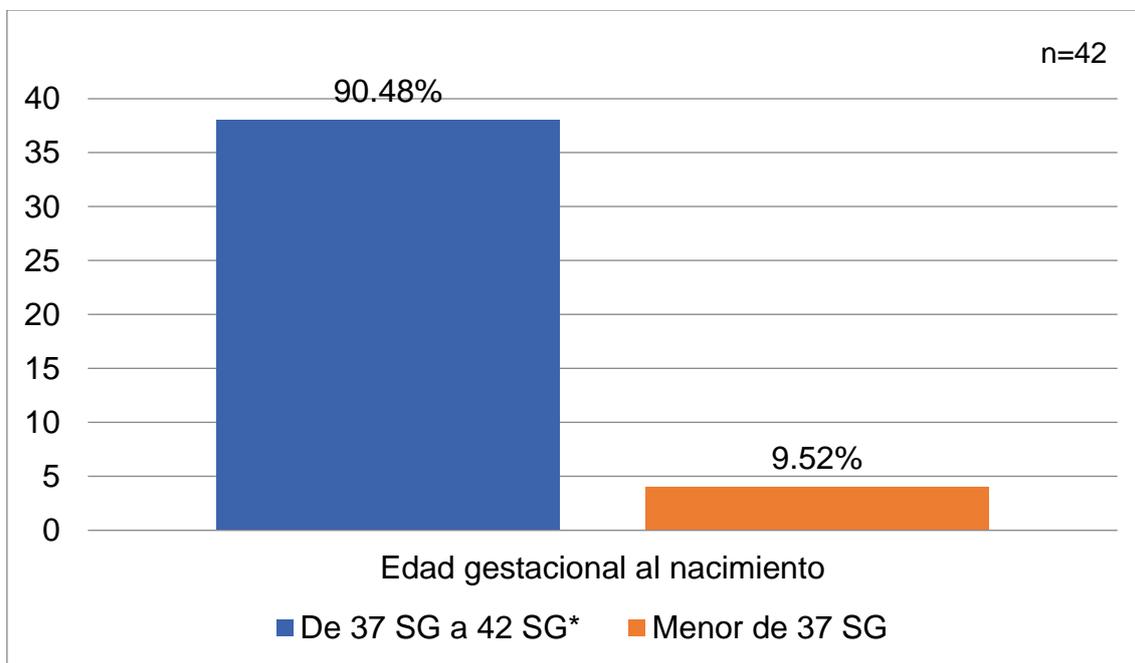
Gráfico N° 3. Procedencia de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018– junio 2019.



Fuente: Tabla 3. Procedencia.

La procedencia de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH se encontró que 45% residen en San Pedro Sula, el resto en diferentes municipios aledaños, solo un 14% proceden del Progreso, un 7% de Santa Barbara y un 2.38% de Copan.

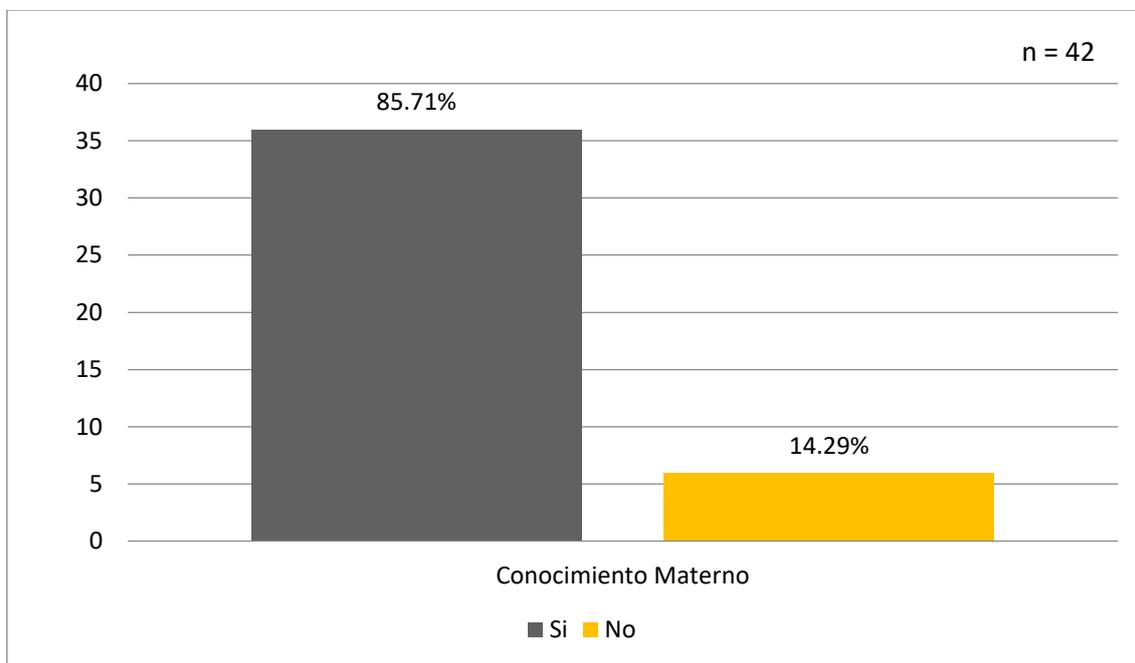
Gráfico N° 4. Edad Gestacional al Nacimiento de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.



Fuente: Tabla 4. Edad Gestacional al Nacimiento. *SG: Semanas de Gestación.

El 90% de los 42 pacientes perinatalmente expuestos al VIH tuvieron una edad gestacional entre las 37 SG y 42, solo 9,52% eran prematuros y no se registró ningún paciente postérmino.

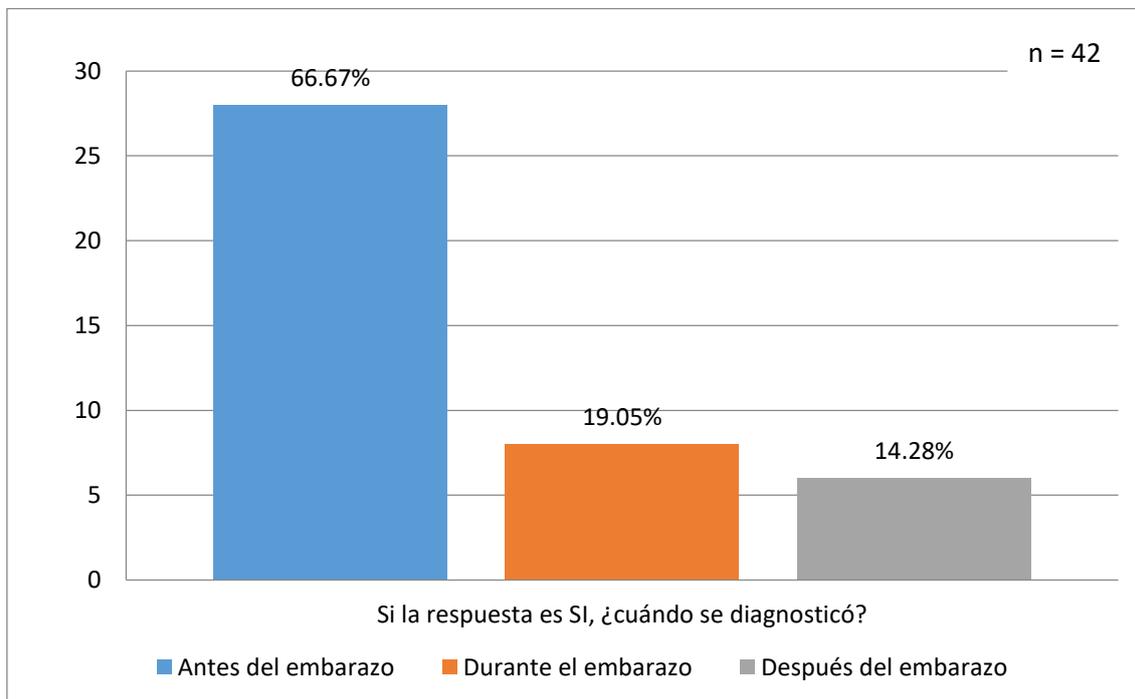
Gráfico N° 5. Conocimiento Materno del diagnóstico de VIH de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.



Fuente: Tabla 5. Conocimiento Materno del diagnóstico de VIH.

De las 42 madres estudiadas un 85% conocía el diagnóstico de ser VIH positivo previo al parto, solo un 15% se diagnosticó posterior al mismo.

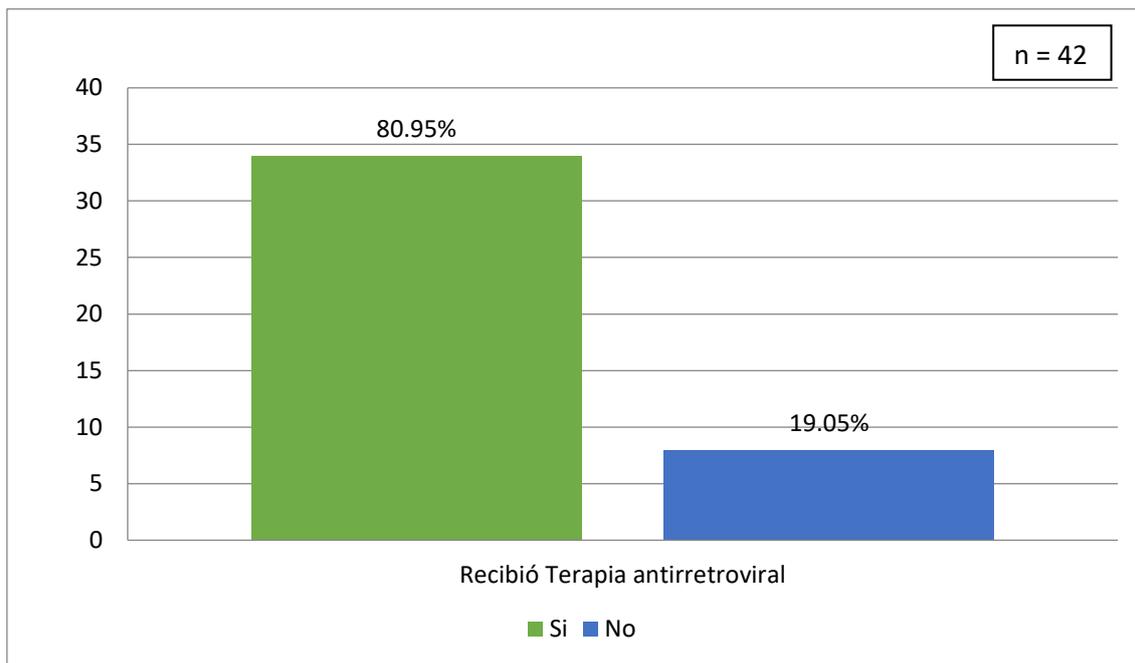
Gráfico N° 6. ¿Cuándo se realizó el diagnóstico de VIH en la madre de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019?



Fuente: Tabla 6. ¿Cuándo se realizó el diagnóstico de VIH?

De las 42 madres 66% se diagnosticó antes del embarazo, 19% durante el embarazo y un 14% en su puerperio.

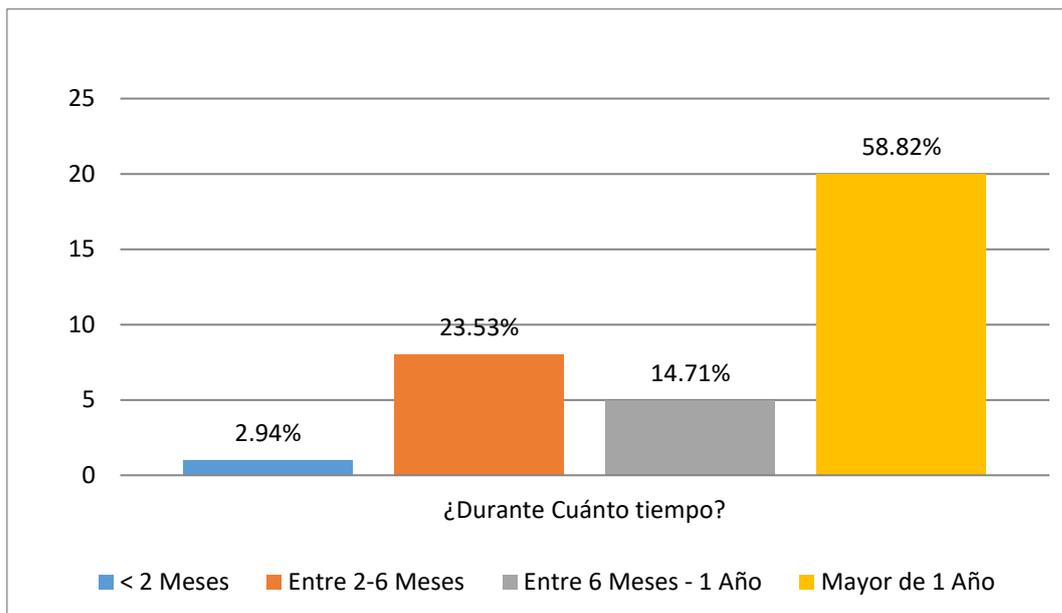
Gráfico N° 7. ¿Madre de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH que recibieron terapia antirretroviral?



Fuente: Tabla 7. ¿Madre recibió terapia antirretroviral?

Un 80.95% de las 42 madres recibieron terapia antirretroviral, 8 de ellas no tomaron ningún ARV, dos por la poca adherencia al tratamiento de las madres y 6 diagnosticadas en el puerperio.

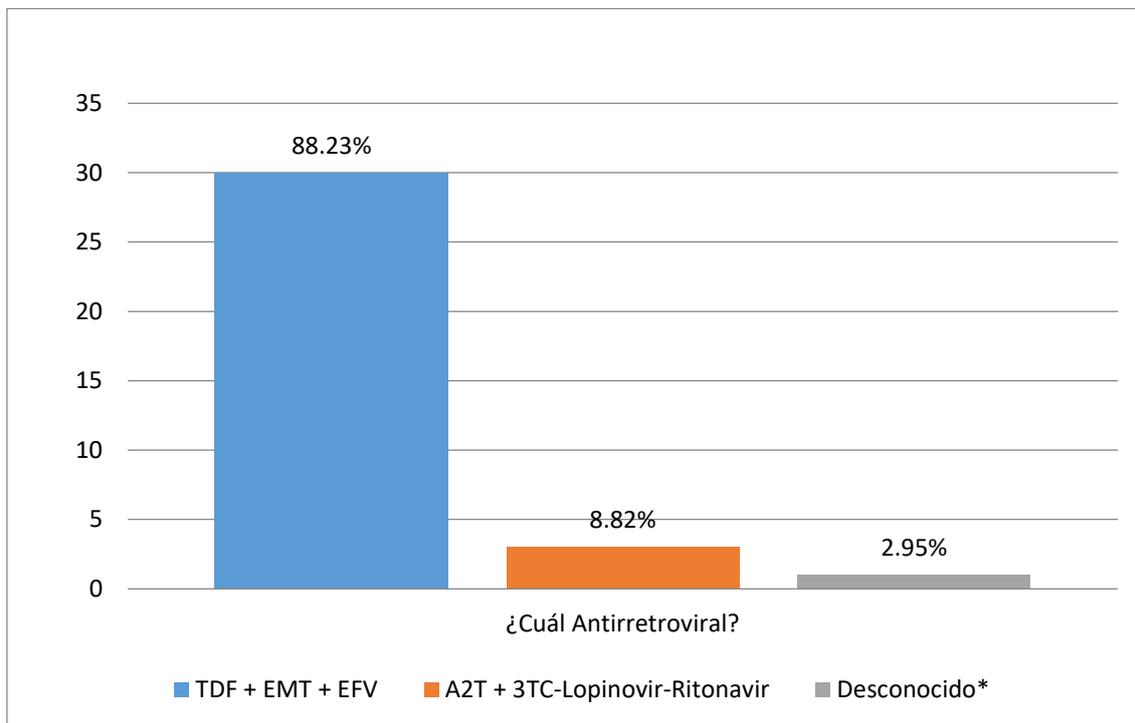
Gráfico N° 8. Tiempo en que madres de los pacientes expuesto al VIH en recibieron Terapia Antirretroviral.



