



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” SEDE - PISCO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“INCIDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL VIH/SIDA EN  
PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE  
DIOS DE PISCO ENERO 2012 AGOSTO 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**BACHILLER:  
ODALYS PAMELA CHACALIAZA RIVERA**

**ASESORA:  
MG. DILCIA APUMAYTA VEGA**

**PISCO – PERU  
2017**

**DEDICATORIA:**

A mis padres por su apoyo incondicional para mi formación profesional.

A mi hijo por ser mi motor y motivo para alcanzar el éxito.

### **AGRADECIMIENTO:**

A Dios en primera instancia por mantenerme con buena salud y ayudarme a lograr mis metas, mis padres por el apoyo económico e incondicional.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pàg</b>
<b>CARATULA</b>	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	9
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	12
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	12
1.4. OBJETIVOS	13
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	15
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.2. BASES TEÓRICAS	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	37
2.4. HIPÓTESIS	39
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	39
2.5. VARIABLES	39
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE	39
2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE	39
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	41

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	42
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.3. MÉTODO	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.2.1. POBLACIÓN	43
3.2.2. MUESTRA	43
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.3.1. TÉCNICAS	43
3.3.2. INSTRUMENTOS	43
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS	43
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
RESULTADOS	45
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	58
ANEXOS	



## RESUMEN

El hospital San Juan de Dios de Pisco, cuenta con el servicio de ginecología y obstetricia y otros relacionados a la atención oportuna de la mujer en la etapa reproductiva y mujeres que presentan complicaciones por diversas enfermedades propias de la mujer, como infecciones del tracto urinario, y cuadros más agudos como diagnóstico y tratamiento del VIH.

Objetivo: Determinar la incidencia y características epidemiológicas del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.

Material y métodos. Se evaluó las historias clínicas desde el 2012 al 2017 encontrándose 60 casos de pacientes con VIH/SIDA.

Resultados: La incidencia de VIH/SIDA en gestantes del hospital San Juan de Dios de Pisco es de 0.85%. En el 46.7% de las gestantes el diagnóstico se hizo en el primer trimestre, el 33.3% en el segundo trimestre y el 20% en el tercer trimestre. El 1.7% eran analfabetas, 11.7% tenían primaria, el 48.3% tenían secundaria, y el 38.3% tenían grado de instrucción superior. El 30% eran primíparas, 38.3% eran secundíparas, el 31.7% eran multíparas. El 36.7% tenían 2 a menos parejas sexuales, y el 63.3% tenían 3 a más parejas sexuales. El 70% de ellas refieren que este contagio fue por vía sexual, el 20% refirieron que fue vía inyectable, y el 10% fue vía transfusión. El 13.3% proceden de la zona rural y el 86.7% proceden de la zona urbana.

Conclusiones: La incidencia de VIH/SIDA es de 0.85%, son pacientes en su mayoría diagnosticados en el primer trimestre de gestación, en etapa secundaria, secundíparas, con 3 a más parejas sexuales, con probable contagio por vía sexual, y de procedencia urbana en su mayoría.

Palabras clave: VIH/SIDA gestantes, características epidemiológicas

## ABSTRACT

The San Juan de Dios hospital in Pisco has gynecology and obstetrics services and other services related to the timely care of women in the reproductive stage and women who have complications due to various diseases of the woman, such as urinary tract infections. and more acute conditions such as diagnosis and treatment of HIV.

**Objective:** To determine the incidence and epidemiological characteristics of HIV / AIDS in pregnant patients treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco between January 2012 and August 2017.

**Material and methods.** The medical records were evaluated from 2012 to 2017, finding 60 cases of patients with HIV / AIDS.

**Results:** The incidence of HIV / AIDS in pregnant women of San Juan de Dios Hospital in Pisco is 0.85%. In 46.7% of pregnant women, the diagnosis was made in the first trimester, 33.3% in the second trimester and 20% in the third trimester. 1.7% were illiterate, 11.7% had primary education, 48.3% had secondary school, and 38.3% had a higher level of education. 30% were primiparous, 38.3% were secondary, 31.7% were multiparous. 36.7% had 2 fewer sexual partners, and 63.3% had 3 or more sexual partners. Seventy percent of them report that this infection was through sexual contact, 20% reported that it was an injectable route, and 10% were transfused. 13.3% come from the rural area and 86.7% come from the urban area.

**Conclusions:** The incidence of HIV / AIDS is 0.85%, patients are mostly diagnosed in the first trimester of pregnancy, in secondary stage, secondaries, with 3 to more sexual partners, with probable sexual contagion, and urban origin mostly.

**Keywords:** Pregnant HIV / AIDS, epidemiological characteristics



## INTRODUCCIÓN

Las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, son un grave problema de salud mundial que afecta a toda la población y no discrimina raza, género o cultura.

Contemplada como la enfermedad infecciosa de mayor impacto a nivel mundial, sus repercusiones rebasaron rápidamente la esfera médica y biológica para ubicarse en el terreno social, económico y político. En el terreno social, económico y político el SIDA continua inserto en la agenda de los países ricos y pobres, debido al impacto de la epidemia en las poblaciones más afectadas: niños, mujeres, mujeres embarazadas y jóvenes, a su amplia diseminación entre poblaciones con diferentes preferencias sexuales: heterosexuales, bisexuales y homosexuales, y a su tendencia a concentrarse entre los grupos más desfavorecidos, pobres y marginados de cada sociedad. <sup>(1)</sup>

El SIDA es un problema de salud pública prioritario y su atención como su prevención merecen el despliegue de múltiples esfuerzos, tanto en lo individual, como en lo colectivo, tanto en lo familiar y comunitario, como en lo público y privado; desde las instituciones gubernamentales hasta los organismos surgidos de la sociedad civil. La respuesta debe darse a niveles local, regional y nacional, y expandirse hasta alcanzar el nivel global. La respuesta tiene que ser tan espontánea como continua y tan informada como pasional. Debe caracterizarse por ser una respuesta consciente, voluntaria, combativa, incluyente y equitativa. Para lograrlo, el individuo y la sociedad deben contar con información precisa, bien fundamentada científicamente, que sea accesible y abarque todas las esferas del conocimiento.

Es por ello que la investigación que se propone es para conocer las características sociodemográficas de esta población afectada que por su condición de gestante involucra directamente al producto de la gestación, se determinó además la magnitud de este problema al medir la incidencia de casos de VIH SIDA en gestantes en el periodo de tiempo estudiado.

LA AUTORA

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El hospital San Juan de Dios de Pisco, cuenta con el servicio de ginecología y obstetricia y otros relacionados a la atención oportuna de la mujer en la etapa reproductiva y mujeres que presentan complicaciones por diversas enfermedades propias de la mujer, como infecciones del tracto urinario, trastornos metabólicos como insuficiencia vasculares, infecciones de transmisión sexual y cuadros más agudos como diagnóstico y tratamiento del VIH, motivo por el cual es conveniente enmarcar esta patología en un estudio retrospectivo-descriptivo en dicho nosocomio , trabajo que servirá como fuente para posteriores trabajos y es así como daré a conocer que las enfermedades de transmisión sexual son muy comunes y constituyen un problema de salud pública mayor, y entre ellas el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ocupa un lugar de suma importancia. Aproximadamente dos décadas después de la aparición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), unos 30 millones de personas en el mundo lo han contraído y seis millones han muerto como consecuencia del SIDA. <sup>(2)</sup>

El 90% de dichas infecciones se producen en países en desarrollo. Según los datos del ONU SIDA, alrededor de 1,5 millones de personas murieron de SIDA en 2016 a nivel mundial y cada día alrededor de 8500 personas contraen la infección, entre éstas 1000 niños. Hasta diciembre de 2015 el número acumulado de casos de SIDA en el Perú era de 6762. El 75% de los casos se concentra en la ciudad de Lima y el 7% en el Callao. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (95%).<sup>(3)</sup>

La tasa de transmisión maternofetal del VIH varía del 13% al 39%, aceptándose un promedio de 28%. Las razones por las cuales pueda existir mayor o menor riesgo podrían ser: el estadio de la enfermedad materna, recuento de CD4 materno y antigenemia materna, así como la lactancia.

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en países en vías de desarrollo donde los sistemas de salud no están bien organizados y los programas de prevención son deficientes.

Actualmente de 34 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, y en América Latina 1.4 millones de personas viven con el VIH casi la mitad son mujeres. De estas mujeres un buen porcentaje son gestantes o van a serlo, constituyendo un problema de Salud Pública a nivel nacional y mundial.

El 90% de casos de SIDA notificados proviene de Lima metropolitana, ciudad capital, que concentra 30% de la población del país. En la repartición geográfica de esta infección, se ubica en primer lugar Lima, seguida del Callao, La Libertad, Ancash y Arequipa. Este orden coincide con la mayor actividad comercial y densidad urbana.

Hacia marzo 2013, el Ministerio de Salud –MINS/Dirección General de Epidemiología reportó 30,039 casos de SIDA y 49,387 casos de VIH en el Perú indicando que las relaciones sexuales son la principal forma de transmisión, (97% de infecciones)

Según el Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SDA en el Perú, el VIH/SIDA se presenta mayormente en mujeres entre las edades de 25-30 años que representa 20.4% de la población, lo cual demuestra que la epidemia sigue afectando a las poblaciones jóvenes, mientras que la razón hombre mujer se ha mantenido; estableciendo que por 3 hombres infectados hay 1 mujer infectada, en su mayoría a mujeres convivientes donde el 61% alcanzado el nivel secundario y 57.1% provenientes de la región Costa.

El 86.9% inicio sus relaciones sexuales entre los 12 a 16 años y 95% culmina su gestación por cesárea para la prevención de transmisión vertical.

Tejada en su investigación realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, obtuvo los siguientes resultados: 52.4% de las gestantes seropositivas tenían de 20-29 años, el 57% fueron convivientes y el 86.9% fueron ama de casa, 76.5% cursaron el nivel secundario y 84.3% procedían de la costa. <sup>(4)</sup>

Quesada en su investigación realizada en Perú, obtuvo que 86.5% de las gestantes seropositivas tuvieron su menarquia a una edad menor o igual a 14 años. <sup>(5)</sup>

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**DELIMITACIÓN ESPACIAL.** - El estudio se desarrolló en el Hospital San Juan de Dios de Pisco que pertenece a la región Ica en el Perú.

**DELIMITACIÓN TEMPORAL.** - El estudio se realizó sobre gestantes atendidas entre enero de 2012 y agosto de 2017.

**DELIMITACIÓN SOCIAL.** - Se estudió en las gestantes atendidas entre enero de 2012 y agosto de 2017 en dicho nosocomio.

**DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.** - La investigación se orientó a determinar la incidencia de VIH/SIDA en gestantes atendidas en este nosocomio, así como caracterizarlo según algunas variables sociodemográficas más importantes.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la incidencia y características epidemiológicas del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

#### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

1) ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según edad gestacional en que se diagnosticó la patología en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

2) ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según grado de instrucción en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

3) ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según paridad en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

4) ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según parejas sexuales en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

5) ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según probable forma de contagio de la patología en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

6) ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según procedencia en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017?

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la incidencia y características epidemiológicas del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Determinar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según edad gestacional en que se diagnosticó la patología en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.
- 2) Indicar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según grado de instrucción en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.
- 3) Evaluar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según paridad en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.
- 4) Investigar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según parejas sexuales en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.
- 5) Precisa la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según probable forma de contagio de la patología en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.
- 6) Conocer la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según procedencia en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero del 2012 y agosto 2017.

