

SIDA y Embarazo. Costo Hospitalario.

HOSPITAL DOCENTE GINECOBSTÉTICO "JULIO ALFONSO MEDINA". MATANZAS
Revista Médica Electrónica. 2008;30 (6)
SIDA y Embarazo. Costo Hospitalario.
AIDS and Pregnancy. Hospital cost.

AUTORES

Dr. Jesús J. Hernández Cabrera.(1)
Téc. Inés Díaz Olano.(2)
Téc. Olga Osa Echenique.(3)
Téc. José Hernández Juliá.(4)

(1) Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar.
(2) Técnica del Departamento de Archivo y Estadística.
(3) Jefa del Departamento de Farmacia.
(4) Técnico del Departamento de Costo.

RESUMEN

El SIDA en presencia del embarazo constituye un reto para el binomio, para la obstetricia y para la sociedad por sus consecuencias. La presencia de una embarazada en nuestras salas hospitalarias motiva un estudio específicamente en el costo hospitalario teniendo la cooperación de los compañeros de Estadísticas, Farmacia y Costo. La paciente con historia clínica 241434 ocasionó un costo de \$2,464.19 y de éstos 36.63 correspondió a USD. Se presentan los gastos por las diferentes salas hospitalarias y procedimientos.

DeCS:

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/economía
COSTOS DE HOSPITAL
HUMANO
FEMENINO
EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

Nuestro país mediante el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA (1), tiene como propósito que estas entidades no constituyan un problema de salud, sino que podamos disminuir la vulnerabilidad de la infección a la comunidad en sentido general y que garantice una atención integral con extrema calidad, con la implementación de planes intersectoriales con acciones y metas ejecutadas para prevenir y controlar el desarrollo de estas enfermedades en toda nuestra Isla.(1-2)

Es necesario para el cumplimiento de estos propósitos que los equipos interdisciplinarios sean integrales y funcionales, compuestos por profesionales

competentes y comprometidos y con la participación activa de la población en lo planificado por el Programa Nacional referido, para que las personas infectadas no lleguen a constituir un grave problema de salud, se reduzca su incidencia y le proporcione una mejor calidad de vida. (3,11)

La presencia de una embarazada del tercer trimestre, en nuestras salas hospitalarias, nos motivó a una revisión del tema sensibilizados por el impacto emocional que tuvo, las medidas seguidas para con el binomio y los costos hospitalarios ocasionados y pretender verlo como un problema social en el que todos tenemos algo que aportar como lo han visto otros autores desde la aparición del SIDA en la embarazada y sus consecuencias. (1,2,5-7,9,20)

Constituye objetivo de nuestro estudio determinar los gastos hospitalarios ocasionados en nuestro Centro Asistencial por la referida paciente.

MÉTODO

Efectuamos un estudio descriptivo en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", en conjunto el Servicio de Obstetricia con el Departamento de Estadísticas, Farmacia y Costo Hospitalario, sobre el tema SIDA y Embarazo, a propósito de un caso ingresado y evolucionando durante el mes de enero del 2002. Sirve de base material la historia clínica 241434, del Departamento de Archivos y Estadísticas de nuestro Centro. Se elabora una tabla descriptiva minuciosa donde con el conjunto de los departamentos antes citados se van esbozando y se concluyen los costos hospitalarios en moneda nacional y USD de la referida paciente y su recién nacido.

RESULTADOS

Podemos observar en la tabla # 1 los costos hospitalarios que ocasionó la paciente desde su ingreso el 8 de enero del 2002 hasta el 29 de enero, en las diferentes salas de atención, siendo un total de \$2,464.19 y de éstos 36.63 en USD.