*Pacientes que no recibieron ARV debido a que fueron diagnosticadas en el puerperio (6 pacientes) o sabiendo el diagnóstico no tomaron ARV (2 pacientes). Fuente: Tabla 8. Tien n = 42 que madres recibieron Terapia Antirretroviral.

Un 47.6% recibió terapia Antirretroviral mayor de un año, 33% menos de un año y un 19% no recibieron ARV.

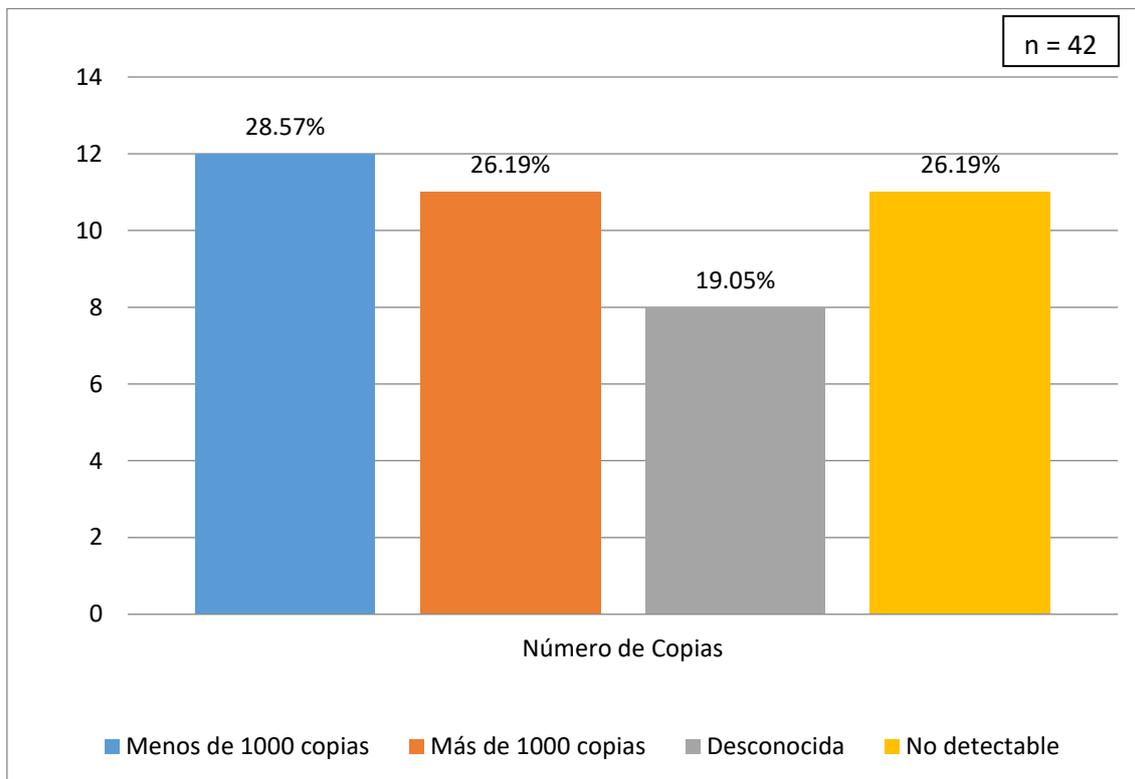
Gráfico N° 9. Tipo de Esquema de Antirretrovirales utilizado en las madres de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.



Fuente: Tabla 9. Tipo de Esquema de Antirretrovirales utilizado.

En su mayoría las madres de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH fueron manejadas con Atripla (efavirenz, emtricitabina y tenofovir) en un 88%.

Gráfico N° 10. Carga viral materna durante el embarazo de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

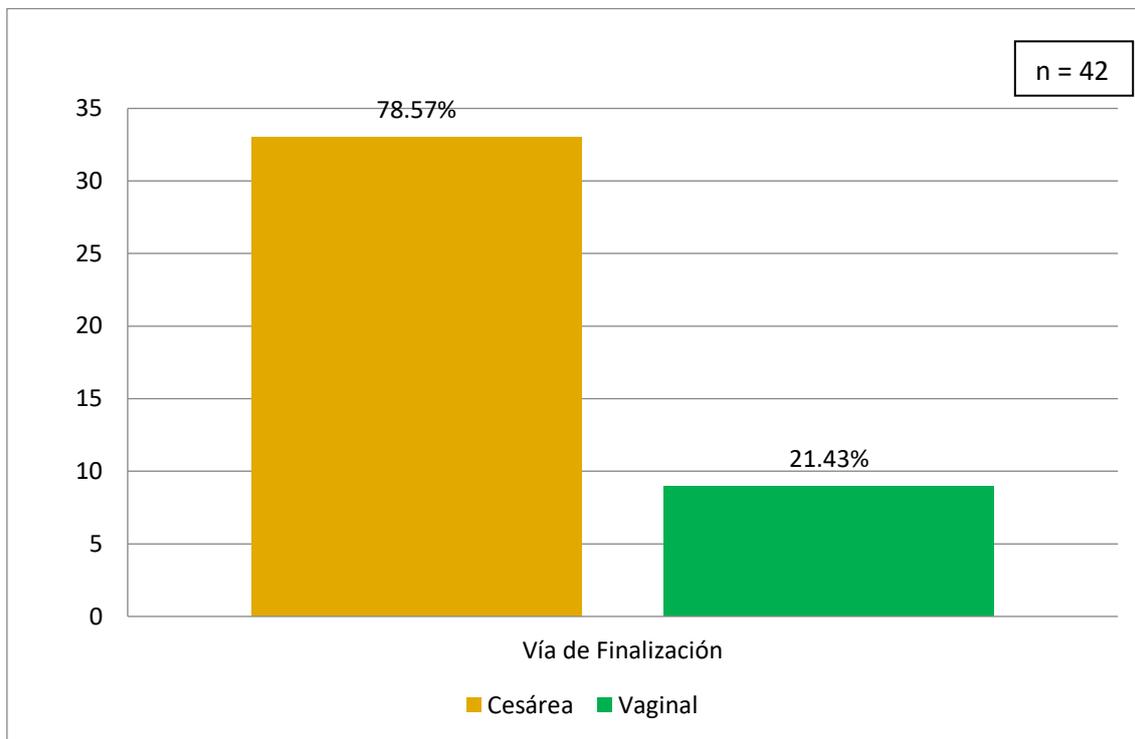


Fuente: Tabla 10. Carga viral materna durante el embarazo.

En cuanto a la carga viral materna un 26% tuvo una carga viral no detectable, un 16% tuvieron más de 1000 copias, en 15 madres no estaba consignado o se desconocía la carga viral ya sea por mala adherencia al tratamiento o porque se diagnosticaron en el puerperio.

n = 42

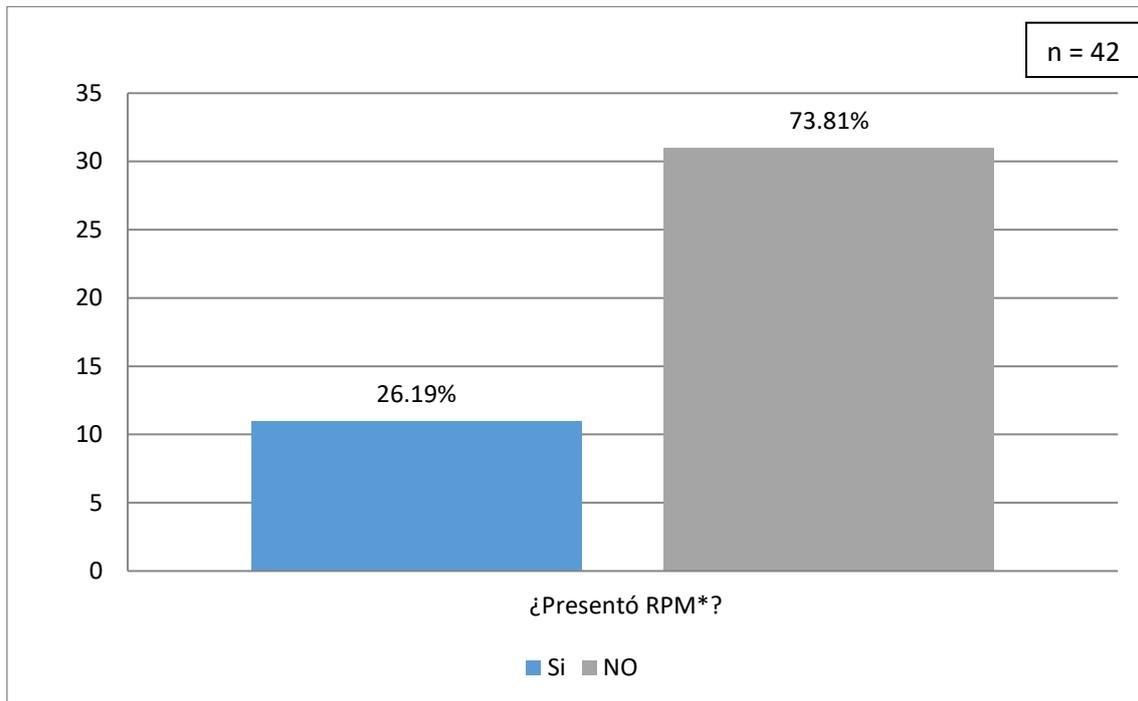
Gráfico N° 11. Vía de Finalización del Embarazo de las madres de los pacientes perinatalmente expuesto al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.



Fuente: Tabla 11. Vía de Finalización del Embarazo.

La vía de finalización del embarazo en 78% fue por cesárea lo que es recomendable, un 21% tuvieron vía vaginal, porque desconocían el diagnóstico o tiene mala adherencia al tratamiento.

Gráfico N° 12. Casos en los que la madre de los pacientes de perinatalmente expuestos al VIH presento Ruptura Prematura de Membranas atendidos en el Hospital Mario Nacional Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

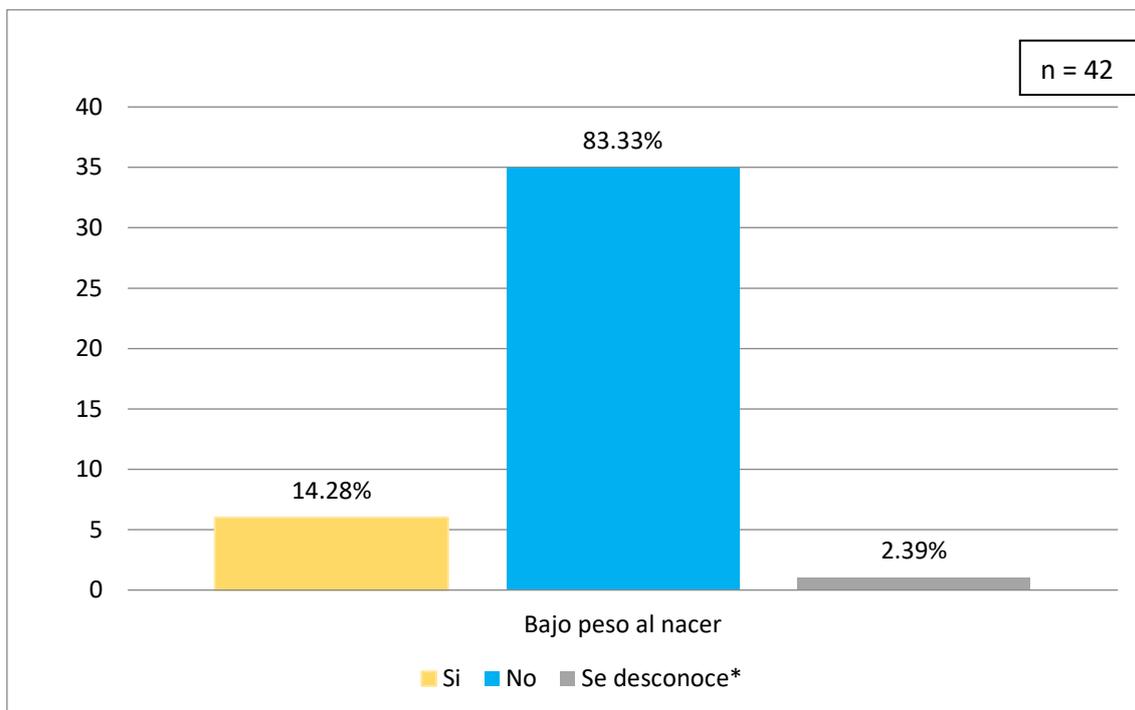


*RPM: Ruptura Prematura de Membranas Fuente: Tabla 12. Casos que presentaron Ruptura Prematura de Membranas.

Un 73% no presento ruptura prematura de membranas por lo que el riesgo de exposición en estos pacientes disminuye, un 26% si hubo ruptura los cuales son manejados como alto riesgo.