## **1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **JUSTIFICACIÓN**

Las mujeres que son diagnosticadas con VIH durante la gestación viven problemáticas similares a las de cualquier mujer no gestante con esta condición respecto a estigmatización y rechazo en instituciones de salud. Dichos comportamientos pueden tener raíces en la falta de educación, lo cual refleja la brecha entre el conocimiento y la práctica de los profesionales de la salud, algo ejemplificado en que las enfermeras aprenden estas actitudes para ganar la aceptación de sus compañeros.

En el futuro la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes. Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para sobrevivir, y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes. Riesgo elevado y vulnerabilidad elevada por inicio sexual precoz, las diferencias por razón de sexos, los consumidores jóvenes de drogas intravenosas corren un riesgo especial.

Es por ello que con esta investigación se conocerá el perfil de la gestante con VIH/SIDA a fin de que al conocer mejor la problemática se pueda mejorar las intervenciones preventivas promocionales y de diagnóstico precoz de esta enfermedad en este grupo vulnerable de la población.

### **IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

El conocer mejor el problema de la mujer gestante con VIH/SIDA es de vital importancia para tomar decisiones acertadas en el control y disminución de esta enfermedad en esta población.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES**

**Zambrana J. (2016).** Factores de riesgo de transmisión vertical de VIH/SIDA que presentan las embarazadas de 15 a 40 años que acuden al hospital municipal modelo corea, primer semestre 2014 Bolivia. El objetivo es determinar los factores de riesgo de transmisión vertical de VIH/sida en embarazadas de 15 a 40 años en el primer semestre de 2014. Material y métodos: Es un estudio descriptivo de corte transversal, analítico pues estudia la relación entre variables causa – efecto el universo y muestra fueron 12 pacientes transmitidas con VIH, RN. En periodo ventana. Resultados: El estudio demuestra que 42% de las pacientes tuvieron partos eutócicos que equivale a 5 pacientes podemos indicar el 25% de las pacientes con amenaza de aborto que equivalen a 3 pacientes, el 17% de los pacientes fueron programados para cesaría que equivale a 2 pacientes seguido de 8% de los pacientes con diagnostico aborto en curso que equivale a un paciente también lo mismo podemos indicar el 8% con el diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro que equivale a un paciente.



El 42% de los RN tienen el riesgo de Transmisión Vertical. que equivale a 5 recién nacidos. Se concluye que los VIH/SIDA son un grave problema para la madre y su producto, como también para la población en general. <sup>(6)</sup>

**Gutiérrez C. (2014).** Manejo de Pacientes Embarazadas con VIH/SIDA de Acuerdo al Protocolo Para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a diciembre 2014. Nicaragua. Objetivo: evaluar el manejo de Pacientes Embarazadas con VIH/SIDA de Acuerdo al Protocolo Para la Prevención de la Transmisión Vertical. Material y métodos: Se buscaron 16 expedientes de mujeres que habían sido atendidas de enero 2010 a diciembre 2014; e inclusive constituyó la población de estudio. Resultados: El mayor número de mujeres que fueron atendidas en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields que viven con VIH, para prevenir la trasmisión vertical tenían entre 21 a 30 años el 81.3%, se identificó que 6.3% tenían menos de 20 años, El 56.3% eran procedentes de las área rurales del municipio, y el 50.0% su escolaridad era secundaria. El estado civil acompañada 62.5% fue lo más referido, siendo el 87.5% ama de casa. El 68.8% ya tenían entre 1 a 3 hijos. También se logró observar que el 25.0% fueron captadas en el 1er trimestre y el 37.6% estaban en seguimiento de la enfermedad, pero fueron captada en el 2do trimestre y 12.5% captadas en el tercer trimestre. Conclusión: Las gestantes con VIH/SIDA son sobretodo adultas jóvenes procedentes de zonas rurales. <sup>(7)</sup>

**Merchan Bague A (2013).** Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH -SIDA de 20 a 30 años” en el Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hídalgo de Procel” de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Ecuador. Objetivo: Constatar el aumento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información, por medio de una encuesta. Material y métodos: La investigación es un estudio descriptivo transversal, no experimental, se observó 20 casos, Resultados: Las

principales complicaciones fueron anemia con el mayor porcentaje, seguido de amenaza de aborto. Ya que a su vez se da por que la mayoría de las pacientes acuden a los controles prenatales pero no como se tiene previsto; ya que juega un papel importante para el bienestar materno y fetal. Conclusión: El índice de mujeres embarazadas con VIH han aumentado progresivamente, y con ello el riesgo de transmisión perinatal, sino tiene la debida precaución durante el embarazo; ya que la infección muchas veces se las diagnostica durante el embarazo o después al parto. <sup>(8)</sup>

**Guarnizo Salinas, H. F. (2014).** Medidas preventivas sobre VIH-sida en las gestantes que acuden a la consulta externa en el Hospital Básico Huaquillas enero-marzo 2014 (tesis de pregrado). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador. objetivo Determinar el nivel de conocimiento de las medidas preventivas sobre VHI-SIDA en las madres que acuden a la consulta externa en el Hospital Básico Huaquillas enero -marzo 2014. Material y métodos: Estudio descriptivo, no experimental y de corte transversal, la población estuvo constituida por 92 pacientes y para la muestra se seleccionaron 22 pacientes de la atención médica inmediata. Las técnicas empleadas para la recolección de datos se basaron en una encuesta, entrevista y cuestionario aplicada a las pacientes, de los cuales se obtuvo el siguiente resultado: los factores de riesgos se encontraron con una influencia alta del 46% siendo el factor de riesgo es más predominante. Dentro de las características individuales el elemento más prevalente es la edad de 14-18 años con un porcentaje de 34%.

En lo que respecta a la condición sexual, el porcentaje mayoritario de los infectados es el de los heterosexuales, muy por encima de homosexuales y bisexuales. En lo concerniente a la ocupación, los obreros y las amas de casa siguen liderando el listado mientras que, teniendo en cuenta el estado, los casados superan ampliamente a los solteros. Concluyéndose que los factores de riesgos influyen directamente en la toma de medidas preventivas de VIH,

pero pueden ser contrarrestados con un estilo de vida sexual saludable. De la misma manera se orientó a las personas en la importancia de la salud sexual y reproductiva no solo de las gestante sino más bien de sus convivientes, y a realizarse controles médicos mensuales, ya que es un problema de salud pública se debe fortalecer los programas del ministerio de salud y la atención que brinda para llevar un mejor control de las personas que acuden y prevenir contagios a los establecimientos de salud del ministerio. <sup>(9)</sup>

**Fernández B (2014).** Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes embarazadas Tamaulipas México. El trabajo tiene como objetivo: identificar el nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas que presenta un paciente con VIH/SIDA, en adolescentes embarazadas de 12 - 19 años de edad. Material y métodos: Este estudio se llevó a cabo con población asistentes a siete Centros de Salud de una Institución Pública y tres unidades de medicina familiar de seguridad social. Se aplicó el Instrumento “Encuesta para Embarazadas”, elaborado con base a los objetivos y población elegida, validado con KR20 de Richardson de 0.95 de confiabilidad. El trabajo se sustentó en metodología cuantitativa con estadística descriptiva. Los resultados observados fueron, con conocimiento medio 50 (35.5%) de educación secundaria, 40 (28.3%) de primaria y 4 (2.8%) presentaron bajo conocimiento, con primaria y secundaria, el nivel alto estuvo ausente. Conclusión: En relación a conocimientos de signos y síntomas, solo el 58.44 % identificaron de manera correcta. <sup>(10)</sup>

## **NACIONALES**

**Pillaca F. (2015).** Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de gestantes seropositivas atendidas en el hospital Hipólito Unanue 2012-2013. Objetivo: Determinar las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de gestantes seropositivas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2012 y 2013. Material y Método: El tipo de investigación fue cuantitativo, de diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. Población: estuvo constituida por

12757 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo de 2012 al año 2013. Muestra: conformada por 99 gestantes seropositivas. Resultados: Sociodemográficas: edad promedio 20-24 y 25-29 años 27.3%, estado marital conviviente 62.6%, ama de casa 72.7%, con secundaria 74.7%, lugar de procedencia, la costa 72.7%. Gineco-obstétricas: menarquia de 10 a 14 años 79.8%, inicio de relaciones sexuales de 15 a 19 años 92.9%, 2 parejas sexuales 46.5%, multíparas 72.7%, no recibieron tratamiento antirretroviral antes de esta gestación 56.6%, tipo de parto al culminar la gestación fue de 94.9% por cesárea y 57.6% no optaron ningún tipo de método anticonceptivo posterior al término de la gestación. Conclusión: La epidemia del VIH/SIDA continúa siendo un problema de salud pública, las gestantes están incrementándose en este grupo vulnerable. Cabe resaltar que establecer las características contribuye en la detección temprana para detener la infección de VIH/DIDA en nuestra población. <sup>(11)</sup>

**Reyes M (2014).** Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. Perú. El año 2005, el Ministerio de Salud (MINSA) inició una ampliación en la implementación de la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH, sin embargo la cobertura de tamizaje para VIH en gestantes aún no es óptima. Objetivo: determinar los factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH en gestantes atendidas en establecimientos del MINSA. Metodología: estudio analítico transversal. Resultados: se entrevistó a 349 gestantes. La proporción de gestantes que fue tamizada para VIH en establecimientos del MINSA fue de 84%. El análisis multivariado determinó que los factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH fueron la falta de acceso o tener menos de 5 visitas de atención prenatal (APN) (OR=2,7; IC95%1,3-5,6; p=0,009), no brindar información a la gestante sobre la prueba de VIH (OR=7,5 IC95%3,7-15,4; p<0,001) y la no disponibilidad de la prueba rápida para VIH durante la atención

de la gestante en el establecimiento (OR=3,1; IC95%1,4-6,6; p=0,004). Conclusiones: Los factores asociados a la no realización del tamizaje dependen básicamente de los servicios de salud, por lo que es necesario revisar las estrategias de captación de gestantes para la APN, los procesos de consejería y oferta de la prueba de VIH en los servicios de salud. Palabras claves: tamizaje, VIH, gestantes, pruebas. <sup>(12)</sup>

**Silva J (2015).** Complicaciones obstétricas en gestantes portadores del virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2012 – 2014. Objetivo general: El presente estudio tiene como objetivo determinar las complicaciones obstétricas en las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de estudio de enero de 2012 a diciembre de 2014. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental. Resultados: La incidencia de gestantes infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) durante el periodo de estudio es de 0.2 % (36 casos). El 90 % de las gestantes proceden del Distrito de Comas. El 58 % de las gestantes tienen edad entre los 21 y 30 años. El 69% de las gestantes son convivientes. El 70% de las gestantes tienen grado de instrucción secundaria. Las características de actividad sexual de las gestantes infectadas con VIH son: El 100% de las gestantes no usan preservativos durante sus relaciones sexuales con su pareja. El 86% de las gestantes tuvieron entre 1 a 3 parejas sexuales. El 22% de las gestantes fueron detectadas en el tercer trimestre del embarazo y el 39% en los primeros controles prenatales. El 63% de los casos de las gestantes tuvo control prenatal adecuado. El 62% de los partos fueron a término. El 75% de las gestantes culminó su embarazo por vía cesárea. El 72% de las gestantes presentó complicaciones durante su embarazo. El 34% fueron infecciones urinarias, 20% de las gestantes presentaron Amenaza de Parto pretérmino, 16% abortaron, el 55 % de las gestantes iniciaron tratamiento profiláctico con AZT a las 35 semanas de edad

gestacional. Conclusión: Este estudio evidencia que la incidencia de gestantes con VIH, de 2012 al 2014 es de 0.2%. Se encuentra a las infecciones del tracto urinario 35%, seguidas del parto pretérmino 20%, aborto 16%, amenaza de parto pretérmino 9%, ruptura prematura de membrana 6%, enfermedad hipertensiva 6%, por último y con el mismo porcentaje del 3% óbito fetal, hemorragia posparto y retardo de crecimiento uterino. <sup>(13)</sup>