Tabla No.1

Sala de Gestantes 14 días (\$29.13)	\$407.82	
(Del 8 al 21 de enero de 2002)		
13 días Prenatales 2 v / al día	\$1.30	
7 días Clotrimazol vaginales 2 v / día	\$2.80	
7 días Nistatina crema 2 v / día	\$5.25	
AZT 2 cápsulas c / 8 horas	\$20.70	USD
Total Sala A	\$437.87	
Salón de Operaciones		
Cesárea	\$212.04	
Sala Cesárea		
8 días de estancia (\$75.01)	\$600.08	
Cefazolina 2 gr EV, después 1 gr EV c / 6 horas 2 días (bulbo \$2.30)	\$23.00	
Benzogenestril 5 mg IM c / 12 horas (amp \$1.15)	\$5.75	
Total Sala D	\$628.83	

Sala Neonatología		
Estancia 8 días (\$146.19)	\$1,169.52	
A las 6 horas de nacido AZT 2 mg / Kg / cada 6 horas (jarabe)		
6 semanas (\$2.65 USD)	\$15.93	USD
Total Sala Neonatología	\$1,185.45	
Total de Costos	\$2,464.19	
De éstos	\$36.63	USD
Informe del Dpto. Costo, Archivo y Farmacia		
Hospital Docente Gineco-Obstétrico de Matanzas		

DISCUSIÓN

Observamos en la Tabla No.1 los gastos ocasionados en la Sala de Gestantes específicamente ocasionados por la estancia en sí, el uso de Prenatales, el tratamiento de para Moniliasis, que citan algunos autores como germen oportunista (1,2,7) y el uso de la AZT como está orientado en el país (1) y por los autores revisados. (4,12,16,20)

En los comienzos del uso de este antirretroviral se consideraba la curación de un 17 % (3-7) en los bebitos, estudios actuales destacan 2 % (8,10-13-20) y otros en Latinoamérica de 4.25 %. (12)

El gasto en esta sala fue 437.87 y de éstos con \$20.70 USD. En el Salón de Operaciones, practicándose la cesárea en tiempo electivo, sin estar en trabajo de parto, con bolsa sana, etc. como está orientado en nuestro país (1) y un consenso de autores (9,10,14,16,19,20) fue \$212.04.

Esto corresponde al costo de la cesárea ese mes. Posteriormente en la Sala de Cesáreas los costos de 8 días correspondieron a \$628.83 ocasionados por la estancia y el uso de medicamentos utilizados en la sala, como puede verse Cefazolina como profilaxis y el Benzogenestril para suspender la lactancia materna como preconizan varios autores (5,7,10,14,19,20) y como sigue el nuestro. (1) En el Servicio de Neonatología fue donde los costos más ascendieron, a \$1,169.92, de ellos 15.93 USD debido al AZT.

Estos costos ascendieron considerablemente debido a la estricta manipulación y desecho del material utilizado, el uso de la leche evaporada con el objetivo de suspender la lactancia materna como está orientado en nuestro país (1) y por varios autores (5,7-10,14,19,20), sólo se muestran en contra de esta medida los países tercermundistas por el riesgo de eliminar la lactancia materna, disminuir el SIDA, pero aumentar la mortalidad infantil (9,13). En cuanto al uso del AZT en el bebito, como está orientado desde las 6 horas de nacido y sus 6 primeras semanas (1,2,4,6,8-10,20) constituye el gasto en USD y que durante el primer año de vida puede ser VIH positivo.

En la espera que aparezca el medicamento que cure el VIH o mejorar las formas de transmisión viral por vía vertical, debemos brindar una esmerada atención médica y

un asesoramiento bioético sobre su enfermedad y que decidan la opción de seguir o no con la gestación.