DATOS PEDIATRICOS

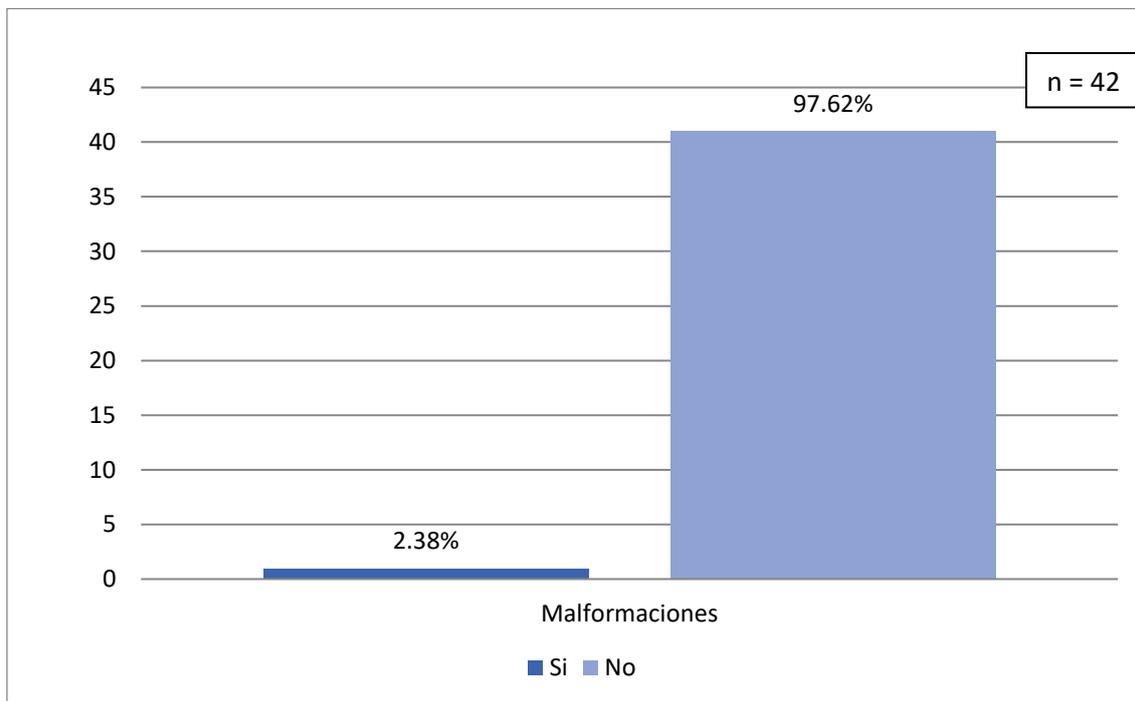
Grafica 13. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH clasificados como Bajo peso al momento del Nacimiento atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



*Recién Nacido extrahospitalario se desconocen medidas antropométricas al momento del nacimiento Fuente: Tabla 13. Clasificados como Bajo peso al momento del Nacimiento.

Un 14% de los pacientes tuvieron bajo peso a su nacimiento, 35 de ellos con un adecuado peso.

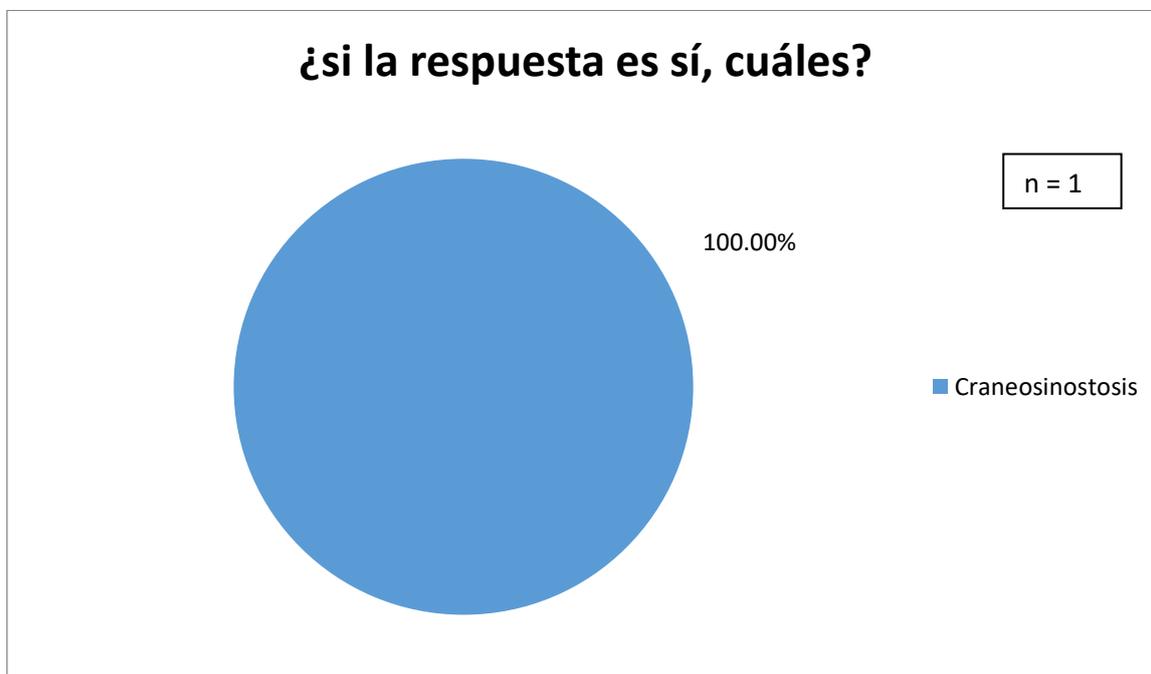
Gráfico N° 14. Malformaciones al momento del Nacimiento de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 14. Malformaciones al momento del Nacimiento.

Un paciente de los 42 pacientes estudiados tuvo malformaciones congénitas.

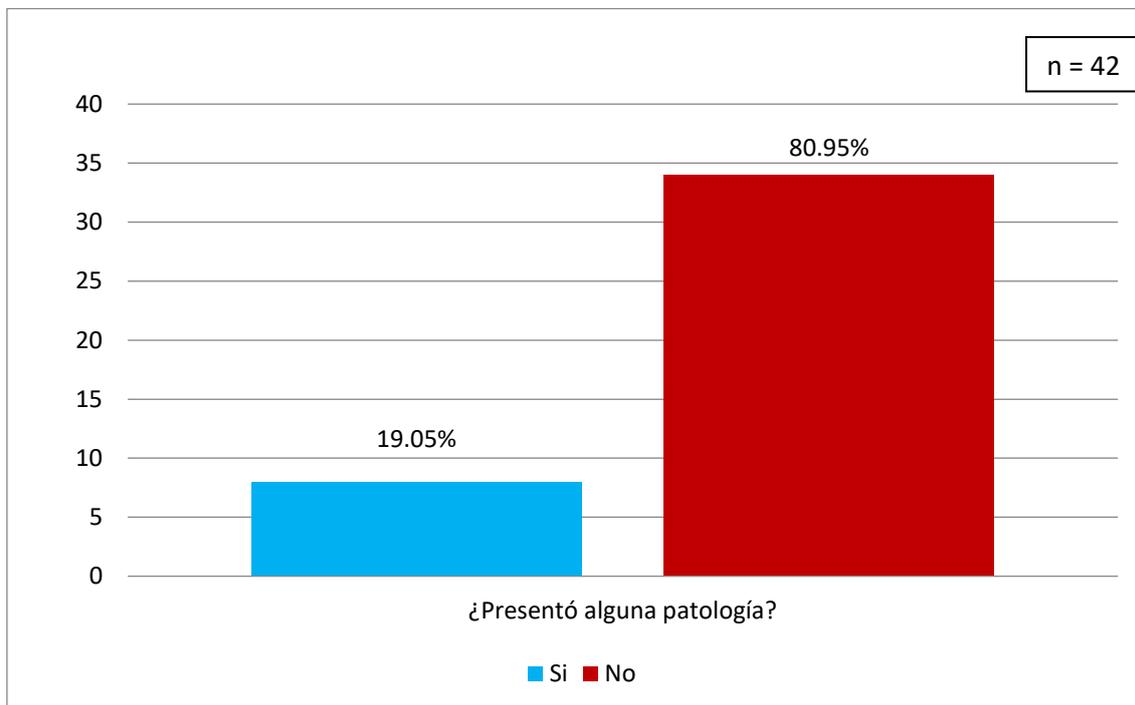
Gráfico N° 15. Tipo de Malformación Congénita de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Nacional Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 15. Tipo de Malformación Congénita

El único paciente perinatalmente expuesto al VIH que presentó malformación congénita fue Craneosinostosis.

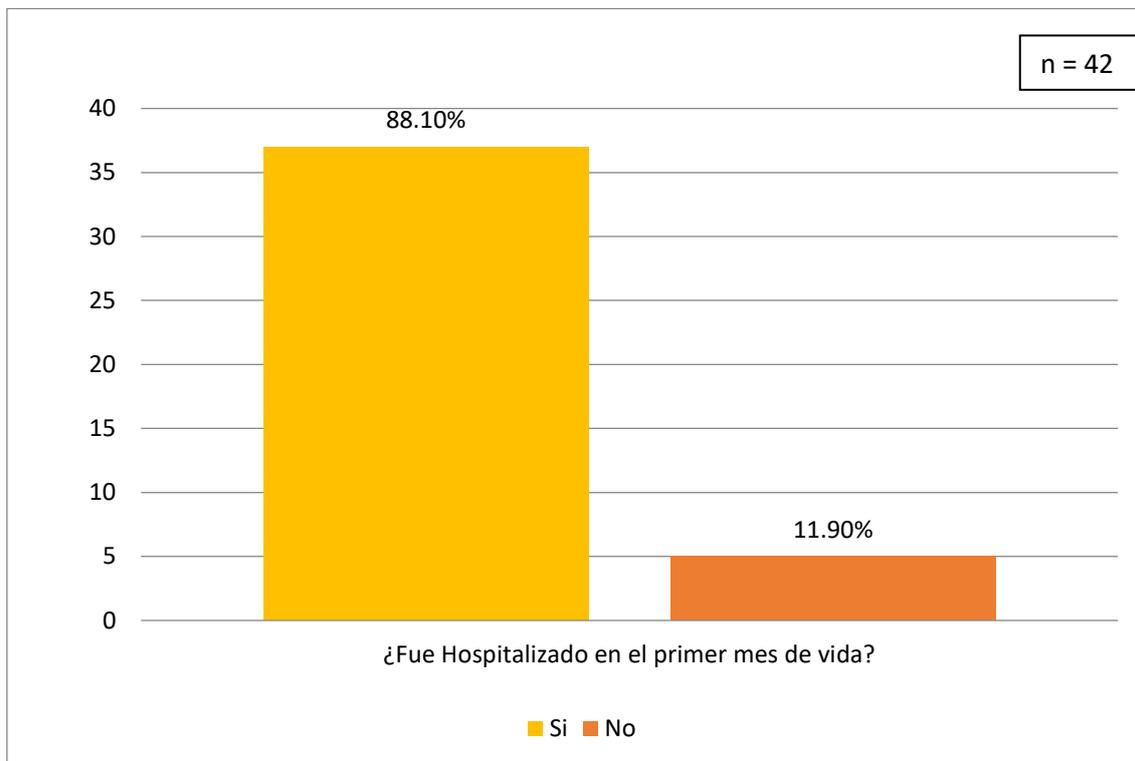
Gráfico N° 16. Patología presentada durante el primer mes de vida de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019



Fuente: Tabla 16. Patología presentada durante el primer mes de vida

Un 80% de los pacientes no presentó ninguna patología el primer mes de vida.

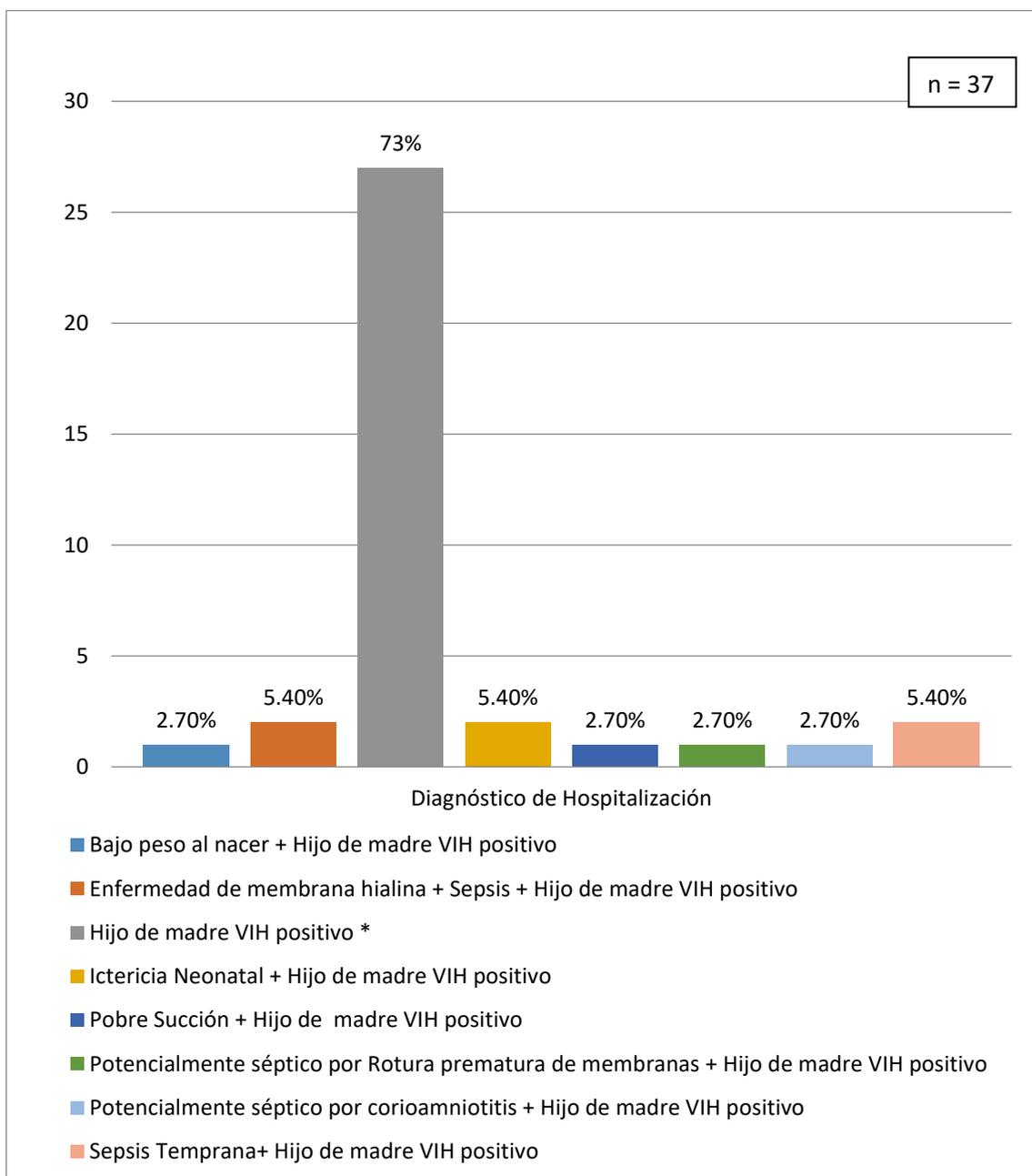
Gráfico N° 17. Hospitalización durante el primer mes de vida de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Nacional Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 17. Hospitalización durante el primer mes de vida.

Un 88% de los pacientes fueron hospitalizados en su mayoría por ser hijos de madres VIH positivo. Un 11 % no se hospitalizo porque se diagnosticaron en el puerperio o nacieron en casa.