**Portocarrero J. (2015).** VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. Objetivo: abordar la problemática de las gestantes indígenas con VIH. Material y métodos: Recuento de los principales hallazgos sobre el tema a nivel internacional para luego revisar el estado de la investigación en el Perú. Resultados: En el ámbito internacional se encuentra que el estudio sobre las gestantes indígenas con VIH se centra en la salud del nonato y la prevención de la transmisión vertical, existe poca información acerca de las concepciones sobre la enfermedad, prácticas de cuidado y prevención de la transmisión vertical, así como las percepciones sobre el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y el papel de la medicina tradicional en la atención de su condición de salud. A nivel nacional se encuentra solo con una referencia bibliográfica. Conclusión: Se evidencia la necesidad de un urgente enfoque médico antropológico para investigar y atender los casos de VIH en gestantes y mujeres en edad reproductiva en las comunidades indígenas de la amazonia peruana. <sup>(14)</sup>

**Harold J. (2015).** Gestación e infección por VIH. Experiencia en el Hospital A. Loayza. Objetivo: Presentar las primeras experiencias de gestantes VIH+ asistidas en el Hospital Loayza entre 1996 y 1997. Material: Estudio retrospectivo de 20 mujeres gestantes VIH+. Resultados: La incidencia promedio del bienio fue 0,18% aumentando en casi 50% de un año a otro (0,15% a 0,22% 1997). Cuatro fueron catalogadas como sidosas y dieciséis como seropositivas. Catorce madres, tenían edad entre 21 y 30 años (70%) y

cuatro de 16 a 20 años (20%). Madres solteras representaron el 35%. La instrucción superior y algún grado de secundaria abarcó el 9,5%. El 20% inició actividad sexual antes de los 15 años; 45% fueron primíparas. Doce gestantes (60%) tuvieron adecuado control prenatal y recibieron zidovudina (AZT) durante 10,7 semanas (promedio), alumbrando ocho de cesárea electiva (4 restantes llegaron en expulsivo). Tres presentaron condilomas acuminados (15%). Conclusión: Los 20 neonatos tenían entre 37y 41 semanas por edad gestacional, siendo 15% (3) pequeños para edad gestacional. Hasta octubre 1998, 2 niños (10%) son serorrevertores (2 de estas madres con control prenatal recibieron AZT). <sup>(15)</sup>

## **ANTECEDENTES LOCALES**

No se encontraron estudios.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. VIH**

El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años, debido al equilibrio entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente.

Posteriormente, se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a la etapa de SIDA.

### **SIDA**

EL SIDA es el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, es una enfermedad vírica que afecta al sistema inmunológico humano, dañando así la capacidad de defensa del organismo. Sin resistencia una persona con SIDA, es susceptible de diversas enfermedades e infecciones.

## **Origen del VIH**

El VIH fue descubierto en 1984, 3 años después del primer caso documentado de SIDA (en 1981). Fue descubierto en Francia por el equipo de investigadores de L. Montagnier en el Instituto Pasteur de Paris. El origen del Virus de inmunodeficiencia humana es incierto, pero las teorías más aceptadas plantean que llegó al humano como muchas otras enfermedades por Zoonosis (enfermedad transmisible al ser humano desde el huésped animal, como la rabia) transmitida del SIV (virus de inmunodeficiencia del simio) al humano, mutando en lo que ahora conocemos como VIH.

Se piensa que el virus puede provenir de los simios de África donde hay numerosos casos de SIV entre los simios, probablemente cuando los cazadores ingleses iban a cazar al norte de África, tal vez consumieron carne de simio cruda o simplemente una herida con exposición de fluido sanguíneo tuvo exposición directa a sangre infectada de un simio con SIV.

También se piensa que otro de los factores que ayudaron a la rápida expansión del virus, fueron las campañas de vacunación en Europa, donde las jeringas eran de cristal, se reutilizaban y no eran esterilizadas. <sup>(16)</sup>

## **Fases Clínicas del VIH/SIDA.**

**Fase de infección aguda retroviral.** Se corresponde con la llegada del virus al sujeto y se caracteriza desde el punto de vista clínico por 2 situaciones: Puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los pacientes o es sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, como se expone a continuación.

- Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías (cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa), artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.



- Síntomas dermatológicos: rash eritematoso maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.
- Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retro-orbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de GuillainBarré.

Estos síntomas tienen un período de tiempo de aproximadamente 6 a 8 semanas y no requieren tratamiento específico, sólo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica futura del paciente.

En esta fase hay una gran viremia inicial, y las células del sistema inmunológico son el principal órgano diana, por lo que hay destrucción y merma transitoria de dichas células. De forma lenta se produce una respuesta inmune contra el virus, por lo que disminuye el número de partículas virales en la sangre, pero continúa su replicación en los órganos linfáticos (ganglios linfáticos con preferencia y bazo); o sea, que la respuesta inmune inicial no es suficiente para eliminar el virus. Durante esta fase se tiene el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos. <sup>(17)</sup>

**Fase o período de portador asintomático.** Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático, que en tiene una duración promedio de 12 años, aunque los nuevos tratamientos la prolongan cada vez más. De forma general puede estar asintomático por completo o tener un síndrome endénico con las siguientes características: Más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan dos o más regiones contiguas. Por lo común se excluyen las adenopatías de localización inguinal por la diversidad de causas que las producen, pero cuando son de tamaño

importante deben de evaluarse junto con las de otras regiones y tenerlas en cuenta, sobre todo en individuos que tengan los factores de riesgo para ser infectados con el VIH. Se llama linfadenopatía generalizada persistente y de manera general se considera como un esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección. Puede o no haber esplenomegalia A pesar de estar asintomáticos, continúa la replicación del virus, aunque muy baja, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el diagnóstico en esta fase es serológico. El principal reservorio del VIH durante esta fase es el sistema linfóide, sobre todo los ganglios linfáticos y el bazo.

**Fase de complejo relacionado con el SIDA.** En la medida en que pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase llamada complejo relacionado con el SIDA, la cual va a representar una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso SIDA o final. Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente por lo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan serios como en la siguiente Esta fase se conoce también como SIDA menor o pre SIDA y clínicamente se caracteriza por distintos síntomas:

- Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso.
- Hematológicos: anemia y trombocitopenia (con síndrome purpúrico o sin él). Linfadenopáticos: con las características descritas anteriormente.
- Respiratorios: tos seca persistente.
- Digestivos: diarrea.

- Dermatológicos: candidiasis oral (heraldo), dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zoster y verrugas genitales.
- Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica.

**Fase SIDA o caso SIDA.**- Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuyo importante papel en la respuesta inmune es bien conocido. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Por lo general, es frecuente que un paciente en esta fase tenga varias afecciones indicadoras de SIDA. Actualmente, aparte de las enfermedades indicadoras de SIDA, también se ha incluido para el reporte de caso SIDA a pacientes con conteo de células CD4 < de 200 por mm<sup>3</sup>, con independencia del estado clínico en que se encuentren. Las alteraciones que se encuentran en el examen físico son de variada naturaleza, pero las más frecuentes en la práctica clínica y que sugieren infección por VIH son:

- Generales: pérdida del tejido adiposo que llega incluso a la caquexia.
- En la boca: candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi.
- En la piel: sarcoma de Kaposi, herpes zoster, lesiones de molusco contagioso y dermatitis seborreica.
- En el fondo de ojo: retinitis por Cytomegalovirus y exudados blanquecinos algodonosos. <sup>(18)</sup>

**Métodos de trasmisión.** El conocimiento de los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH fue uno de los primeros y más

importantes retos planteados en la lucha contra esta enfermedad. El VIH se transmite a través de tres vías:

### **Sexual, parental y vertical**

**Transmisión Sexual.** La transmisión sexual es el modo de infección más común en todo el mundo, incluyendo en cualquier tipo de coito: vaginal, anal y menos frecuente pero no exento de riesgo. Las posibilidades de infección de VIH por transmisión sexual dependen de varios factores:

-Conducta sexual: Determina un grado variable de transmisión en función de diversos factores: a) Número de relaciones. b) La vía utilizada (las estimaciones para una única exposición anal receptiva, claramente más peligrosa que la relación insertiva, estarían entre 0,1%-0,3%, o entre 1/10 y 1/600 en otra estimación; para una única exposición vaginal receptiva, también más peligrosa que la insertiva, entre 0,1%-0,2%, o entre 1/200 y 1/2000 en otra estimación global. La exposición oral receptiva, y en mucha menor cuantía la insertiva, son prácticas de riesgo documentadas, aunque menos peligrosas que las anteriores.

Recientemente se ha informado que la exposición oro-genital podría entrañar mayor riesgo del estimado inicialmente, con hasta un 8% de los nuevos casos adquiridos por esta vía. c) La capacidad de lesionar la mucosa incrementa el riesgo, aunque se sabe que la infección puede producirse a través de mucosas intactas, dado que contienen macrófagos y células de Langerhans en contacto con la superficie y con receptores para el VIH, como se ha demostrado con los al menos 14 casos conocidos de transmisión a través de inseminación artificial d) La utilización de métodos protectores de barrera (preservativos): así un meta análisis encontró una tasa global de eficacia del preservativo del 69%, aunque cuando se utiliza correctamente, lo que implica buenos materiales (látex/vinilo) y buena técnica (no contacto entre secreciones

y mucosas), dicha eficacia se aproximaría al 100%. La lucha para promover unas relaciones sexuales más seguras ha encontrado difíciles escollos incluso en los países con alto nivel de información, en los que se está describiendo el "fenómeno del agotamiento", por el que el abandono de las precauciones más elementales está condicionando un claro incremento de las ETS y el VIH/SIDA. <sup>(19)</sup>

### **Transmisión Parenteral**

#### **-Uso de drogas por vía parenteral**

Este hábito es responsable de una muy importante proporción de casos de SIDA en el mundo, de manera directa (compartiendo las jeringuillas de inyección) o indirecta (transmisión sexual a las parejas de los usuarios de drogas).

La eficiencia transmisora del acto de compartir los hábitos de la drogadicción intravenosa (básicamente, la reutilización del material de inyección) es mayor que la de las relaciones sexuales y, en el comienzo de la pandemia, en poco tiempo las comunidades de usuarios de drogas por vía parenteral pasaron a tener tasas de infectados muy altas. Lógicamente, la intensidad de la drogadicción, del intercambio de jeringuillas usadas y del número de compañeros con el que se comparten, es un factor de riesgo para la transmisión.