Asimismo los grandes consorcios farmacéuticos deben pensar en precios más racionales para los medicamentos de elección por el tipo de paciente y por las características de la medicina como es el caso de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-MINSAP. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. República de Cuba: MINSAP; 2002.
- 2.-Ortega González ML. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana en Temas de Medicina General Integral. Habana: ECIMED; 2001.
- 3.-Gordillo Álvarez Valdés MM. Aspectos psicopedagógicos de la prevención del SIDA. Cuadernos de Bioética. 1997; VIII(30): 805-11.
- 4.-Vidal Casero MC. El farmacéutico ante el SIDA. Cuadernos de Bioética. 1997;VIII(30): 825-30.
- 5.-Sopeña B. Transmisión vertical del VIH1.Cuadernos de Bioética. 1997; VIII(30): 831-7.
- 6.-Villa Arranz M, Villa Ramírez M, Vega Gutiérrez J. Problemas éticos en el SIDA Pediátrico. Cuadernos de Bioética. 1997;VIII(30): 838-47.
- 7.-Díaz Alonso G, Fernández R. La Mujer y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.Rev Cubana Obst Ginecol. 1996;22 (2): 102-12.
- 8.-OMS.A global review of legislation on HIV / AIDS: the issue of HIV testing. J Acquir InmuDefic Syndrome. 2001; 28(2) 173-9.
- 9.- Hoffman Lehman R, Rassmussen R A, Vlasak J. Passive immunization against oral AIDS virus transmission: an approach to prevent mother to infant HIV1 transmission? J Med Perinatal. 2001; 30(4): 190-6.
- 10.- Catz SL, Meredith K L, Mundy L M. Women's HIV transmission risk perceptions and behaviors in the era of patent antiretroviral therapies. AIDS Educ Rev. 2001;13(3): 239-51.
- 11.- Rodman JH. Design of antiretroviral clinical treats for HIV1 infected pregnant women and their newborn infant. Semin Perinatal. 2001; 25(3): 170-6.
- 12.- Casalini C, Signorini L, Beltrame A. Vertical transmission of human inmunodeficiency virus HIV and other transmitted infections (STI). Minerva Gynecol. 2001; 53(3):177-92
- 13.- Webber DW. HIV / AIDS legal issues in the United States Con. HIV-AIDS. Policy Law Rev. 2000;5(4)3-8.
- 14.- Zeller V, Caumes E, Bossi P. Current clinical aspects of HIV / AIDS. Press Med. 2002;31(2): 74-9.
- 15.-Painter TM. Voluntary counseling testing for couples: a high leverage intervention for HIV / AIDS prevention in Sub Saharian Africa. Soc Sci-Med. 2001;53(11):1397-411.
- 16.-Szwarcwald CL, Bastos FI, Barellos C. AIDS epidemic dynamics in the municipality of Río de Janeiro, Brazil 1988 – 1996. Spatial Temporal Statistics Modeling in Cad. Saude Pública. 2001;17(5): 1123-40.
- 17.-Mc Donald AM, Li Y, Crvickshank MA. Use of interventors for reducing mother to child transmission of HIV in Australia. Med J Aust 2001;174(9):449-52.
- 18.-Staff AC. An introduction to geneterapy and its potential prenatal use. Acta Obst Gynecol Scand. 2001; 80(6): 485-91.
- 19.-Guay LA. From research to implementation: challenges in the prevention of mother to child HIV transmission in the developing world. Trends Mal Med. 2001;7 (6): 277-9.
- 20.-Law MG, Dare G, Mc Donald A, Kaldorf J. The use of bach projection to estimate HIV prevalence among pregnant women in Australia. Pediatr AIDS HIV Infect.1996;7(5):331-6.

SUMMARY

AIDS in pregnancy constitutes a challenge for the obstetric field and for the society due to its consequences. The presence of a pregnant woman in our hospitals motivates an study specifically in hospital costs, taking into consideration the cooperation of the Statistic, Pharmacy and Cost departments. The patient which a clinical history of 241434 causes a cost of \$2464.19 and from this 36.63 were in USD.

MeSH:

**ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/economics
HOSPITAL COSTS
HUMANS
FEMALE
PREGNANCY**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández Cabrera JJ, Díaz Olanol, Osa Echenique O, Hernández JJ. SIDA y Embarazo. Costo Hospitalario.

A propósito de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(6). Disponible en

URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/tema11.htm>. [consulta: fecha de acceso]