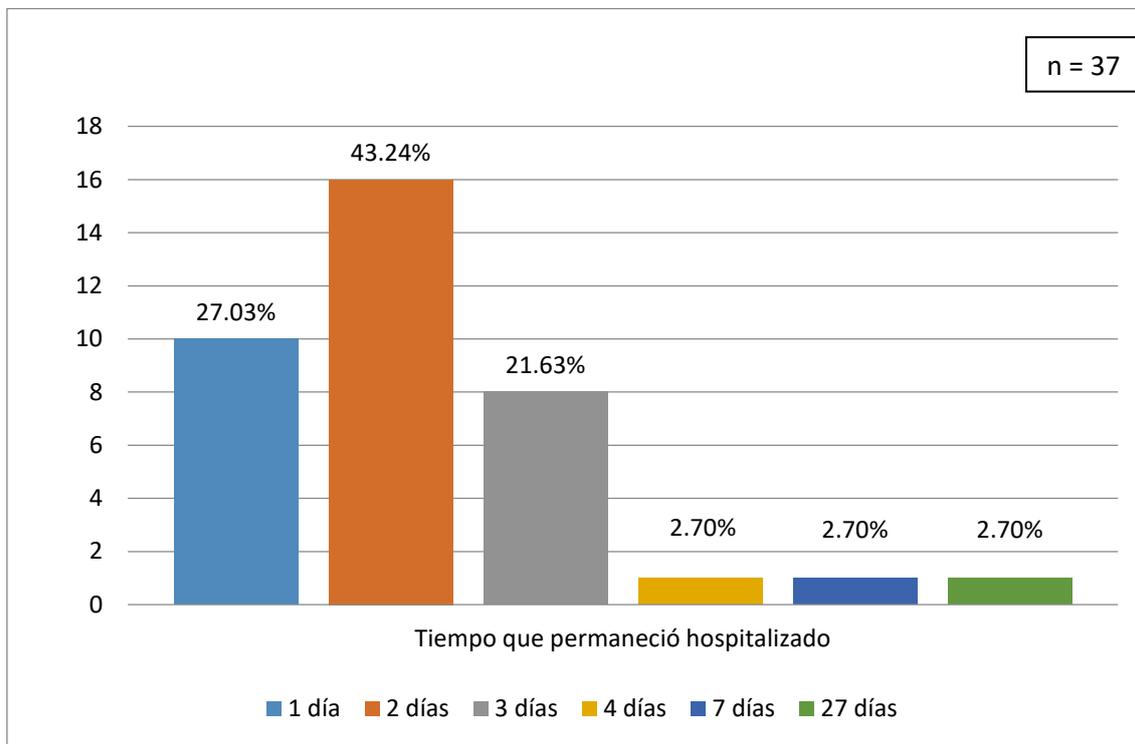
Gráfico N° 18. Diagnósticos de Hospitalización de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



*Clasificados todos los pacientes que presentaron Hijo de madre VIH positivo como único diagnóstico. Fuente: Tabla 18. Diagnósticos de Hospitalización

El 73% fue hospitalizados por ser hijos de madre VIH positivo sin tener otras patologías.

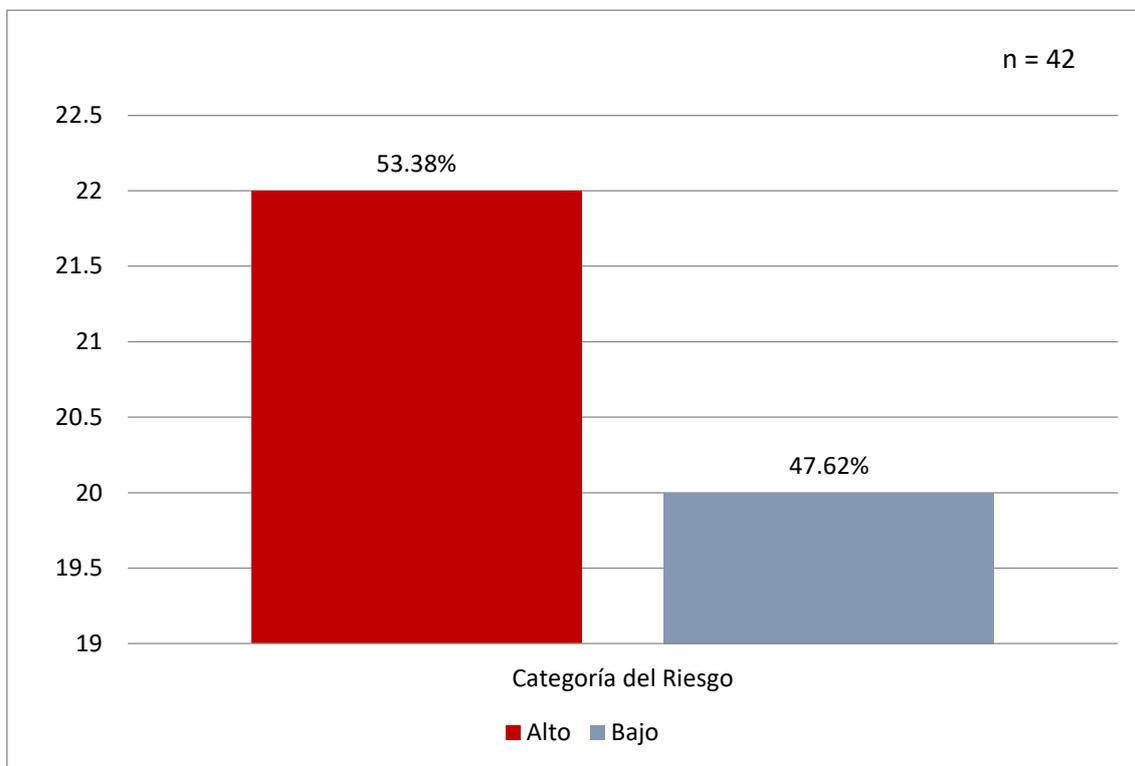
Gráfico N° 19. Tiempo en que permanecieron hospitalizados los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 19. Tiempo en que permaneció hospitalizado.

Un 43% permanecieron hospitalizados durante 2 días, un 27% un día, la más larga estancia fue de 27 días por las comorbilidades que presento el neonato.

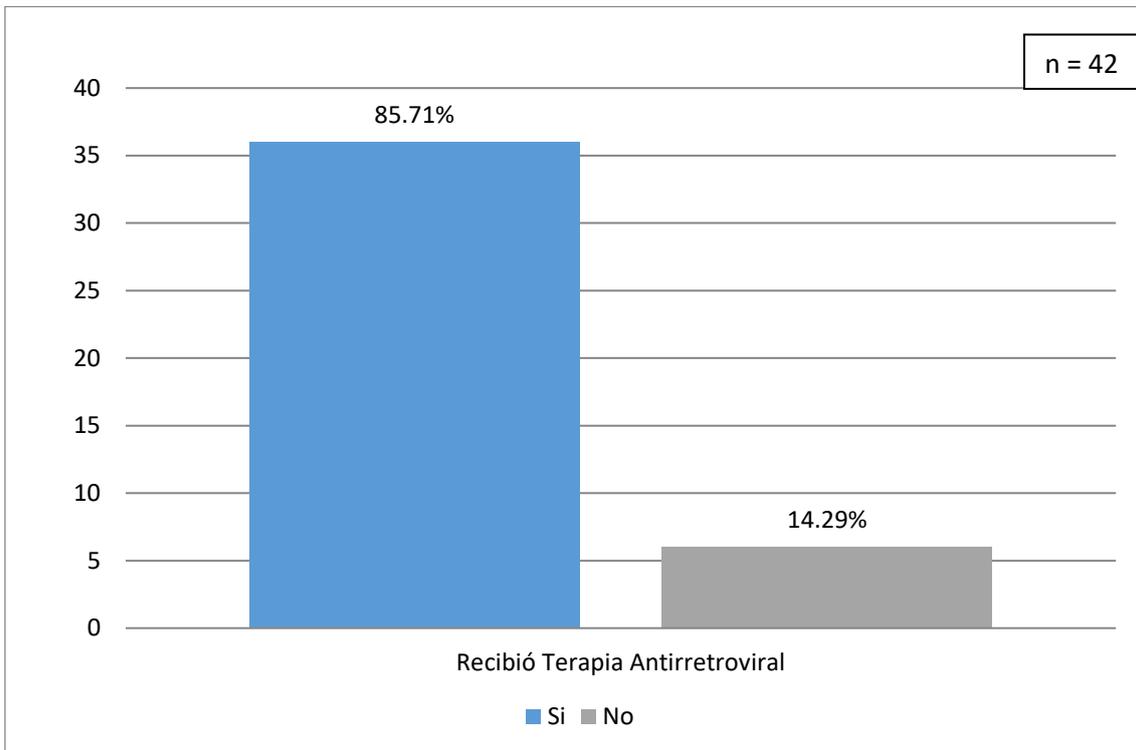
Gráfico N° 20. Categoría del Riesgo por infección por VIH de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 20. Categoría del Riesgo por infección por VIH.

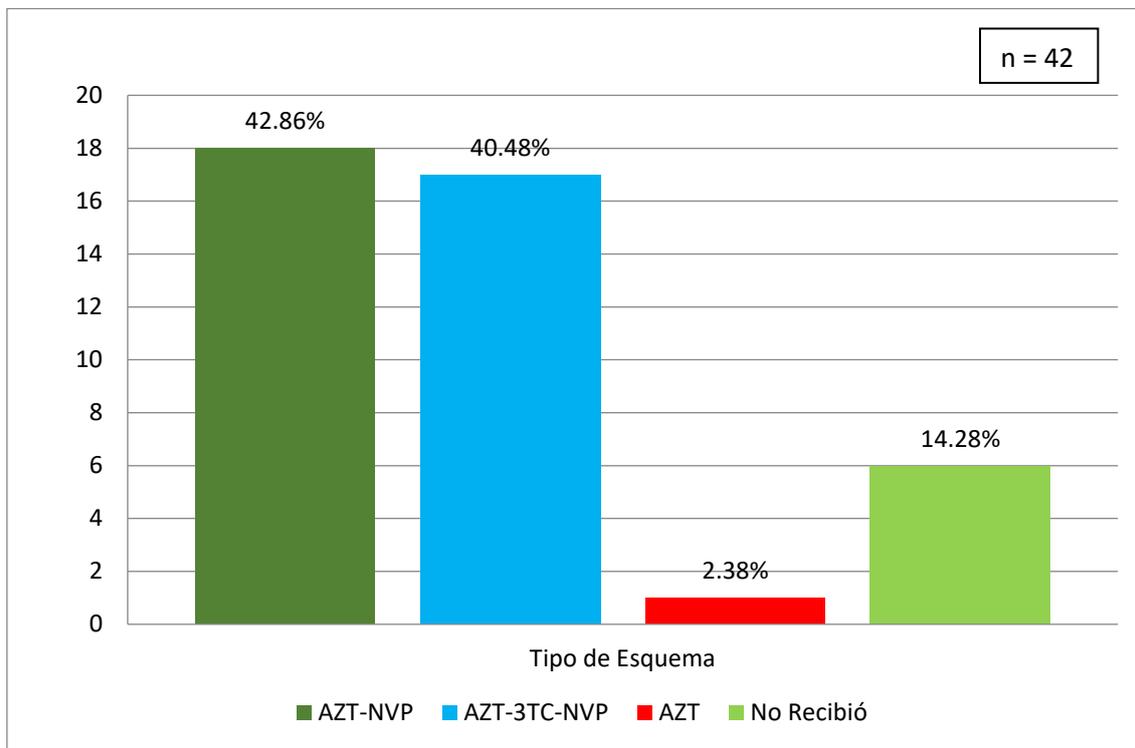
De los 42 pacientes perinatalmente expuestos 52.38% fueron clasificados como pacientes de alto riesgo y solo un 47.62% bajo riesgo.

Gráfico N° 21. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019 que recibieron terapia antirretroviral.



La mayoría de los pacientes prenatalmente expuesto al VIH recibió terapia ARV, solo 14% no recibió ya sea porque nacieron en casa y se captaron tardíamente.

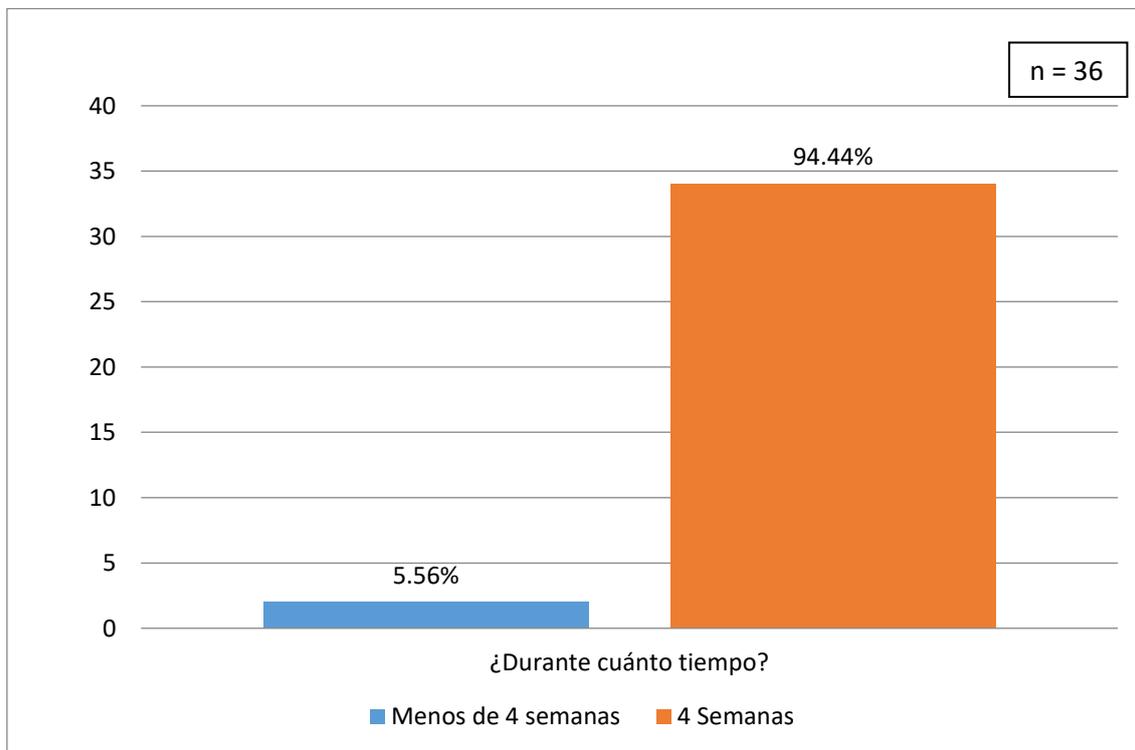
Gráfico N° 22. Esquema de antirretrovirales utilizados en la terapia de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 22. Esquema de antirretrovirales utilizados en terapia de Pacientes.

Un 42% recibió tratamiento con AZT-NVP, un 40% triple ARV, un 14% no recibió ningún tratamiento.