#### **-Transfusiones de sangre**

Las transfusiones de sangre, en el caso de estar contaminadas por el VIH, se seguirían de la infección del receptor en más del 60%-95% de los casos.

Todas las donaciones de sangre en los países desarrollados son objeto de control sanitario y, por tanto, el riesgo de infección en una transfusión es ya prácticamente inexistente. Las donaciones de órganos en el caso de los trasplantes y de espermatozoides en el de la inseminación artificial, también son controladas actualmente. <sup>(20)</sup>

### **-Transmisión Vertical.**

Se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir:

- Transmisión Intraútero: el virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido placentario desde temprano como el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere rol patogénico en la transmisión intraútero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida.
- Transmisión Intraparto: este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana de vida y luego se hace positivo (infección tardía).
- Transmisión post parto vía lactancia materna: el virus ha sido detectado en leche materna por cultivo. Hay reportes bien documentados de transmisión de VIH de madres, quienes adquirieron el virus después del parto y lactaron a sus niños.

Hay estudios que sugieren que el 50-70% de la transmisión vertical del VIH puede ocurrir intraparto y el riesgo de transmisión de madres infectadas después del parto es de alrededor de un 29%.

Si la madre se ha infectado alrededor del parto, el riesgo estimado para el niño a través de la lactancia materna es de aproximadamente un 14%. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección, este porcentaje desciende notablemente con el uso de terapia antiretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada. <sup>(21)</sup>

### **VIH SIDA Y EMBARAZO**

La Epidemia de VIH/SIDA en el Perú se encuentra en el nivel “concentrada”, porque la prevalencia de VIH en gestantes es 0.23%

El período de incubación del SIDA puede durar hasta diez años. Desde la infección con el VIH hasta la aparición del SIDA pueden transcurrir hasta 10 años.

Estudios epidemiológicos sugieren que las tasas de embarazos en mujeres seropositivas que no han presentado SIDA son comparables con aquellas no infectadas, mientras que las que desarrollaron la enfermedad la probabilidad de embarazarse es bastante menor.

La mayoría de las mujeres descubren su portación o enfermedad durante el embarazo o posterioridad al parto al pesquisar la infección en su descendencia. <sup>(22)</sup>

Con respecto a la Consejería pre y postconcepcional, entendida como un “diálogo confidencial entre una consultante y un consejero(a) con el objetivo de habilitar a la mujer para el enfrentamiento del estrés, la toma de decisiones relacionadas con el VIH/SIDA durante el embarazo y la discusión de elementos para la prevención de la transmisión vertical”, es importante recomendar la necesidad de tratar en ella los siguientes tópicos:

- Influencia del VIH en el embarazo.
- Riesgo de transmisión vertical e impacto de medidas profilácticas.
- Beneficios y riesgos de la terapia antirretroviral.
- Pronóstico para los niños que adquieren la infección.
- Riesgos relacionados con la amamantación.

Afortunadamente, el estado gravídico no parece alterar la evolución o la historia natural de la infección por VIH, ya que si bien es cierto se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, estas vuelven a su línea basal después del parto.

En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad médica crónica, la incidencia de patología obstétrica no aumenta permaneciendo el aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pre término y muerte fetal dentro de prevalencias esperables. <sup>(23)</sup>

Sin embargo, en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario ( $CD4 < 300/dl$ ) el riesgo de las complicaciones infecciosas se incrementan.

El enfrentamiento clínico a una gestante seropositiva se debe basar en una evaluación minuciosa de su estado de salud inicial, realizándose un completo examen físico, dando especial atención a aquellos signos que nos orienten a patología infecciosa oportunista y evaluando su estado inmunitario actual. <sup>(24)</sup>

Dentro de los exámenes de laboratorio que rutinariamente deben realizarse destacan:

**Parámetros infecciosos:**

- Serología rubéola.
- Urocultivo.
- Antígeno de superficie de virus hepatitis B.
  - RPR ó VDRL.
- Serología para hepatitis C. <sup>(25)</sup>
- PPD para tuberculosis.
- Serología para *Toxoplasma gondii*.
- Serología para citomegalovirus.
- Cultivo para gonococco, *Chlamydia*, *Mycoplasma* y *Ureaplasma*.<sup>(26)</sup>

**Parámetros inmunológicos:**

- Recuento de CD4
- Evaluación de carga viral (PCR).

Todas las evaluaciones de diagnóstico prenatal pueden realizarse sin contraindicación, salvo aquellas técnicas invasivas que signifiquen un riesgo adicional al feto de ser infectado (biopsia de vellosidad corial, amniocentesis, cordocentesis).<sup>(27)</sup>



## **Recomendaciones de manejo en la gestante para prevenir transmisión vertical**

1. Pesquisa precoz de infección por VIH: se debe ofrecer la opción a toda mujer que desee embarazo y/o en su inicio de embarazo la realización de la serología para VIH, previo consejería y consentimiento informado.

2. Terapia antiretroviral: cuyo objetivo es reducir la carga viral y con ello prevenir en la gestante la progresión del VIH y la transmisión vertical.

3. Drogas antiretrovirales en el embarazo:

– En el esquema a utilizar no deben usarse Hidroxiurea ni Efavirenz (teratogénicos).

– No debe indicarse el Indinavir durante el tercer trimestre por el riesgo de hiperbilirrubinemia y cálculos renales en el recién nacido.

– Los inhibidores de las proteasas, potencialmente aumentan el riesgo de hiperglicemia en el embarazo, efecto que debe tenerse presente (intolerancia a hidratos de carbono).

– La Zidovudina (AZT), el Eпивir (3TC) y la Nevirapina son las únicas drogas con estudio farmacocinético en mujeres embarazadas. <sup>(28)</sup>

Durante la gestación, aunque no se puede eliminar el riesgo, se puede reducir con tratamiento médico siendo importante acudir al control prenatal periódico desde el comienzo del embarazo; posteriormente se debe evaluar en forma permanente el funcionamiento del sistema inmunológico de la madre ya que es necesario conocer el nivel de células protectoras y el nivel de carga viral (cantidad de VIH existente en la sangre), así se podrá establecer en qué fase de la infección por VIH se encuentra; para instaurar el tratamiento más adecuado. <sup>(29)</sup>

La madre debe cuidar de su estado de salud, manteniendo una alimentación balanceada, tomar vitaminas como ácido fólico, hierro y calcio que previenen complicaciones por desnutrición en la gestante.

Toda mujer embarazada debe terminar su gestación con cesárea, pues ésta implica menor riesgo de exposición del bebé a la sangre de la madre.

Si el tratamiento ha sido idóneo, riguroso y juicioso, al momento del nacimiento la madre tendrá una cantidad indetectable de virus en su sangre y sí por eventos fortuitos, sucede parto y no cesárea, la efectividad del tratamiento garantizará que el bebé no se infecte. <sup>(30)</sup>

Para evitar la transmisión del VIH se recurre a evitar otra de las vías, aconsejando a la madre que no amamante a su bebé. Si una mujer desea tener un hijo, debe tener presente la posibilidad de haber estado expuesta a cualquier ITS o al VIH y por ello debe practicarse la prueba de laboratorio indicada previa asesoría y con un seguimiento clínico adecuado. <sup>(31)</sup>

### **TRANSMISIÓN VERTICAL (DE MADRE A HIJO)**

Esta vía de transmisión se da de una mujer que vive con el VIH a su bebé. Se puede producir en tres momentos:

**DURANTE EL EMBARAZO.**-a través de la placenta, cuanto más alta sea la

carga viral en la madre gestante, mayor es la probabilidad de que el niño adquiera el virus.

**DURANTE EL PARTO.**-Por el contacto con sangre y otros fluidos, la mayor parte de las infecciones ocurren en este momento. La tasa de transmisión de VIH de madre a niño durante el embarazo y el parto es de aproximadamente el 20-25%. En este ejemplo se utiliza una tasa del 20.

De esta manera cerca de 4 de los bebés de las 20 madres infectadas por el VIH tendrán la posibilidad de infectarse durante el embarazo o el parto.

**DURANTE LA LACTANCIA.**- El virus puede pasar a través de la leche materna o en el sangrado de los pezones de la madre. La tasa de

transmisión a través de la lactancia es de 5-20% de los bebés que están siendo amamantados por sus madres que están infectadas por el VIH. Para este ejemplo utilizamos una tasa de 15%, como promedio. 15% de 20 es 3. De esta manera cerca de 3 de los bebés de madres VIH positivas tienen la posibilidad de infectarse por la lactancia.

La lactancia de las madres VIH-positivo es una vía importante de transmisión

del VIH, pero no amamantar acarrea un riesgo significativo para la salud de los lactantes y de los niños pequeños. La lactancia es vital para la salud de los niños, reduce el impacto de muchas enfermedades infecciosas y previene algunas enfermedades crónicas. <sup>(32)</sup>

### **Transmisión madre-feto (recién nacido)**

En las diversas series se acepta que la transmisión es de 15 a 55%, notando que la mayoría de series señalan transmisión entre 20 y 40%. Se ha reconocido los siguientes factores:

#### 1. Estado clínico materno.

Durante la fase I ó seroconversión, la viremia es alta y por lo tanto, la transmisión de eleva. Asimismo cuando la paciente sale de fase asintomática y pasa a la fase sintomática, casi siempre asociada a disminución de CD4, se reconoce que la opción de infectar al producto en pacientes sintomáticos es 9 veces mayor que en gestantes infectadas asintomáticas. El estado inmune contra el VIH, medido con los niveles de transmisión altos. Así mismo, las gestantes con historia de drogadicción (especialmente EV) producen una transmisión del VIH. <sup>(33)</sup>

#### 2. Condiciones de la placenta.

Se reconoce que la placenta es una barrera para el pasaje del VIH al feto. Aunque el virus ha sido aislado en fetos de 8 semanas y que la positividad crece según avanza la gestación, se estima ahora que la mayor transmisión ocurre al final de la gestación o el parto. Las infecciones comunes, como la sífilis, la corioamnionitis, la toxoplasmosis y otros,

producen una disrupción del tejido placentario y aumenta la transmisión del VIH. Por otro lado las complicaciones obstétricas, como cariomnionitis, son más frecuentes en mujeres con VIH que en mujeres sin VIH (26% vs 14%).<sup>(34)</sup>

### 3. Estado nutricional de la gestante y la vitamina A.

Recientemente se ha dado énfasis en reducir la mortalidad de niños mal nutridos con sarampión, neumonía, entre otros, con dosis elevadas de vitamina A. Así mismo, la sepsis como neumonía con fiebre elevada se acompaña de gran excreción urinaria de vitamina A. Es probable que los múltiples procesos febriles de una paciente VIH promueva el desarrollo de la deficiencia de vitamina A.<sup>(35)</sup>

Semba, de J. Hopkins, señaló que la transmisión de VIH de madre a feto es baja si el nivel sérico de vitamina A es normal:  $>1,4$   $\mu\text{mL/L}$  (transmisión de sólo de 5,5%); pero cuando los niveles de vitamina A son moderadamente bajos ( $1,05$ - $1,4$   $\mu\text{mL/L}$ ), la transmisión del VIH se estima es del 25%; pero si los niveles son menores a  $=0,7$   $\mu\text{mL/L}$ , la transmisión es mayor de 30%. Se ha indicado que otros nutrientes, como selenio y zinc, también son importantes en la población con VIH/SIDA. Sin embargo, el rol de ellos durante la gestación y la afectación durante la transmisión del VIH. Es de asumir que si mantenemos niveles séricos normales de vitamina A en una gestante, utilizando suplementos adecuados a partir del segundo semestre, sin producir sobredosis, la transmisión podría ser reducida.<sup>(36)</sup>