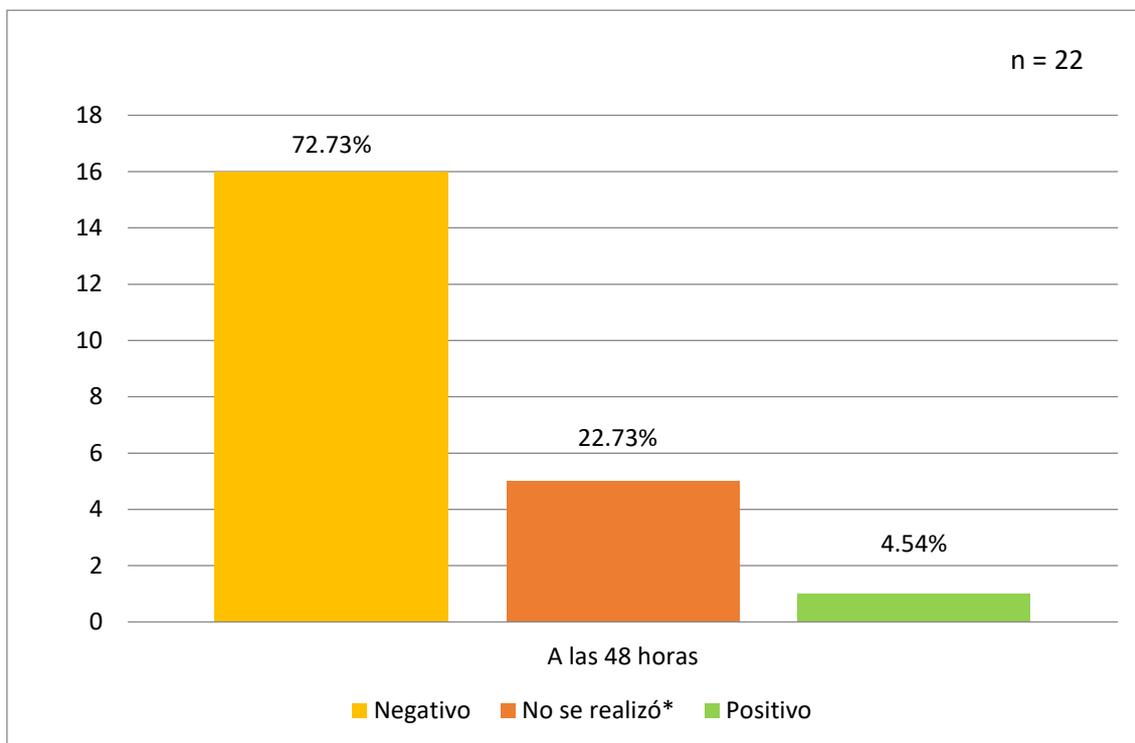
Gráfico N° 23. Tiempo de duración de esquema de Terapia antirretroviral de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 23. Tiempo de duración de esquema de Terapia antirretroviral.

En el 94% el esquema de duración de los ARV fue de 4 semanas, el 5 % que tienen menos de 4 semanas es porque los pacientes al momento de la recolección de datos aún estaban tomando la terapia ARV.

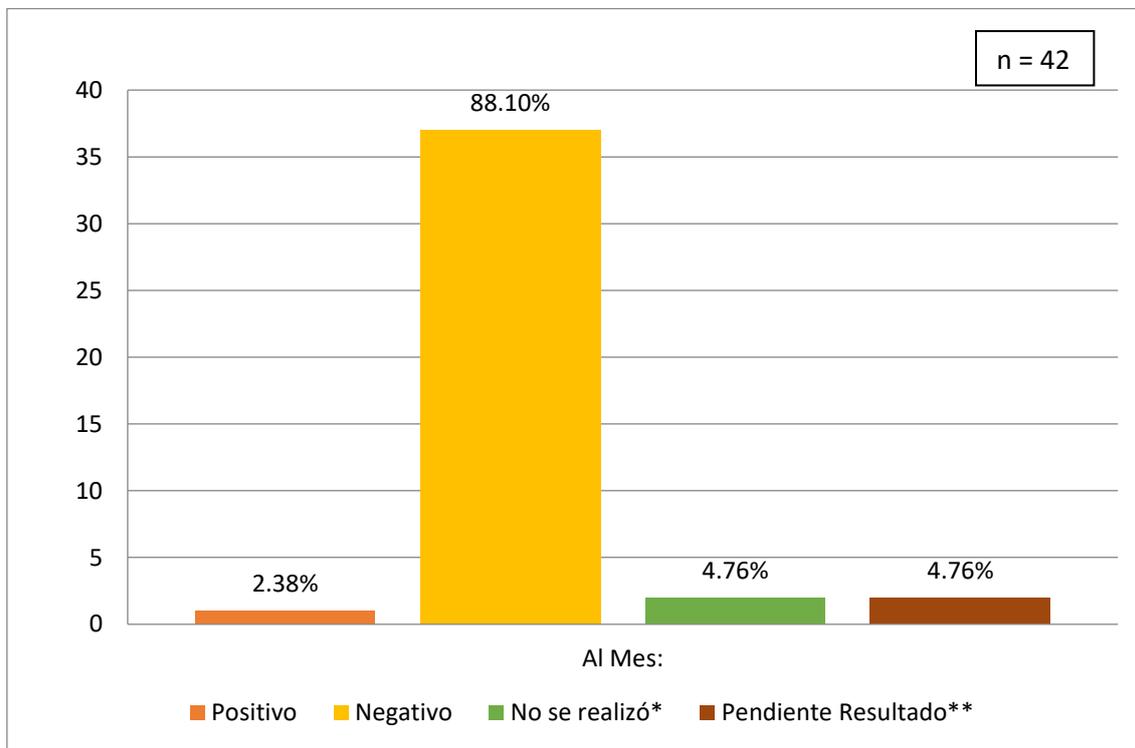
Gráfico N° 24. Resultado de PCR de Recién Nacido a las 48 horas perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 24. Resultado de PCR de Recién Nacido a las 48 horas.

De los 22 pacientes categorizados como alto riesgo a los cuales se les solicitó PCR a las 48 horas, 72% fueron negativos, solo un paciente fue positivo y en un 22.7% no se realizó.

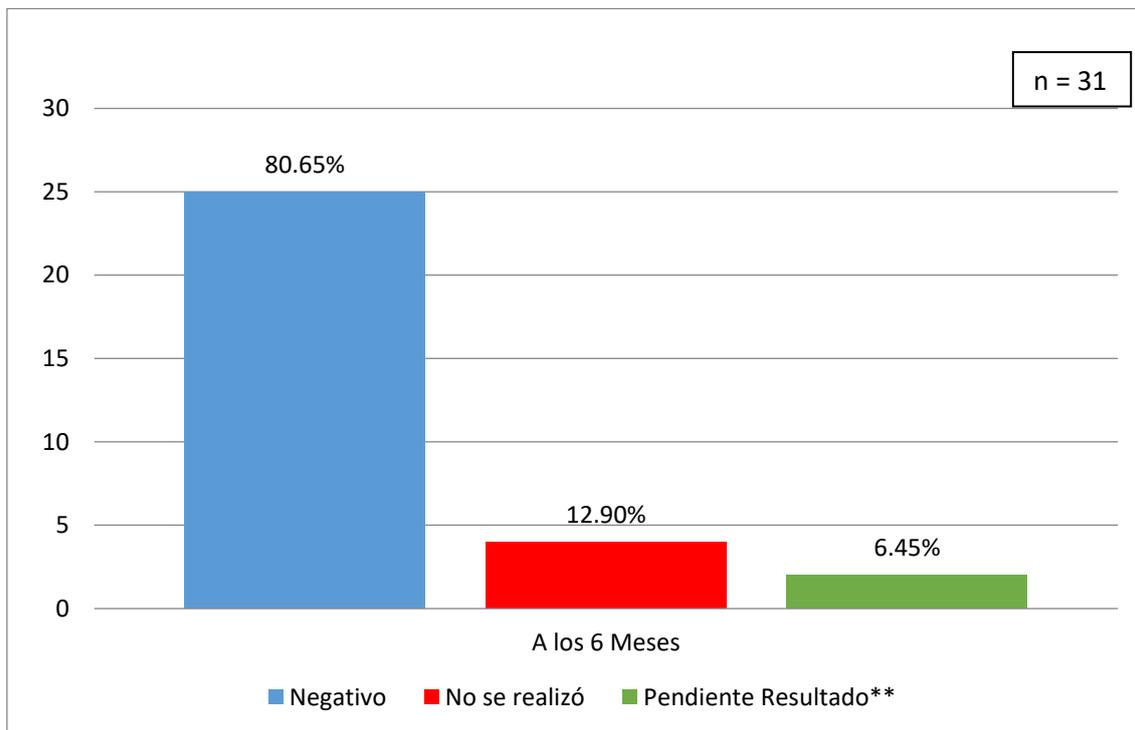
Gráfico N° 25. Resultado de PCR del Paciente al Mes de Edad perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 25. Resultado de PCR de Paciente al Mes de Edad.

El 88% de los resultados de PCR al mes de vida fue negativo, se captó un niño con PCR positivo el cual aún está pendiente su segundo PCR para confirmar el Diagnóstico.

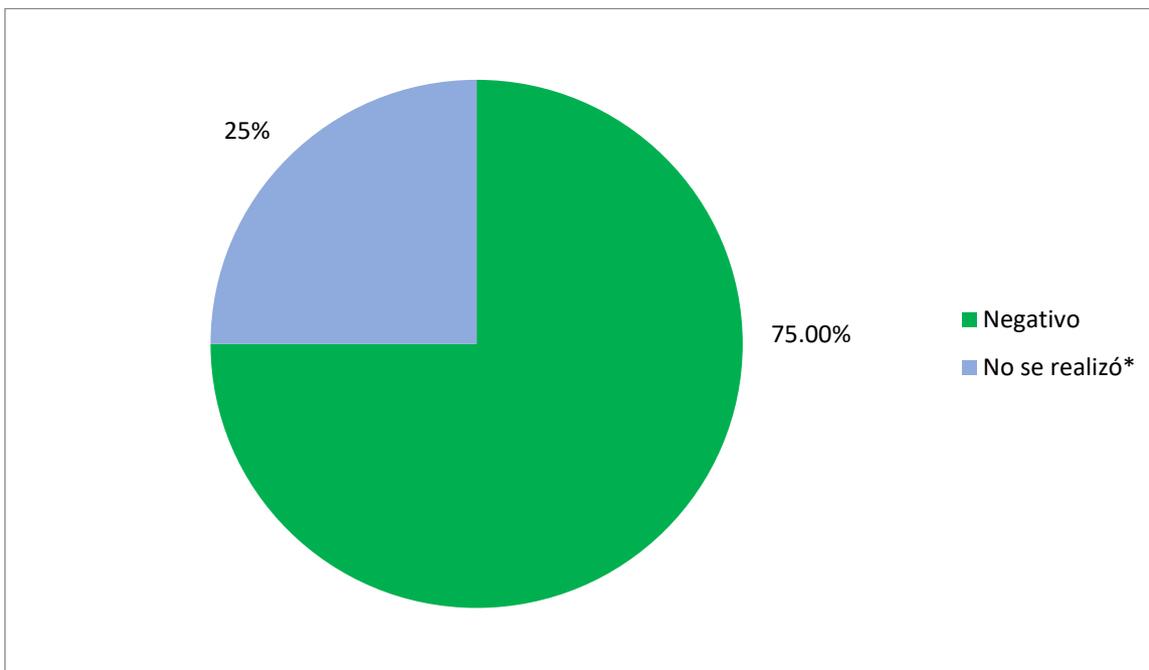
Gráfico N° 26. Resultado de PCR de Paciente a los 6 Meses de Edad perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 26. Resultado de PCR de Paciente a los 6 Meses de Edad.

De los 31 pacientes que son mayores de 6 meses, en un 80.65% tuvieron PCR negativo, en un 12.9% no se realizó porque los pacientes están perdidos en seguimiento.

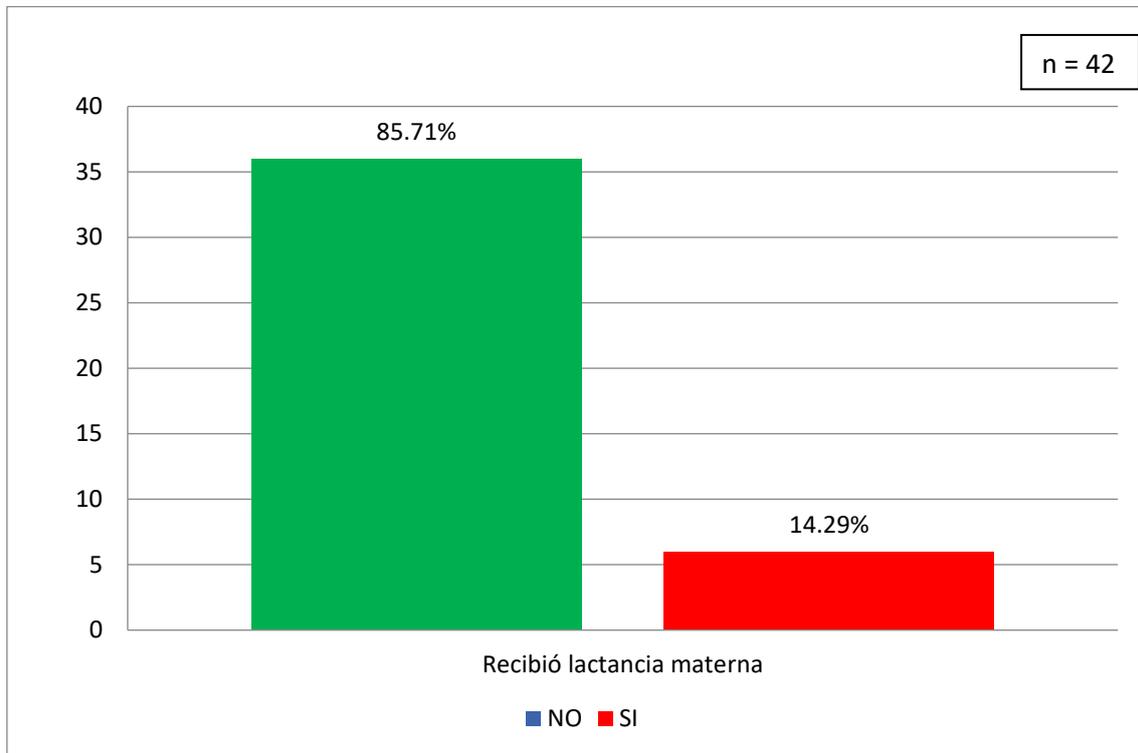
Gráfico N° 27. Resultado de VIH de Paciente a los 18 Meses de Edad perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



*Paciente perdido en el seguimiento. Fuente: Tabla 27. Resultado de VIH de Paciente a los 18 Meses de Edad.

Se obtuvo 4 pacientes de 18 meses de los cuales 3 tiene VIH negativo, uno de ellos está perdido en seguimiento.

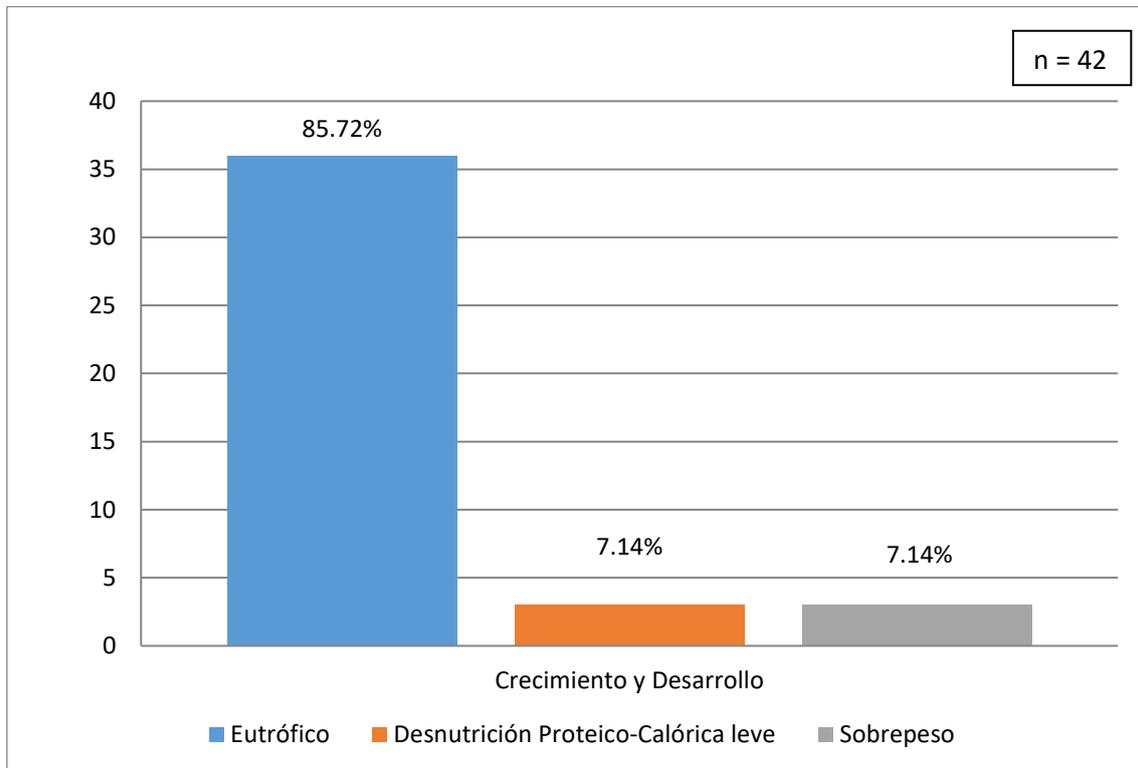
Gráfico N° 28. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019 que recibieron lactancia materna.



Fuente: Tabla 28. Pacientes que recibieron lactancia materna.

Un 85.7% no recibió lactancia materna de los 42 pacientes, el 14% que si recibió se debe a que el diagnostico materno se conoció tardíamente, o las madres tienen poca adherencia al tratamiento.

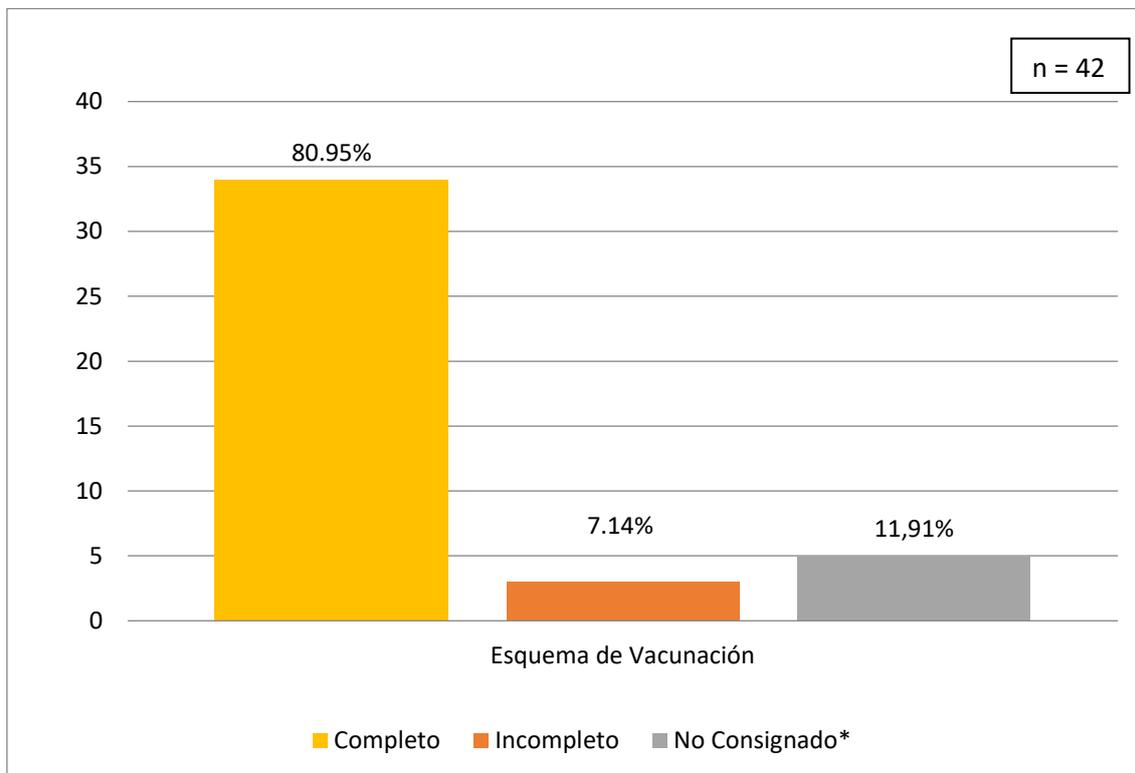
Gráfico N° 29. Estado Nutricional en base a Crecimiento y desarrollo de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 29. Estado Nutricional en base a Crecimiento y desarrollo.

La mayoría de los pacientes tiene un adecuado estado nutricional en un 85%, solo 3 pacientes tuvieron grado leve de desnutrición.

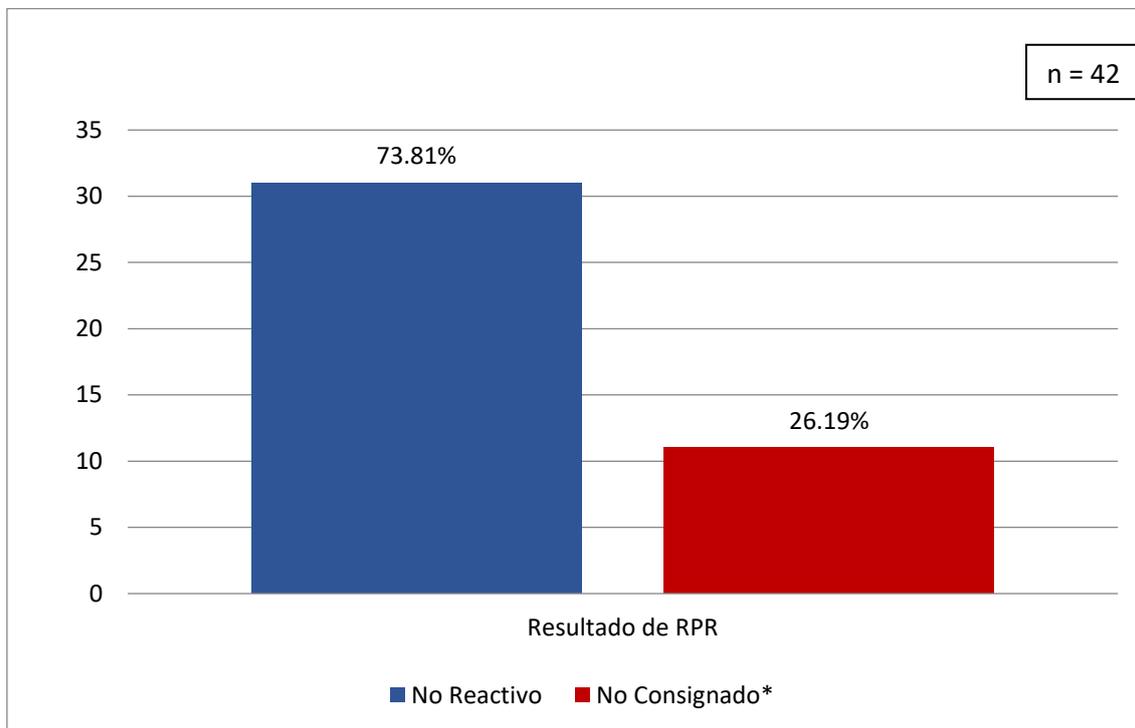
Gráfico N° 30. Esquema de Vacunación de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



*Paciente no contaba con dato en expediente clínico y madre no contaba con carnet de vacunas para corroborar dato Fuente: Tabla 30. Esquema de Vacunación para la Edad.

El 80% tiene un esquema de vacunación completo para la edad.

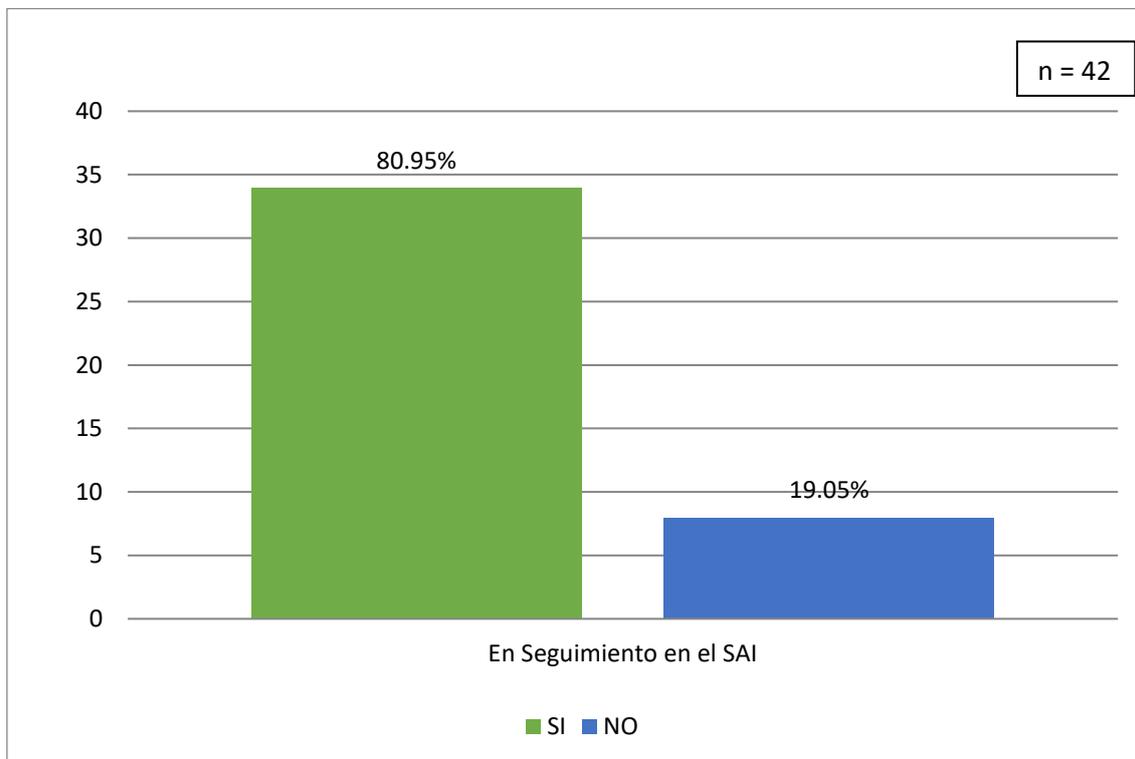
Gráfico N° 31. Resultado de RPR de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



*Resultado no se encuentre en el expediente clínico. Fuente: Tabla 31. Resultado de RPR.

En el 73% de los pacientes el RPR era no reactivo, en un 26% de los expedientes no estaban solicitados o consignados.

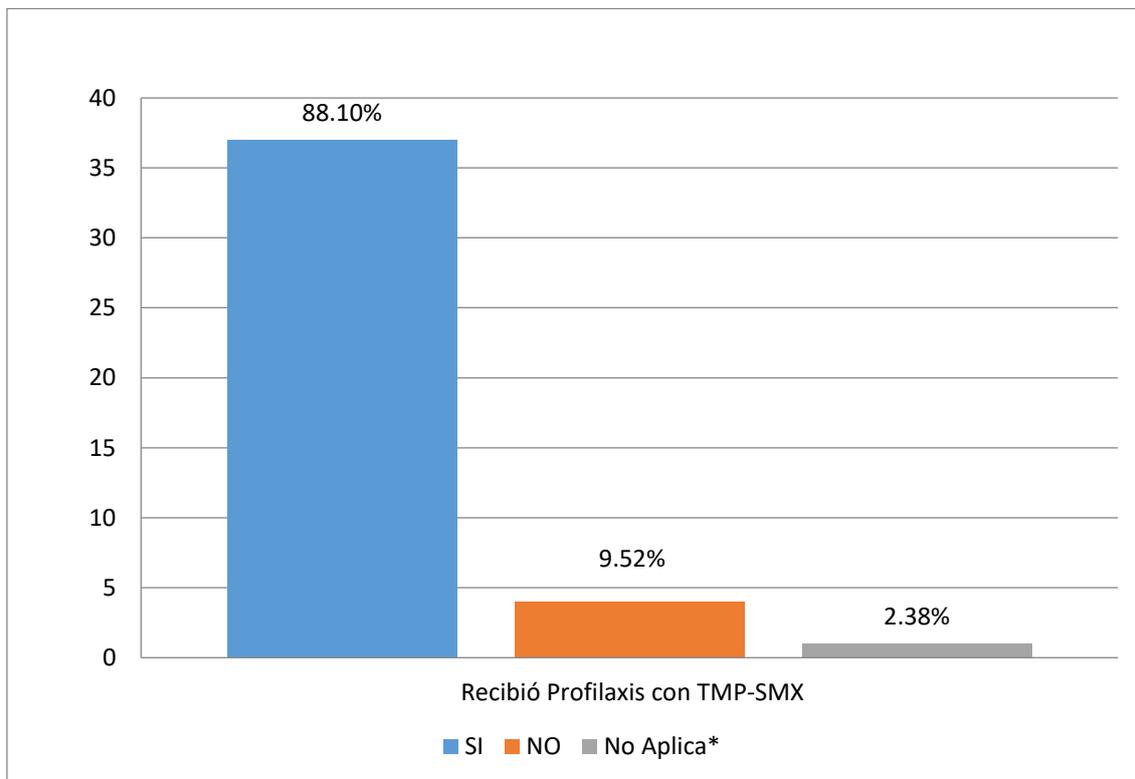
Gráfico N° 32. Paciente perinatalmente expuesto al VIH en Seguimiento en el Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 32. Paciente en Seguimiento en el Servicio de Atención Integral (SAI)

De los pacientes perinatalmente expuestos al VIH 19% están perdidos en seguimiento.