### **Transmisión del VIH durante el parto**

Aunque la transmisión del VIH puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, la mayoría de casos (50 a 75%) ocurre alrededor del parto. Se ha reconocido que las investigaciones iniciales sobre la indicación de la cesárea no redujeron la transmisión del VIH, pero se debió a que se espera tener una indicación obstétrica, como ruptura prematura de membranas, parto prolongados y otros, y donde había contacto

sanguíneo (por ejemplo, episiotomía) entre la madre y el feto. Además el feto tenía contacto con la secreción cervical que contiene una carga importante de virus. Estudios recientes señalan que la cesárea electiva reduce la transmisión en comparación con el parto vaginal. Incluso hay experiencias numerosas donde, el parto gemelar, el primer gemelo tiene un riesgo elevado (35% de transmisión) en relación del segundo gemelo, que tiene sólo 8%. Probablemente, los eventuales traumas microscópicos de la placenta durante el trabajo de parto, así como el contacto con la secreción cervical y la sangre de la madre con el recién nacido; permite asumir que la cesárea electiva puede ser una indicación necesaria. <sup>(37)</sup>

### **Transmisión del VIH por lactancia materna**

En los estudios iniciales de mujeres con VIH, era muy difícil precisar el rol de la lactancia en la transmisión del VIH. Recién cuando se identifica a mujeres negativas al dar a luz, recibir sangre contaminada sin percatarse de ello y luego dar a lactar normalmente y contagiar a sus recién nacidos, es que se pudo definir con precisión este mecanismo. En esta medida, la OMS ha recomendado seguir la lactancia en países del tercer mundo, en mujeres infectadas con VIH, por el efecto riesgo-beneficio.

Recientes estudios realizados por Lepage en Ruanda muestran que la lactancia tiene un rol elevado de transmisión, especialmente en mujeres malnutridas o con infección VIH avanzada. En este sentido, para situaciones como las de Perú, donde todavía no es elevado la frecuencia y el costo-beneficio es enorme a favor de subsidiar la lactancia si es que conocemos que la madre está infectada. Obviamente, esta aseveración tendrá que ser revisada en forma periódica de acuerdo con los hallazgos de nuestra realidad. <sup>(38)</sup>

### **Reducción de la transmisión del VIH con el uso de AZT**

Recientes estudios demuestran que el empleo de zidovudina (AZT) es seguro en la gestación, con una buena concentración fetal y amniótica. Los estudios de seguridad han señalado efectos notables negativos en la madre, en el recién nacido y en la placenta. <sup>(39)</sup>

En un estudio doble ciego (ACTG 076) publicado por E. Connor y colaboradores, se utilizó AZT 100 mg 5 veces/día vs. Placebo en gestaciones incluidas entre 14 y 34 semanas, la que continuaron hasta a dar a luz. Se incluyó dosis EV el día del parto y 2 mg/kg/día administrados al recién nacido hasta la sexta semana de vida.

De las 183 gestantes que sólo recibieron placebo, el 25,5% de niños tuvieron infección al seguimiento de 72 semanas. Este hallazgo notable, señala una reducción de 2/3 en la transmisión, con escasos efectos adversos. Obviamente, estos hallazgos dan luces promisorias para reducir la transmisión, aunque debe reconocerse que su costo elevado no lo hace una alternativa fácilmente accesible en nuestro país. <sup>(40)</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**SÍNDROME:** Es un conjunto de síntomas y signos que producen manifestaciones clínicas.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Este virus es transmisible y ataca el sistema de defensa natural que posee el cuerpo humano contra todo tipo de agresiones.

**ACTITUD:** Disposición de ánimo manifestada exteriormente en las acciones personales hacia alguna clase de casos o sucesos.

**PREJUICIOS:** Juicio u opinión sobre algo, antes de tener verdadero conocimiento de ello.

**RESPONSABILIDAD:** Es asumir las tareas que nos corresponden; aceptar las consecuencias de las propias acciones.

**ADHERENCIA:** Estricto cumplimiento de una terapia basada en la prescripción de drogas con el propósito de evitar la resistencia a los medicamentos.

**PRÁCTICA DE RIESGO:** Cualquier tipo de comportamiento, sexual o no, que pueda transmitir el VIH.

**PROFILAXIS:** Un tratamiento o el suministro de fármacos que tienen por objeto prevenir una infección o enfermedad.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Una visión amplia, holística y medioambiental de la salud, con énfasis en la equidad y la justicia social, como un medio para mejorar la salud a través de la educación, la movilización social y la abogacía.

**REDUCCIÓN DEL DAÑO:** Conjunto de estrategias diseñadas para combatir el uso ilegal de drogas entre individuos. Entre éstas se incluye la abstinencia, los programas de educación por pares y otros programas educativos, los programas de intercambio de agujas/ jeringas, los programas de detoxificación y otras alternativas de tratamiento.

**EMBARAZO:** Tiempo que dura este estado, desde la concepción hasta el parto.

**ATENDER:** Cuidar de alguien

**HOSPITAL:** Establecimiento destinado a proporcionar todo tipo de asistencia médica, incluidas operaciones quirúrgicas y estancia durante la recuperación o tratamiento, y en el que también se practican la investigación y la enseñanza médica.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:** Cualidades o rasgos que presenta un paciente con VIH/SIDA relacionadas con la enfermedad como edad, sexo procedencia.

**PACIENTE:** Del latín patiens (“padecer”, “sufrir”), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Ha: Si se encuentra incidencia del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero de 2012 y agosto de 2017.

H.E: NO se encuentra incidencia del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero de 2012 y agosto de 2017.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Variable Dependiente**

Gestantes con VIH/SIDA

### **2.5.2. Variable Independiente**

Edad gestacional

Grado de instrucción

Paridad

Parejas sexuales

Probable forma de contagio de la patología

Procedencia

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

-Gestantes con VIH/SIDA.- Presencia del virus en sangre de la gestante con o sin síntomas de la enfermedad.



-Edad gestacional.- Trimestre de gestación cuando fue diagnosticado de VIH/SIDA.

-Grado de instrucción.- Nivel de estudios que alcanzó la gestante.

-Paridad.- Número de partos que presenta la gestante al momento del diagnóstico de VIH/SIDA

-Parejas sexuales.- Número de parejas sexuales que presentó la gestante al momento del diagnóstico de VIH/SIDA

-Probable forma de contagio de la patología.- Tipo de contagio que probablemente tuvo.

-Procedencia.- Lugar geográfico de donde procede la gestante.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instru mento</b>	<b>Fuente</b>
Gestantes con VIH/SIDA	Presencia del virus en sangre de la gestante con o sin síntomas.	Dependiente	Nominal	Con VIH/SIDA Sin VIH/SIDA	Ficha de datos	Historia clínica
Edad gestacional	Trimestre de gestación cuando fue diagnosticado de VIH/SIDA.	Independiente	Ordinal	1° trimestre 2° trimestre 3° trimestre	Ficha de datos	Historia clínica
Grado de instrucción	Nivel de estudios que alcanzó la gestante.	Independiente	Ordinal	Primaria Secundaria Superior		
Paridad	Número de partos que presenta la gestante al momento del diagnóstico de VIH/SIDA	Independiente	Ordinal	Primípara Secundípara Múltipara		
Parejas sexuales	Número de parejas sexuales que presentó la gestante al momento del diagnóstico de VIH/SIDA	Independiente	Ordinal	De 2 a menos De 3 a más		
Probable forma de contagio	Tipo de contagio que probablemente tuvo.	Independiente	Nominal	Sexual Inyectable Transfusión		
Procedencia	Lugar geográfico de donde procede la gestante.	Independiente	Nominal Dicotómica	Rural Urbana		

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental pues solo se obtuvieron los datos sin modificarlos, transversal pues se midió la variable una sola vez. Retrospectiva pues los datos son secundarios de historias clínicas y obtenidas entre mayo 2012 a junio 2017, y descriptiva pues presenta una variable.

##### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Retrospectiva- descriptiva simple.

##### **3.1.3. MÉTODO**

Inductivo.

## **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.2.1. POBLACIÓN**

El estudio es, en gestantes atendidas entre enero de 2012 a agosto de 2017 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.

### **3.2.2. MUESTRA**

La investigación se realizó en la población pues la incidencia de VIH/SIDA en gestantes es baja por lo que se estudiará 60 casos.

## **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.3.1. TÉCNICAS**

Documental, pues se revisó historias clínicas de donde se obtuvieron los datos del estudio. Previa autorización del ejecutivo y del responsable del servicio de estadística.

### **3.3.2. INSTRUMENTOS**

Ficha de recolección de datos en base a historias clínicas donde se consignan los datos necesarios para la realización de la investigación.

## **3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvieron las estadísticas inferenciales y analizados para ser presentados en forma de tablas y gráficos.

## **ETICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se rige según las normas éticas para las investigaciones como son, la reserva de los datos, pues cada historia clínica del paciente fue

identificada por un número, se realizará el permiso correspondiente de las autoridades del hospital para el acceso a los datos.

**CAPÍTULO IV:  
RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

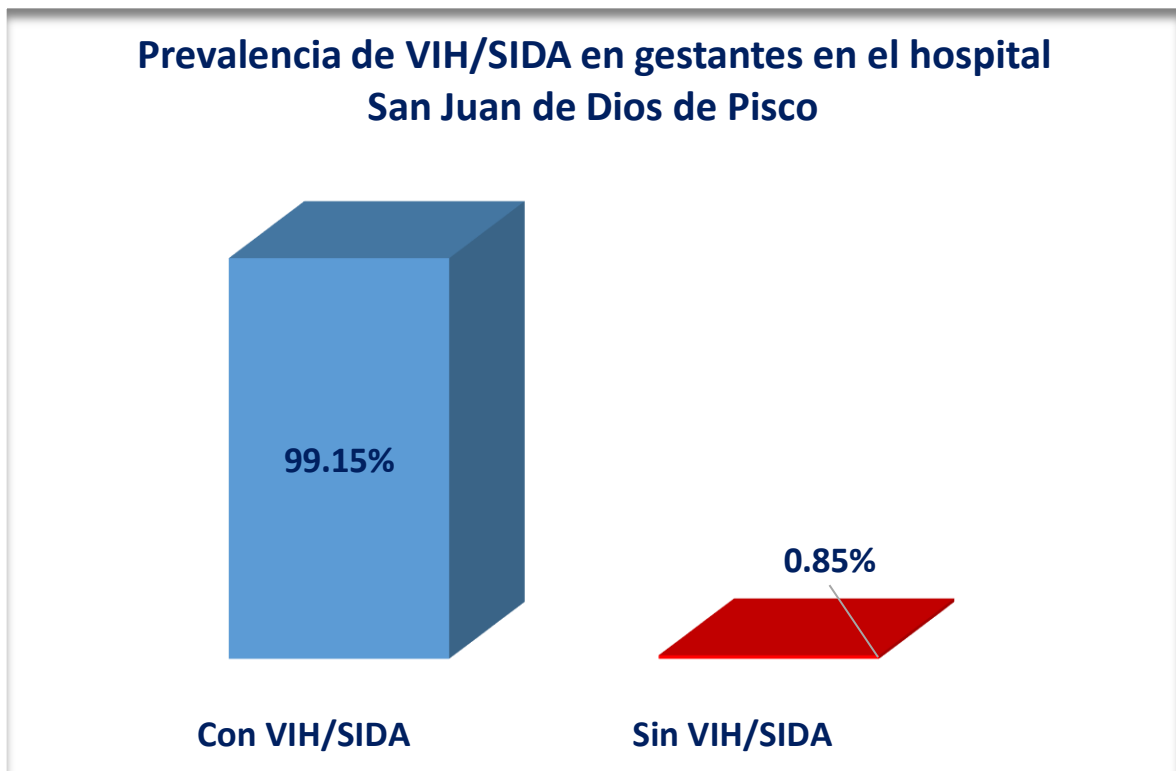
**INCIDENCIA DEL VIH/SIDA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS DE PISCO ENTRE ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL  
2017**