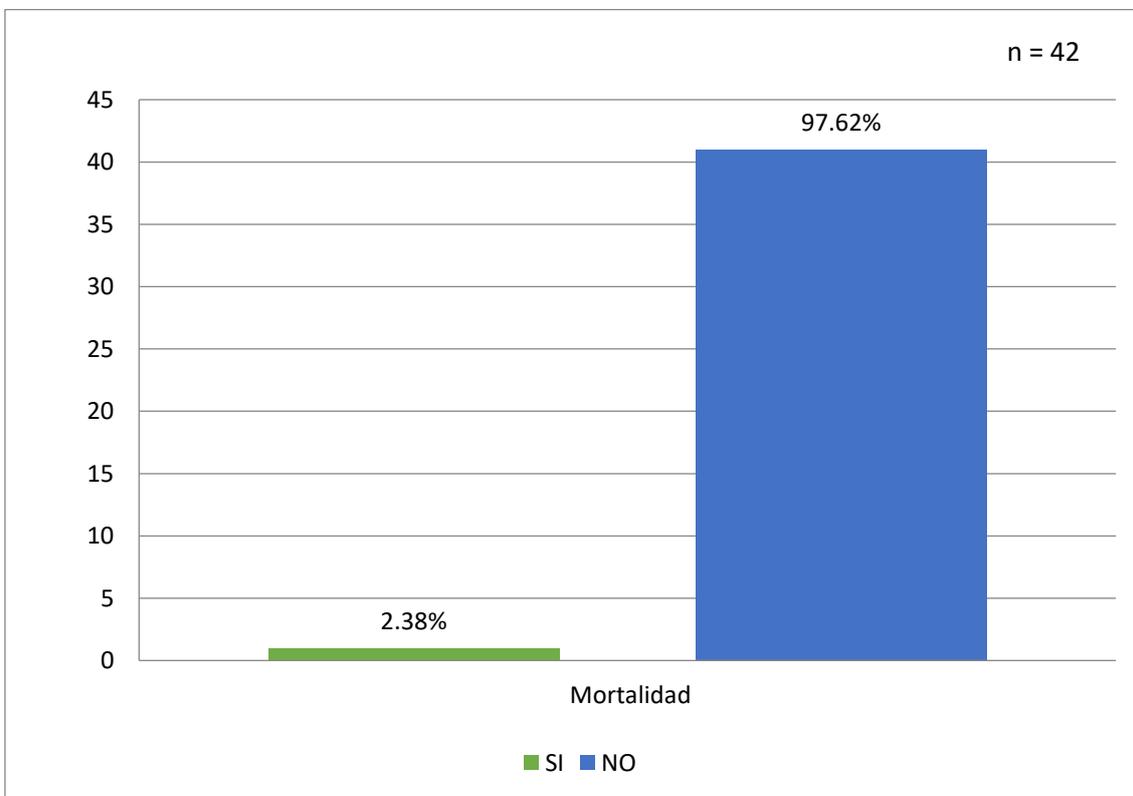
Gráfico N° 33. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH que recibieron Profilaxis con Trimetropin-Sulfametoxazol (TMP-SMX) en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 33. Paciente con Profilaxis de Trimetropin-Sulfametoxazol (TMP-SMX)

Pacientes recibieron profilaxis con trimetropin sulfametoxazol en un 88% de los 42.

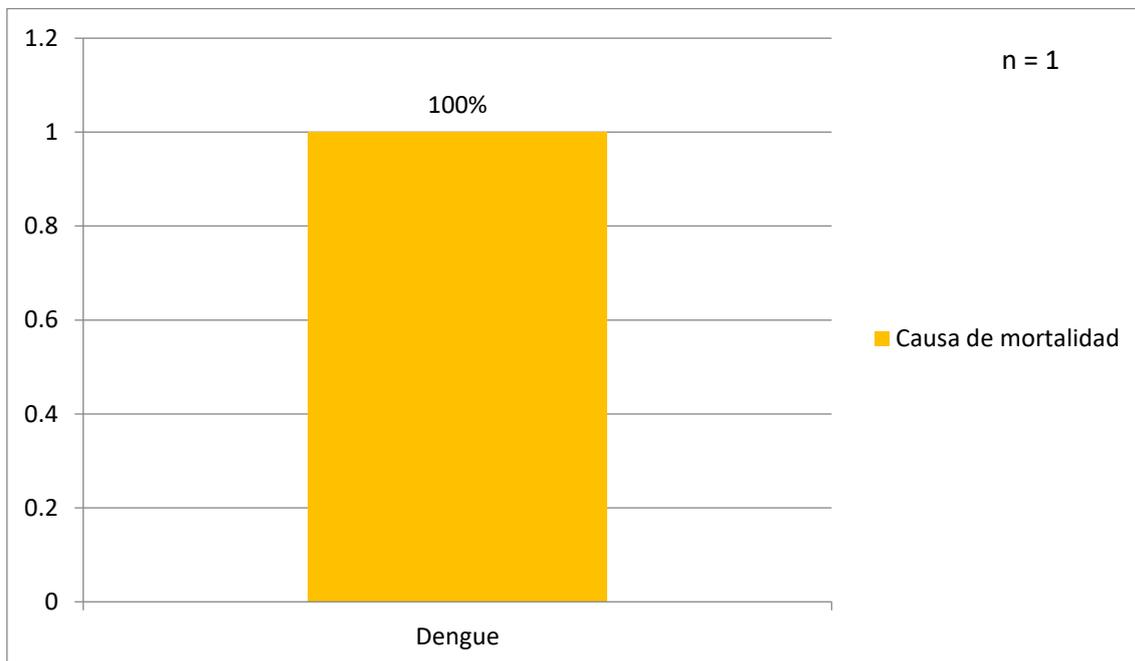
Grafica N° 34. Mortalidad en los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 34. Mortalidad en los pacientes perinatalmente expuestos al VIH

De los 42 pacientes en seguimiento, falleció 1.

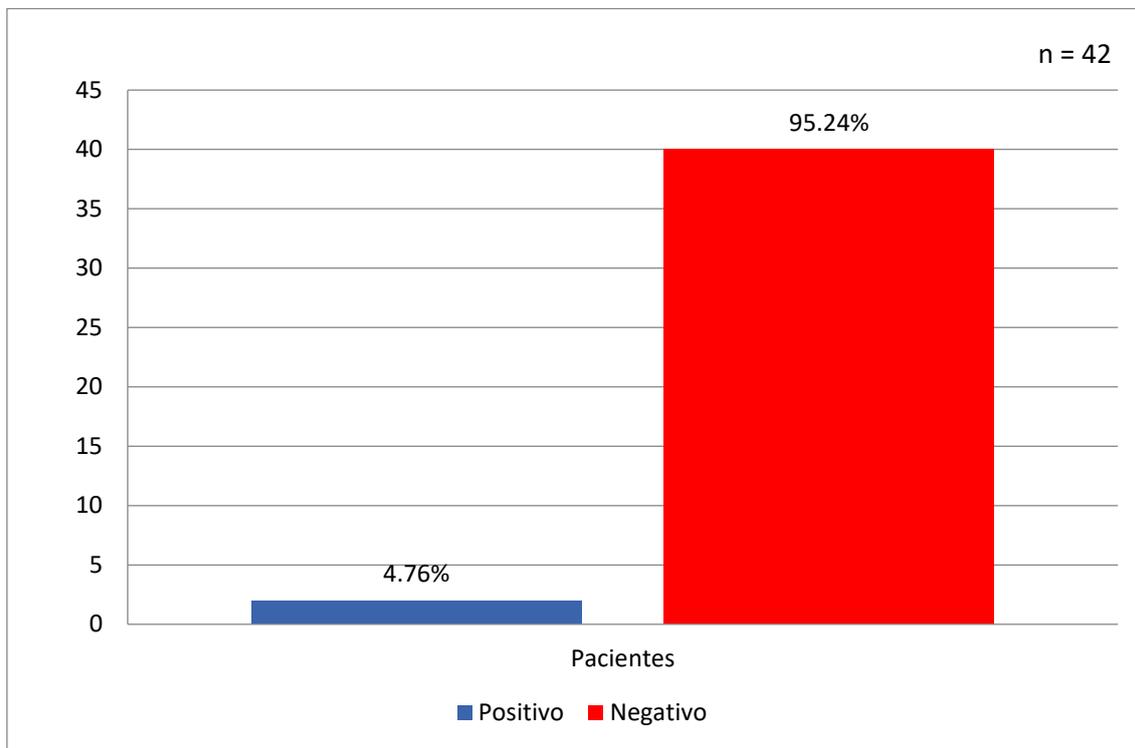
Gráfico N° 35. Causa de Mortalidad de paciente perinatalmente expuesto al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Causa de Mortalidad de paciente perinatalmente expuesto al VIH

El único paciente falleció por dengue, sus PCR fueron negativos.

Grafica N° 36. Incidencia de VIH en los pacientes perinatalmente expuesto al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.



Fuente: Tabla 36. Incidencia de VIH en los pacientes perinatalmente expuesto al VIH.

De los 42 pacientes perinatalmente expuestos al VIH en seguimiento en el SAI en los 18 meses se obtuvieron dos PCR positivo, con una incidencia de 4.76%, pendiente de confirmarse el segundo PCR, ambos pacientes categorizados como bajo riesgo, con madres con buena adherencia al tratamiento, negando darles lactancia materna.

CAPITULO VI:

Discusión

Desde la introducción de los antirretrovirales (ARV) para prevención de la transmisión del VIH de la madre a hijo/hija, la tasa de incidencia ha disminuido a cifras tan bajas como 1 - 2% según la OMS.¹⁶

Lo cual es similar a lo encontrado en Honduras en este estudio en el cual se estimó una tasa de transmisión vertical del VIH del 4.7% en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – junio 2019. Incidencia que ha aumentado en un 2% con relación a estudio realizada en el 2009 en este mismo centro hospitalario encontrado una tasa de transmisión vertical de 2.7%.⁴

Tasas similares se encontraron en Nicaragua donde se estimó una incidencia del 2.8% en los pacientes expuesto perinatalmente al VIH, atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense, del 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre del 2016.²⁵

En este estudio se encontró la mayoría de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH viven en áreas Urbanas y no hay diferencias significativas en cuanto al sexo, similar a lo encontrado en nicaragua donde el 75% procedían de áreas urbanas.²⁵

El 90% de los pacientes en seguimiento fueron recién nacidos a término, semejándose a lo encontrado en España también fueron a término. El 85% de las madres en este estudio tenía conocimiento de ser VIH positivos, 15% fueron diagnosticadas en el puerperio. El 80% recibió terapia ARV, un porcentaje bajo en comparación al 97% encontrado en el estudio Nicaragüense realizado en Hospital Alemán 2013-2016 y en Perú donde 92% recibió ARV durante el embarazo.²⁶

La carga viral materna encontradas en las madres Hondureñas en este estudio fue 26% no detectable y también un 26% tuvieron menos de 1000 copias, 28% más de 1000 copias, en Perú en el estudio realizado en recién nacidos de

madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 las madres reportaron menos de 1000 copias en un 60%.²⁶

La vía de finalización del embarazo en este estudio fue por cesárea en un 78%, en un 26% hubo RPM, 14% de las madres les dieron lactancia materna a sus bebés, principalmente en aquellas madres cuyo diagnóstico se realizó en el puerperio, no teniendo un adecuado con prenatal.

En el Hospital Alemán Nicaragüense el 97% de los embarazos finalizaron vía cesárea, 14% de las madres tuvo RPM y ninguna del estudio le día lactancia materna a los niños.²⁵

El 88% de los pacientes perinatalmente expuesto al VIH fueron hospitalizados a su nacimiento, 73% fueron por ser hijos de madres VIH positivo sin tener otras comorbilidades, de los 42 pacientes el 52% fue categorizado con alto riesgo. En relación con el estudio realizado en Nicaragua el 83% fueron categorizados como alto riesgo, obteniendo un porcentaje significativamente menos en este estudio.

Se le realizó PCR a las 48 horas en el 77% de los pacientes, en un 23% fueron captados después de esa edad por lo que no se le realizó, 88% presentó PCR negativos al mes de vida, 31 pacientes tienen una edad mayor de 6 meses obteniéndose un PCR negativo en un 80%, 4 pacientes se les realizó el VIH a los 18 meses, el 75% fueron negativos, 85% recibió profilaxis con ARV durante 4 semanas, 40% con triple ARV (AZT, 3TC y NVP), 42% con AZT y 3TC. En Quito en el 2017 en un estudio realizado en el hospital de Baca Ortiz de profilaxis antirretroviral en niños expuestos perinatales al virus de inmunodeficiencia humana 96% de sus niños recibieron terapia con ARV.²⁷

El presente estudio confirma el éxito de las acciones de intervención del Programa de prevención de Transmisión Materno infantil del VIH, el cual se cumple en más del 95% de sus estándares, contribuyendo con esto en mantener a Honduras en la categoría de Cerca de la meta de eliminación de la Tasa de transmisión vertical de VIH (tasa calculada $>2\%$ y $\leq 5\%$) (OPS/OMS 2014).¹⁶

Por lo tanto, el principal reto es lograr la captación de las embarazadas con VIH y de sus hijos oportunamente para ingresarlas al programa.

CAPÍTULO VII:

Conclusiones

1. El tamizaje de VIH en la mujer embarazada sigue siendo el primer pilar para alcanzar en la prevención de la transmisión vertical.
2. El principal factor protector en la transmisión perinatal del VIH es la carga viral materna no detectable.
3. El diagnóstico precoz de VIH en la infancia mediante la realización de pruebas virológicas teniendo en cuenta el riesgo de transmisión favorece al inicio temprano de tratamiento antirretroviral con un pronóstico de vida más favorable.
4. Perfil del niño perinatalmente expuesto al VIH: Paciente menor de 18 meses, masculino, sin malformaciones congénitas aparentes al nacer, con adecuado peso al nacer, con alto riesgo de transmisión al VIH, quien se desarrolla de manera eutrófica, con un esquema de vacunación completo, sin antecedentes de sífilis, quienes cumplen su profilaxis con ARV por 4 semanas, con pruebas virológicas para VIH negativas, cuya madre conoce su diagnóstico de VIH positivo antes del embarazo, recibiendo terapia ARV por más de un año con tratamiento de primera línea, sin supresión viral.

Recomendaciones

1. Se recomienda implementar capacitaciones al personal de salud cada año sobre identificación de factores de riesgo con el fin de categorizar adecuadamente a los pacientes perinatalmente expuestos al VIH.
2. Concientizar a las madres ya diagnosticadas la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento ARV para lograr una carga viral no detectable al final del embarazo y así disminuir el riesgo de transmisión.
3. Ampliar las políticas de tamizaje para VIH a la mujer embarazada para lograr una mayor cobertura a nivel nacional.

CAPITULO VII

Bibliografía

1. Honduras [Internet]. Unaids.org. 2018 [cited 2 July 2018]. Available from: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/honduras>
2. Pediatric HIV [Internet]. Unaids.org. 2018 [cited 2 July 2018]. Available from: <http://www.unaids.org/es/keywords/pediatric-hiv>
3. Reducción del número de niños que nacen con el VIH [Internet]. Unaids.org. 2018 [cited 2 July 2018]. Available from: <http://www.unaids.org/es/topic/children>
4. Erazo, Karen, Experiencia de la Transmisión Vertical del Virus VIH en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. 2009
5. VIH/SIDA [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 2 July 2018]. Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
6. Arikawa S, Rollins Y., Newell M-L., and Becquet R.. Riesgo de mortalidad y factores asociados en niños no infectados y expuestos al VIH. 2016 Jun; 21(6): 720–734.
7. Frange P, Blanche S, Chaix M. Infection de l'enfant par le VIH dans les pays industrialisés. *médecine/sciences*. 2014;30(5):551-557.
8. Berti E, Thorne C, Noguera-Julián A, Rojo P, Galli L, de Martino M et al. The New Face of the Pediatric HIV Epidemic in Western Countries. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2015;34: S7-S13.
9. Luzuriaga K, Mofenson L. Challenges in the Elimination of Pediatric HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(8):761-770.
10. Lowenthal E, Bakeera-Kitaka S, Marukutira T, Chapman J, Goldrath K, Ferrand R. Perinatally acquired HIV infection in adolescents from sub-Saharan Africa: a review of emerging challenges. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014;14(7):627-639.
11. Matthews P, Geretti A, Goulder P, Klenerman P. Epidemiology and impact of HIV coinfection with Hepatitis B and Hepatitis C viruses in Sub-Saharan Africa. *Journal of Clinical Virology*. 2014;61(1):20-33.
12. Rainwater-Lovett K, Uprety P, Persaud D. Advances and hope for perinatal HIV remission and cure in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*. 2016;28(1):86-92.

13. Chappell C, Cohn S. Prevention of Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2014;28(4):529-547.
14. O'Donovan K, Emeto T. Mother-to-child transmission of HIV in Australia and other high-income countries: Trends in perinatal exposure, demography and uptake of prevention strategies. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2018.
15. Penazzato M, Revill P, Prendergast A, Collins I, Walker S, Elyanu P et al. Early infant diagnosis of HIV infection in low-income and middle-income countries: does one size fit all? *The Lancet Infectious Diseases*. 2014;14(7):650-655.
16. Manual de Atención Integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo o hija, Departamento VIH/SIDA, Secretaria de Salud Honduras, diciembre 2013.
17. Cohn J, Whitehouse K, Tuttle J, Lueck K, Tran T. Pediatrics HIV testing beyond the context of prevention of mother-to-child transmission: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet HIV*. 2016;3(10): e473-e481.
18. Evans C, Jones C, Prendergast A. HIV-exposed, uninfected infants: new global challenges in the era of pediatrics HIV elimination. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(6): e92-e107.
19. Hurst S, Appelgren K, Kourtis A. Prevention of mother-to-child transmission of HIV Type 1: the role of neonatal and infant prophylaxis. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2015;13(2):169-181.
20. Johnson E, Chakraborty R. HIV-1 at the placenta. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2016;29(3):248-255.
21. Sibiude J, Warszawski J, Blanche S. Tolerance of the newborn to antiretroviral drug exposure in utero. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2015;14(5):643-654.

22. Arrive E, Meless D, Anaya-Saavedra G, Gallottini M, Pinzon L, Ramirez-Amador V. The global burden of oral diseases in pediatric HIV-infected populations: a workshop report. *Oral Diseases*. 2016; 22:149-157.
23. Mehrotra N, Bhattaram A, Earp J, Florian J, Krudys K, Lee J et al. Role of Quantitative Clinical Pharmacology in Pediatric Approval and Labeling. *Drug Metabolism and Disposition*. 2016;44(7):924-933.
24. Morales Miriam. Abordaje y resultado clínico de la prevención de la transmisión vertical del VIH en niños y niñas de 0 a 18 meses atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre del 2016. Tesis doctoral. Febrero 2017.
25. López Cristian. Profilaxis antirretroviral en niños expuestos perinatales al virus de inmunodeficiencia humana Hospital Baca Ortiz 2010 – 2015. Tesis doctoral. Quito. Febrero 2017
26. Severiano, Rubén. Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017. Tesis doctoral. Lima, Perú. 2018.
27. Prieto, Luis Manuel. Características y evolución de los programas de prevención de la transmisión vertical de VIH en entornos diferentes. Tesis doctoral. Madrid. Octubre 2017.

CAPITULO VIII: Anexos

Instrumento

1. Fecha: _____
2. Código de Estudio: _____

Datos Generales (Pediátricos)

3. Edad: _____.
4. Género: _____.
5. Procedencia: _____.
6. Fecha de Nacimiento: _____.
7. Edad Gestacional al Nacimiento:
 - Menor de 37 SG
 - De 37 SG a 42 SG
 - Mayor de 42 SG

Datos Maternos

8. Conocimiento Materno del Diagnóstico de VIH: Si No

¿Si la respuesta es SI cuando se diagnosticó?

- Al momento del parto
- Menos de 2 meses
- De 2 a 6 meses
- Mayor de 6 meses

9. Madre recibió terapia antirretroviral: Si No

¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Cuál Antirretroviral? _____

10. Carga viral materna durante el embarazo:

- No detectable:
- Menos de 40 copias
- De 40 a 200 copias
- De 201 a 1000 copias
- Mas de 1000 copias

11. Vía de Finalización del Embarazo: Vaginal Cesárea

12. Presento RPM: SI NO

Datos Clínicos

12. Al nacimiento el paciente presento alguna de las siguientes:

- Bajo peso al nacer: Si No
- Malformaciones: Si No
- ¿Si la respuesta es sí cuáles? _____
- Tuvo alguna patología en el primer mes: Si No
- Hospitalización en el primer mes de vida: Si No

En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, especificar diagnóstico y tiempo que permaneció hospitalizado:

_____.

13. Paciente recibió terapia ARV: SI NO

¿Si la respuesta es SI cuál?

- AZT
- AZT, NVP
- AZT, 3TC, NVP

¿Durante cuánto tiempo?

- Menos de 4 semanas
- 4 semanas

14. Resultado de PCR:

- A las 48 h _____
- Al mes _____
- A los 6 meses _____
- A los 18 meses _____

14. Categoría del Riesgo de Infección por VIH:

Alto Bajo

15. Recibe lactancia materna: Si No

16. Crecimiento y desarrollo

- Sobrepeso
- Eutrófico
- DPC leve
- DPC moderada
- DPC severa

17. Esquema de Vacunación para la edad

Completo Incompleto

18. Resultado de RPR:

No reactivo Reactivo No consignado

19. Paciente está en seguimiento en SAI:

No Si

20. Recibió profilaxis de trimetropin Sulfametoxazol

No Si

21. Mortalidad en los pacientes perinatalmente expuesto al VIH

No Si

22. Causas de mortalidad en los pacientes perinatalmente expuesto al VIH

_____.

23. Incidencia VIH en los pacientes perinatalmente expuesto al VIH

Positivo

Negativo

Tabla1. Edad de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

Edad (meses)	Frecuencia	Porcentaje
1	4	9.52%
2	1	2.38%
3	2	4.77%
5	4	9.52%
6	5	11.90%
7	2	4.77%
8	2	4.77%
9	3	7.14%
10	3	7.14%
11	4	9.52%
12	3	7.14%
13	3	7.14%
17	2	4.77%
18	4	9.52%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 2. Sexo de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio. 2019.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	22	52.38%
Mujer	20	47.62%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Choloma	4	9.52%
Cofradía	4	9.52%
Copán.	1	2.38%
Santa Bárbara	3	7.14%
Progreso	3	7.14%
Puerto Cortes	3	7.14%
San Manuel	2	4.76%
Santa Cruz de Yojoa	2	4.76%
SPS	19	45.25%
Villanueva	1	2.39%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla 4. Edad Gestacional al Nacimiento de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

Edad Gestacional al Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
De 37 SG a 42 SG*	38	90.48%
Menor de 37 SG	4	9.52%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos. *SG: Semanas de Gestación.

Tabla N° 5. Conocimiento Materno del diagnóstico de VIH de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

Conocimiento Materno	Frecuencia	Porcentaje
SI	36	85.71%
No	6	14.29%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 6. ¿Cuándo se realizó el diagnóstico de VIH en la madre de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019?

Si la respuesta es Si, ¿cuándo se diagnosticó?	Frecuencia	Porcentaje
Antes del embarazo	28	66.67%
Durante el embarazo	8	19.05%
Después del embarazo	6	14.28%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 7. ¿Madre de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH que recibieron terapia antirretroviral?

Recibió Terapia antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	80.95%
No	8	19.05%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 8. Tiempo en que madres de los pacientes perinatalmente expuesto al VIH recibieron Terapia Antirretroviral.

¿Durante Cuánto tiempo?	Frecuencia	Porcentaje
< 2 Meses	1	2.38%
Entre 2-6 Meses	8	19.05%
Entre 6 Meses - 1 Año	5	11.90%
Mayor de 1 Año	20	47.62%
No Recibió Antirretrovirales*	8	19.05%
TOTAL	42	100.00%

*Pacientes que no recibieron ARV debido a que fueron diagnosticadas en el puerperio (6 pacientes) o sabiendo el diagnóstico no tomaron ARV (2 pacientes). Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 9. Tipo de Esquema de Antirretrovirales utilizado en las madres de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

¿Cuál Antirretroviral?	Frecuencia	Porcentaje
TDF + EMT + EFV	30	71.43%
A2T + 3TC-Lopinovir-Ritonavir	3	7.14%
Desconocido*	1	2.38%
TOTAL	34	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 10. Carga viral materna durante el embarazo de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

Número de Copias	Frecuencia	Porcentaje
Más de 1000 copias	12	28.57%
Menos de 1000 copias	11	26.19%
Desconocida	8	19.05%
No detectable	11	26.19%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 11. Vía de Finalización del Embarazo de las madres de los pacientes perinatalmente expuesto al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.

Vía de Finalización	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	33	78.57%
Vaginal	9	21.43%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 12. Casos en los que la madre de los pacientes de perinatalmente expuestos al VIH presento Ruptura Prematura de Membranas atendidos en el Hospital Mario Nacional Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

¿Presentó RPM*?	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	26.19%
No	31	73.81%
TOTAL	42	100.00%

*RPM: Ruptura Prematura de Membranas. Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla 13. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH clasificados como Bajo peso al momento del Nacimiento atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Bajo peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	14.28%
No	35	83.33%
Se desconoce*	1	2.39%
TOTAL	42	100.00%

*Recién Nacido extrahospitalario se desconocen medidas antropométricas al momento del nacimiento. Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 14. Malformaciones al momento del Nacimiento de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Malformaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	2.38%
No	41	97.62%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 15. Tipo de Malformación Congénita de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Nacional Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

¿si la respuesta es sí, cuáles?	Frecuencia	Porcentaje
Craneosinostosis	1	100.00%
TOTAL	1	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 16. Patología presentada durante el primer mes de vida de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019

¿Presentó alguna patología?	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	19.05%
No	34	80.95%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 17. Hospitalización durante el primer mes de vida de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Mario Nacional Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

¿Fue Hospitalizado en el primer mes de vida?	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	88.10%
No	5	11.90%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N°18. Diagnósticos de Hospitalización de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Diagnóstico de Hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso al nacer + Hijo de madre VIH positivo	1	2.70%
Enfermedad de membrana hialina + Sepsis + Hijo de madre VIH positivo	2	5.40%
Hijo de madre VIH positivo *	27	73.00%
Ictericia Neonatal + Hijo de madre VIH positivo	2	5.40%
Pobre Succión + Hijo de madre VIH positivo	1	2.70%
Potencialmente séptico por Rotura prematura de membranas + Hijo de madre VIH positivo	1	2.70%
Potencialmente séptico por corioamniotitis + Hijo de madre VIH positivo	1	2.70%
Sepsis Temprana+ Hijo de madre VIH positivo	2	5.40%
TOTAL	37	100.00%

*Clasificados todos los pacientes que presentaron Hijo de madre VIH positivo como único diagnóstico. Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 19. Tiempo en que permanecieron hospitalizados los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Tiempo que permaneció hospitalizado	Frecuencia	Porcentaje
1 día	10	27.03%
7 días	1	2.70%
2 días	16	43.24%
27 días	1	2.70%
3 días	8	21.63%
4 días	1	2.70%
TOTAL	37	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 20. Categoría del Riesgo por infección por VIH de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Categoría del Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	22	52.38%
Bajo	20	47.62%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 21. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019 que recibieron terapia antirretroviral.

Recibió Terapia Antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	85.71%
No	6	14.29%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 22. Esquema de antirretrovirales utilizados en la terapia de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Tipo de Esquema	Frecuencia	Porcentaje
AZT	1	2.38%
AZT-3TC-NVP	17	40.48%
AZT-NVP	18	42.86%
No Recibió	6	14.28%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 23. Tiempo de duración de esquema de Terapia antirretroviral de los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

¿Durante cuánto tiempo?	Frecuencia	Porcentaje
4 Semanas	34	94.44%
Menos de 4 semanas	2	5.56%
TOTAL	36	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 24. Resultado de PCR de Recién Nacido a las 48 horas perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

A las 48 horas	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	16	72.73%
No se realizó*	5	22.73%
Positivo	1	4.54%
TOTAL	22	100.00%

No se realizó porque los pacientes fueron captados después de las 48 horas de vida. Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 25. Resultado de PCR del Paciente al Mes de Edad perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Al Mes:	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	37	88.10%
No se realizó*	2	4.76%
Pendiente Resultado**	2	4.76%
Positivo	1	2.38%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 26. Resultado de PCR de Paciente a los 6 Meses de Edad perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

A los 6 Meses	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	25	80.65%
No se realizó*	4	12.90%
Pendiente Resultado**	2	6.45%
TOTAL	31	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 27. Resultado de VIH de Paciente a los 18 Meses de Edad perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

VIH a los 18 meses	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	3	75.00%
No se realizó*	1	25.00%
TOTAL	4	100.00%

*Paciente perdido en el seguimiento. Fuente: Instrumento de recolección de Datos

Tabla N° 28. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019 que recibieron lactancia materna.

Recibió lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
NO	36	85.71%
SI	6	14.29%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 29. Estado Nutricional en base a Crecimiento y desarrollo de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Crecimiento y Desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición Proteico-Calórica leve	3	7.14%
Eutrófico	36	85.72%
Sobrepeso	3	7.14%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 30. Esquema de Vacunación de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Esquema de Vacunación	Frecuencia	Porcentaje
Completo	34	80.95%
Incompleto	3	7.14%
No Consignado*	5	11.91%
TOTAL	42	100.00%

*Paciente no contaba con dato en expediente clínico y madre no contaba con carnet de vacunas para corroborar dato. Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 31. Resultado de RPR de los Pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Resultado de RPR	Frecuencia	Porcentaje
No Consignado*	11	26.19%
No Reactivo	31	73.81%
TOTAL	42	100.00%

*Resultado no se encuentre en el expediente clínico. Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 32. Paciente perinatalmente expuesto al VIH en Seguimiento en el Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

En Seguimiento en el SAI	Frecuencia	Porcentaje
NO	8	19.05%
SI	34	80.95%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 33. Pacientes perinatalmente expuestos al VIH que recibieron Profilaxis con Trimetropin-Sulfametoxazol (TMP-SMX) en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Recibió Profilaxis con TMP-SMX	Frecuencia	Porcentaje
NO	4	9.52%
No Aplica*	1	2.38%
SI	37	88.10%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 34. Mortalidad en los pacientes perinatalmente expuestos al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Mortalidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	2,38%
NO	41	97.62%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 35. Causa de Mortalidad de paciente perinatalmente expuesto al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Causa de Mortalidad	Frecuencia	Porcentaje
Dengue	1	100.00%
TOTAL	1	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

Tabla N° 36. Incidencia de VIH en los pacientes perinatalmente expuesto al VIH atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018 – Junio 2019.

Incidencia	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	4.76%
NO	40	95.24%
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de Datos