Embarazada	Frecuencia	Porcentaje
Sin VIH/SIDA	7000	99.15%
Con VIH/SIDA	60	0.85%
Total	7060	100%

Fuente: H. SJD Pisco

La incidencia de VIH/SIDA en gestantes del hospital San Juan de Dios de Pisco es de 0.85%

**GRÁFICO N° 01**



Fuente: H. SJD Pisco

**TABLA N° 02**

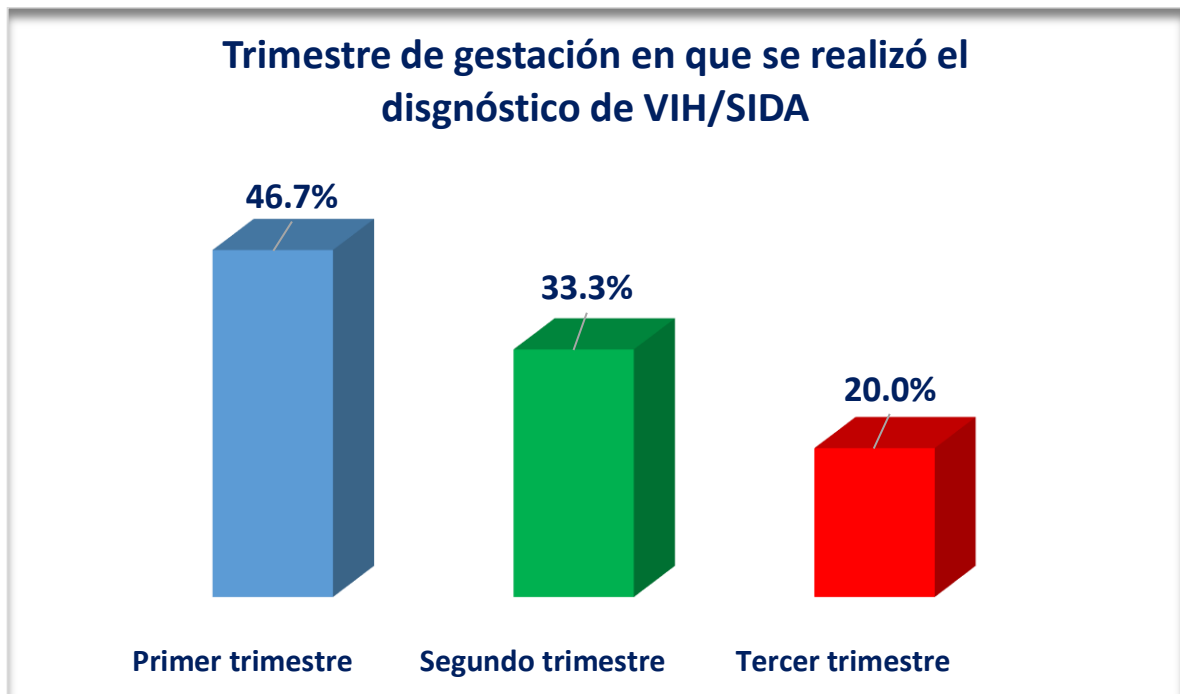
FRECUENCIA DE GESTANTES CON VIH/SIDA SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN QUE SE DIAGNOSTICÓ LA PATOLOGÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL 2017

Trimestre de gestación	Frecuencia	Porcentaje
Primer trimestre	28	46.7%
Segundo trimestre	20	33.3%
Tercer trimestre	12	20.0%
Total	60	100.0%

Fuente: H. SJD Pisco

El diagnóstico de VIH/SIDA de las gestantes fue: el 46.7% de las gestantes el diagnóstico se hizo en el primer trimestre, el 33.3% en el segundo trimestre y el 20% en el tercer trimestre.

**GRÁFICO N° 02**



Fuente: H. SJD Pisco



**TABLA N° 03**

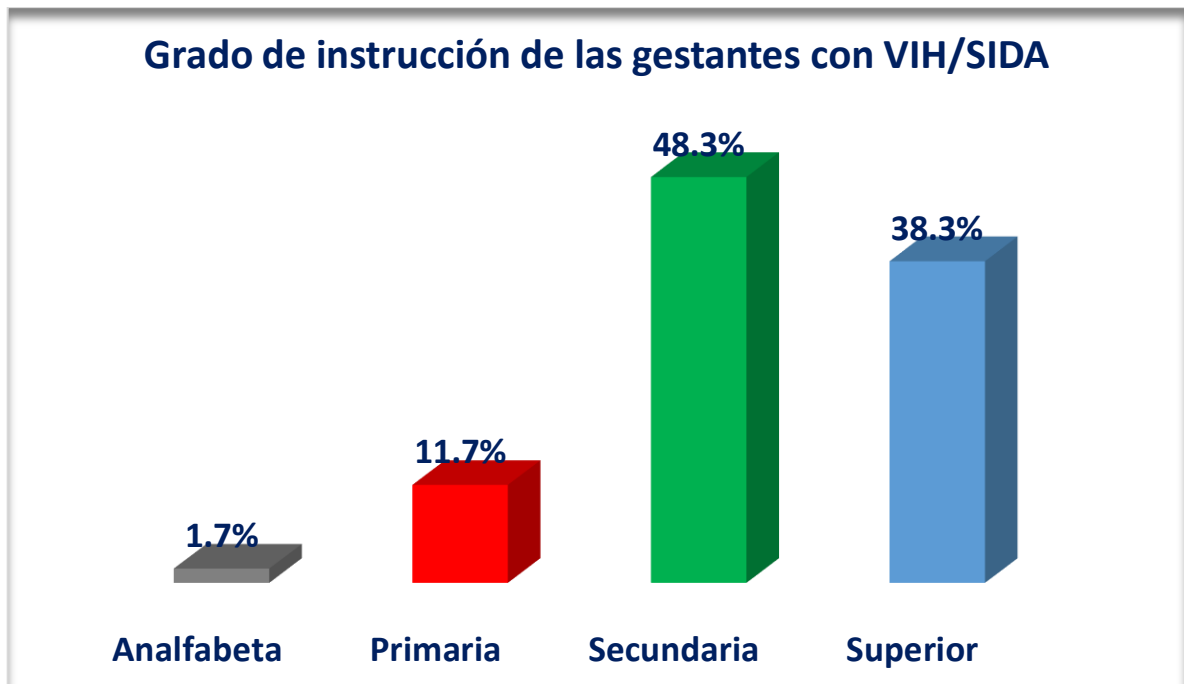
FRECUENCIA DE GESTANTES CON VIH/SIDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL 2017

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1.7%
Primaria	7	11.7%
Secundaria	29	48.3%
Superior	23	38.3%
Total	60	100.0%

Fuente: H. SJD Pisco

Al momento del diagnóstico de VIH/SIDA de las gestantes el 1.7% eran analfabetas, 11.7% tenían primaria, el 48.3% tenían secundaria, y el 38.3% tenían grado de instrucción superior.

**GRÁFICO N° 03**



Fuente: H. SJD Pisco

**TABLA N° 04**

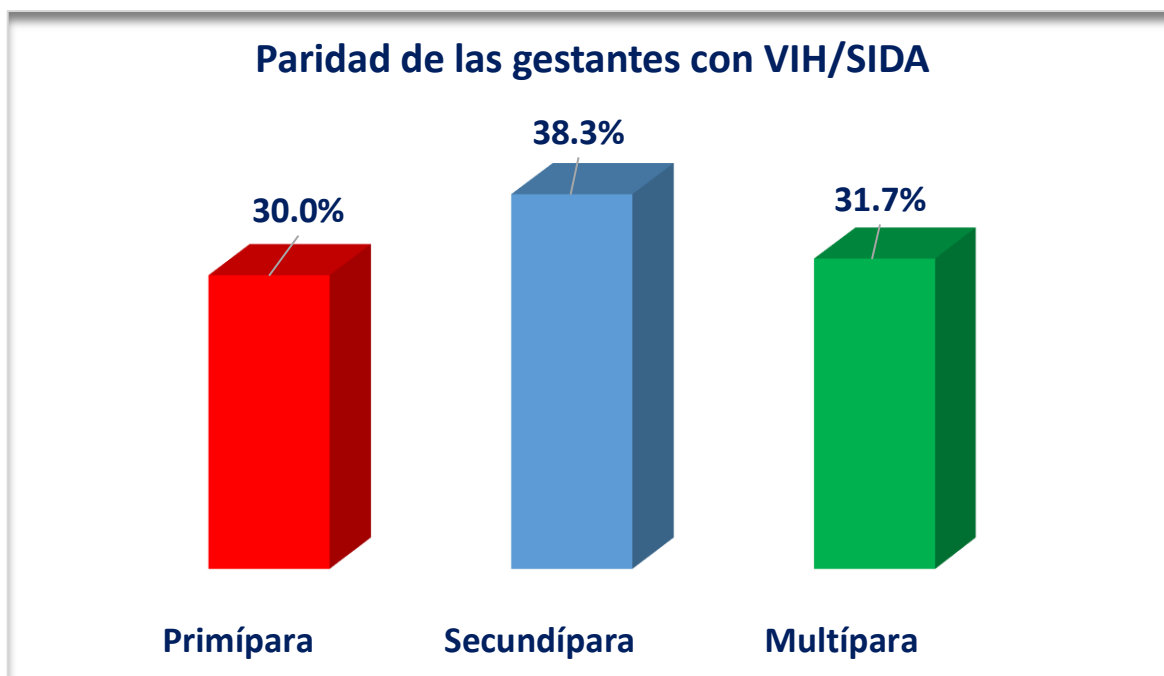
FRECUENCIA DE GESTANTES CON VIH/SIDA SEGÚN PARIDAD HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL 2017

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	18	30.0%
Secundípara	23	38.3%
Múltipara	19	31.7%
Total	60	100.0%

Fuente: H. SJD Pisco

Al momento del diagnóstico de VIH/SIDA de las gestantes el 30% eran primíparas, 38.3% eran secundípara, el 31.7% eran múltiparas.

**GRÁFICO N° 04**



Fuente: H. SJD Pisco

**TABLA N° 05**

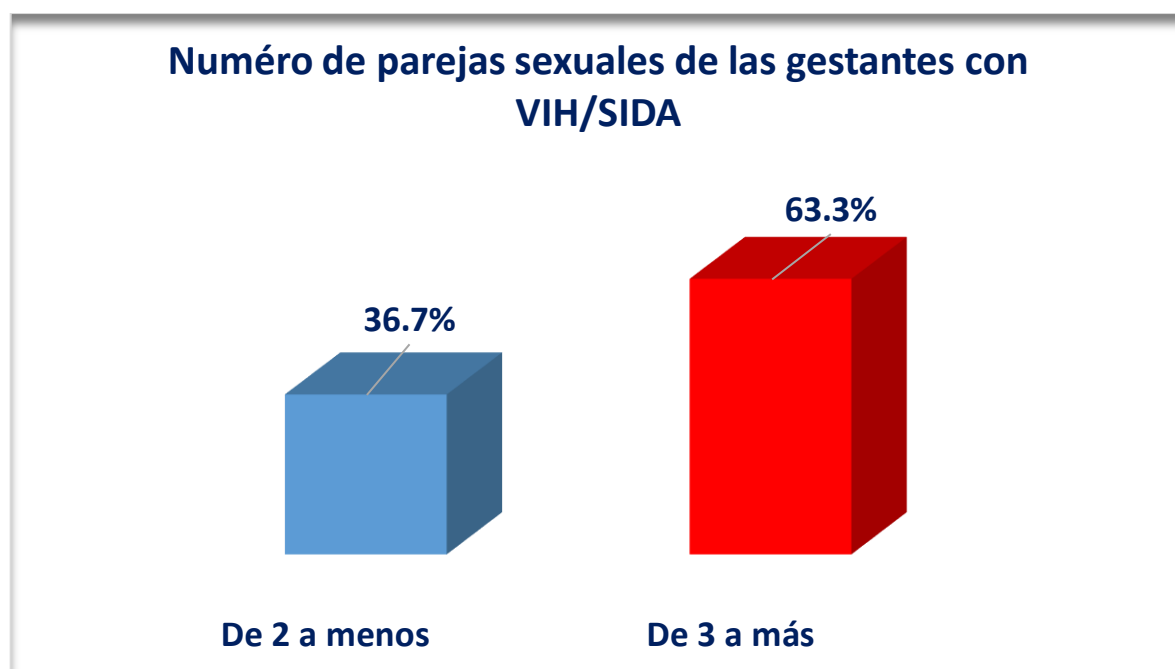
FRECUENCIA DE GESTANTES CON VIH/SIDA SEGÚN PAREJAS SEXUALES  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL  
2017

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
De 2 a menos	22	36.7%
De 3 a más	38	63.3%
Total	60	100.0%

Fuente: H. SJD Pisco

Al momento del diagnóstico de VIH/SIDA de las gestantes el 36.7% tenían 2 a menos parejas sexuales, y el 63.3% tenían 3 a más parejas sexuales

**GRÁFICO N° 05**



Fuente: H. SJD Pisco

**TABLA N° 06**

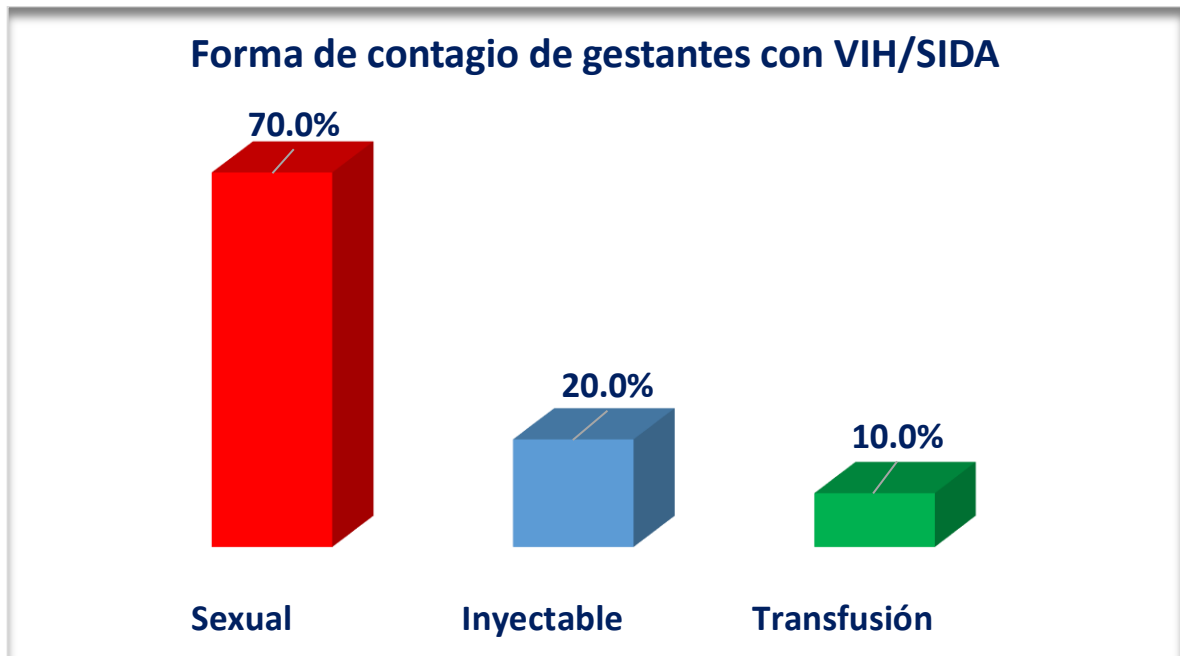
FRECUENCIA DE GESTANTES CON VIH/SIDA SEGÚN PROBABLE FORMA DE CONTAGIO DE LA PATOLOGÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL 2017

Forma probable de contagio	Frecuencia	Porcentaje
Sexual	42	70.0%
Inyectable	12	20.0%
Transfusión	06	10.0%
Total	60	100.0%

Fuente: H. SJD Pisco

Al momento del diagnóstico de VIH/SIDA de las gestantes el 70% de ellas refieren que este contagio fue por vía sexual, el 20% refirieron que fue vía inyectable, y el 10% fue vía transfusión.

**GRÁFICO N° 06**



Fuente: H. SJD Pisco

**TABLA N° 07**

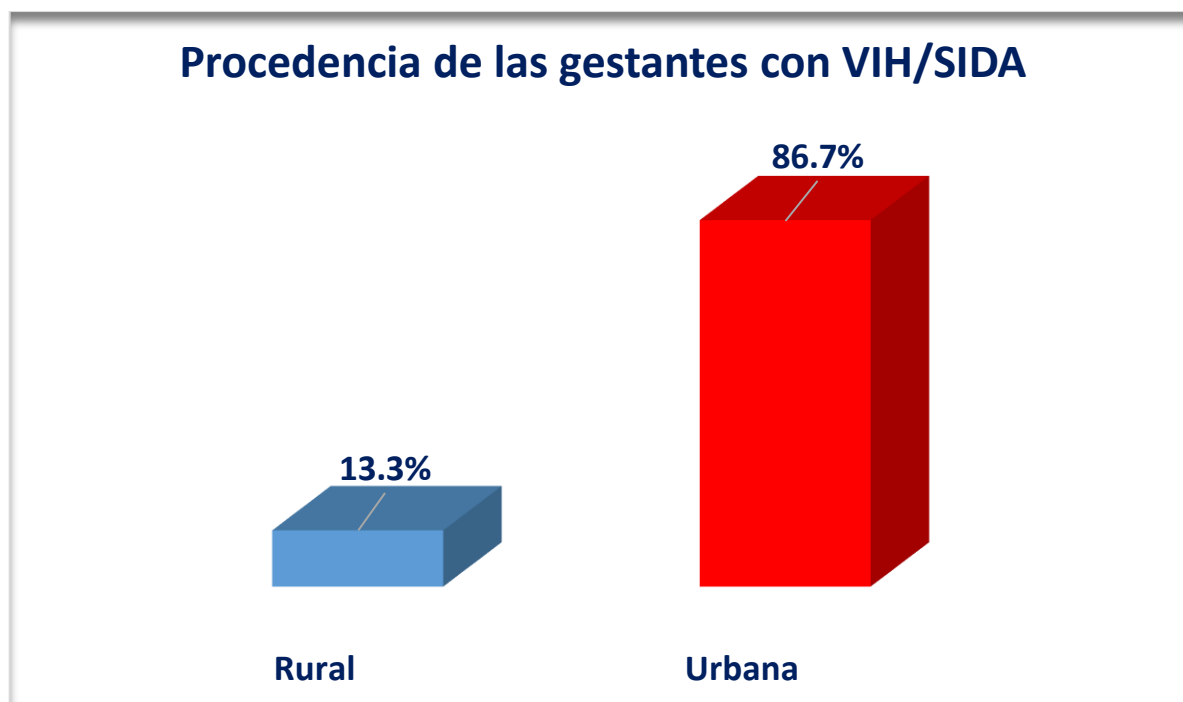
FRECUENCIA DE GESTANTES CON VIH/SIDA SEGÚN PROCEDENCIA  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, ENERO DEL 2012 Y AGOSTO DEL  
2017

Forma probable de contagio	Frecuencia	Porcentaje
Rural	8	13.3%
Urbana	52	86.7%
Total	60	100.0%

Fuente: H. SJD Pisco

Al momento del diagnóstico de VIH/SIDA de las gestantes el 13.3% proceden de la zona rural y el 86.7% proceden de la zona urbana.

**GRÁFICO N° 07**



Fuente: H. SJD Pisco

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

Al desarrollar la investigación se detectó una incidencia de VIH/SIDA en gestantes que acudieron para su atención al Hospital San Juan de Dios de Pisco de 0.85%, que un porcentaje alto en relación a la literatura nacional que oscila por el 0.23%<sup>23</sup> según el área geográfica. Lo que indicaría que en Pisco el contagio por esta enfermedad es más frecuente que se atribuiría a la condición de área turística de la ciudad de Pisco pues esta enfermedad se encuentra sobre todo en aquellos que tienen malos hábitos sexuales como se observa en personas foráneas que visitan la ciudad por diferentes fines.

El diagnóstico de esta enfermedad se realizó sobre todo en el primer trimestre de la gestación en un 46.7% seguido del segundo trimestre en el 33.3% y finalmente en el tercer trimestre en el 20% de los casos, ello atribuido que en el primer contacto que se tienen con la gestante en el son mayormente en el primer trimestre por lo que al realizarle sus pruebas de tamizaje se puede diagnosticar con mayor probabilidad, mientras que los que son diagnosticados en el segundo trimestre algunos son porque su primer contacto con la obstetra fue en este periodo o algunos son porque en este periodo se hicieron detectables, por lo tanto los diagnosticados

en el tercer trimestre en su mayoría son porque en este periodo se hicieron diagnosticables. Lo que se observa en otros estudios es que el efecto sobre el tipo de parto no es significativo pues según Zambrana<sup>6</sup> en Bolivia demuestra que, 42% de las pacientes tuvieron partos eutócicos. Sin embargo, Gutiérrez<sup>7</sup> en su estudio en Nicaragua el 25.0% fueron captadas en el 1er trimestre y el 37.6% estaban en seguimiento de la enfermedad, pero fueron captada en el 2do trimestre y 12.5% captadas en el tercer trimestre y el resto ya vinieron con diagnóstico antes de la gestación.

Al evaluar el grado de instrucción de las gestantes el 1.7% eran analfabetas, el 11.7% tenía de primaria, el 48.3% tenían secundaria y el 38.3% tenían superior al momento de su diagnóstico, ello indica que la exposición a los factores de riesgo es más frecuente cuando la gestante esta en secundaria que es un periodo donde se manifiestan las primeras relaciones sexuales de riesgo, y sabiendo el largo periodo de incubación de la enfermedad<sup>23</sup> hace que se manifiesten en este periodo o en edades superiores cuando la mujer se encuentra con nivel superior. Esta relación también fue evaluada indirectamente por Guarnizo<sup>9</sup> en Huaquillas Ecuador indicando que dentro de las características individuales el elemento más prevalente es la edad de 14-18 años con un porcentaje de 34%, pues a esta edad la mayoría se encuentra con secundaria. Es más Fernández en México relaciona grado de instrucción con niveles de conocimientos sobre VIH encontrando que se relacionan, constituyendo así que el grado de instrucción es un riesgo para presentar esta enfermedad. Silva<sup>13</sup> en el Hospital Sergio Bernal encuentra que el 70% de las gestantes tienen grado de instrucción secundaria, que por su proporción indica a este grupo de gestantes con secundaria mayor exposición al riesgo de tener VIH/SIDA.

También se evaluó la paridad de las gestantes, encontrándose que la distribución es similar entre las primerizas, secundíparas y las múltiparas, pues las edades entre la primeriza, la secundípara y la múltipara son similares pues en Pisco el embarazo precoz es frecuente, de tal manera que entre cada grupo no existe diferencias significativas en relación a su edad. También, Gutiérrez<sup>7</sup> en su estudio en Nicaragua

donde el 68.8% ya tenían entre 1 a 3 hijos, y el resto correspondía a los que tenía de 4 a más hijos, indicando también la relación más frecuente cuantos más hijos tienen. Mientras que, Harold<sup>15</sup> en su estudio en el Hospital Loayza encuentra que el 45% fueron primíparas, teniendo en consideración que muchas gestantes en Lima su gestación es tardía mientras tanto están expuestas al virus en mayor proporción. En relación a la cantidad de parejas sexuales que presentaron las gestantes durante su vida sexual, la enfermedad es más frecuente en las que tuvieron 3 a más parejas sexuales con 63.3% en relación a los que solo tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales que solo son el 36.7%, lo que indica la relación que tiene esta enfermedad con el número de parejas sexuales que se relaciona a su vez con una mayor frecuencia de relaciones sexuales y con exposición al virus con más parejas sexuales. Al respecto Pillaca<sup>11</sup> en el Hospital Hipólito Unanue encuentra que el inicio de relaciones sexuales fue de 15 a 19 años 92.9%, 2 parejas sexuales 46.5%, múltiparas 72.7% en las gestantes con VIH/SIDA. Sin embargo, según Reyes<sup>12</sup> manifiesta en su estudio que solo el 84% de las gestantes fueron tamizadas lo que excluye del diagnóstico al 16% de los pacientes gestantes.

Seguidamente se evaluó la probable vía de transmisión de esta enfermedad según lo manifestado por la gestante, al indicarle las posibles vías, el 70% manifestaron que lo más probable se debería a la vía sexual, pues nunca se inyectaron y ni transfundieron, mientras que el 20% les atribuyeron a inyectables pues algunas de las gestantes admitieron usar esta vía para sustancias alucinógenas, y otras por inyectables endovenosas o intramusculares con fines de tratamientos. Y el 10% lo atribuyeron a transfusiones en gestaciones anteriores o en otras circunstancias.

La procedencia de las gestantes son sobre todo de áreas urbanas 86.7% en comparación al 13.3% que son de zonas rurales, lo que indica que la exposición al virus es sobre todo en las zonas urbanas donde se encuentra el turismo y la promiscuidad de riesgo es mayor pues el número de parejas sexuales es también mayor. Al respecto Portococarrero<sup>14</sup> alerta que las gestantes indígenas con VIH existen poca información acerca de las concepciones sobre la enfermedad, prácticas de cuidado y prevención de la transmisión vertical.



## CONCLUSIONES

La incidencia de VIH/SIDA en gestantes del hospital San Juan de Dios de Pisco es de 0.85%.

En el 46.7% de las gestantes el diagnóstico se hizo en el primer trimestre, el 33.3% en el segundo trimestre y el 20% en el tercer trimestre.

El 1.7% eran analfabetas, 11.7% tenían primaria, el 48.3% tenían secundaria, y el 38.3% tenían grado de instrucción superior.

El 30% eran primíparas, 38.3% eran secundípara, el 31.7% eran multíparas.

El 36.7% tenían 2 a menos parejas sexuales, y el 63.3% tenían 3 a más parejas sexuales.

El 70% de ellas refieren que este contagio fue por vía sexual, el 20% refirieron que fue vía inyectable, y el 10% fue vía transfusión.

El 13.3% proceden de la zona rural y el 86.7% proceden de la zona urbana.

#### 5.4. RECOMENDACIONES

1. Promover la prevención de esta enfermedad a través del uso adecuado de medios de protección en las relaciones sexuales como son el uso del condón o del diafragma genital, que por su fácil uso es el condón el más recomendado, pero por la idiosincrasia de los varones, el diafragma puede ser una alternativa.
2. Diagnóstico precoz de esta enfermedad a través de tamizajes en el primer control de su gestación o antes de estar gestando a fin de tomar las precauciones para el nacimiento.
3. Insistir en el grupo de riesgo que se encuentran con nivel de instrucción primaria y secundaria pues son grupos donde el riesgo aumenta pues se inician las relaciones sexuales, por lo tanto, tomar las medidas preventivas es de gran interés en estas mujeres.
4. Mejorar la captación de gestantes a fin de realizarse un control pre natal adecuado con sus respectivos análisis pues un diagnóstico precoz de esta enfermedad es fundamental para evitar transmisión vertical de la enfermedad. Ello se logra con actividades preventivo promocionales donde se imparte conocimientos y se capta gestantes que aún no tienen controles.
5. Fomentar estilos de vida sexual saludables, recomendando tener relaciones sexuales monogámicas pues al aumento de parejas sexuales también aumenta el riesgo de contraer VIH/SIDA.
6. Evitar relaciones sexuales con personas desconocidas o de conocimiento precoz pues aumenta el riesgo de contraer la enfermedad, evitando inyectarse con jeringas usadas. Ello se logra brindando información a los grupos de riesgo a través de un mayor acercamiento a ellos.
7. Realizar actividades promocionales de proyección a la comunidad tanto a nivel urbano como rural, pues el riesgo está presente en ambas zonas, aunque en mayor proporción en las zonas urbanas y turísticas.
8. Aperturar un consultorio obstétrico en los colegios para que los adolescentes reciban consejería y orientación en planificación familiar y ITS / VIH.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. El sida en cifras 2015. Informe ONUSIDA 2015; 3- 11.
- 2.- ONUSIDA. Hoja informativa, noviembre de 2016. 2016 [cited 2016 Sep 15]. Available from: <https://goo.gl/oefKhv> .
3. Organización Mundial de Salud .Temas de salud .VIH e infecciones de transmisión sexual.2015 [Consultado el 1 de julio del 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org>.
- 4.- Gonzales E. Tesis: Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes. Hospital Nacional docente Madre-Niño San Bartolomé. Lima-Perú. Enero-Marzo 2014.
- 5.- Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SDA en el Perú- 2013. [Consultado el 25 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>
- 6.- Zambrana J. (2016). Factores de riesgo de transmisión vertical de VIH/SIDA que presentan las embarazadas de 15 a 40 años que acuden al hospital municipal modelo corea, primer semestre 2014 Bolivia.
- 7.- Gutiérrez C. (2014). Manejo de Pacientes Embarazadas con VIH/SIDA de Acuerdo al Protocolo Para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a diciembre 2014. Nicaragua.
- 8.- Merchan Bague A (2013). Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH -SIDA de 20 a 30 años” en el Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hídalgo de Procel” de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Ecuador.
- 9.- Guarnizo Salinas, H. F. (2014). Medidas preventivas sobre VIH-sida en las gestantes que acuden a la consulta externa en el Hospital Básico Huaquillas enero-marzo 2014 (tesis de pregrado). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador.

- 10.- Fernández B (2014). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes embarazadas Tamaulipas México.
- 11.- Pillaca F. (2015). Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de gestantes seropositivas atendidas en el hospital Hipólito Unanue 2012-2013
- 12.- Reyes M (2014). Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. Perú.
- 13.- Silva J (2015). Complicaciones obstétricas en gestantes portadores del virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2012 - 2014
- 14.- Portocarrero J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana.
- 15.- Harold J. (2015). Gestación e infección por VIH. Experiencia en el Hospital A. Loayza.
- 16.- Visión Mundial Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 2013. Paquete de Herramientas de Programación en VIH/SIDA
- 17.- UNICEF 2012. Prevengamos el VIH/SIDA Guía metodológica para la prevención del VIH/SIDA por adolescentes
- 18.- Organización Mundial de la Salud. Datos fundamentales sobre la epidemia de VIH y los progresos realizados en las regiones y los países. 2012. [Consultado el 22 de octubre del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/hiv>.
- 19.- Rubiano Mesa, Yurian Lida; Munevar Torres, Rosa Yolanda; Goethe Sánchez, Brunhilde Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 48, núm. 3, julio septiembre, 2016, pp. 353-363
- 20.- Munevar Y (2016). El ambiente hospitalario: generador de estigma y rechazo de la gestante con VIH/SIDA. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 603-8
- 21.- Biblioteca de Salud reproductiva de la OMS. Eficacia y seguridad del nacimiento por cesárea para la prevención de la transmisión vertical del VIH-1. [Consultado el 20 de setiembre del 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int>.

- 22.- Velásquez C. Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH. Instituto nacional materno perinatal Revista Peruana Medicina Experimental Salud Pública. Vol 29 no 4 Lima (2012).
- 23.- ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Ginebra 2010. [Consultado el 24 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.unaids.org>
- 24.- Mendoza J. Tesis: Características de gestantes infectadas con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao. Enero de 2010 marzo 2014, Lima-Perú.
- 25.- Antón Ruiz J. Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes. Desarrollo de un modelo predictivo 2013.
- 26.-Ministerio de la Sanidad. Plan multisectorial contra el VIH y SIDA en España 2012
- Portocarrero J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. Rev. Perú. med. exp. salud publica vol.32 no.3 Lima jul./set. 2015
- 27.-Instituto Nacional de Salud Mental de los EE. UU. 2012. Depresión y el VIH/SIDA. Instituto Nacional de la Salud Mental. disponibles mediante MedlinePlus (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>)
- 28.- Pérez Vázquez H. 2012. Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA)
- 29.- Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual 2013. Dirección General de Epidemiología. [Consultado el 29 de Abril del 2013]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>
- 30.- García P y colaboradores. Nunca pensé que me iba a pasar a mí. VIH y vulnerabilidad de la mujer en el Perú: evidencias y recomendaciones para la acción. (2013) Pág.102.
- 31.- Ramos W. y cols. Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Base de datos ENDES. 2011-2013.

- 32.- Macias J, Masini R, Wainstein C. Temas de la enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en la Mujer. Buenos Aires Argentina. 1a Edición.2012.pag 403 – 423.
- 33.- Solari L, Valdéz L, Echevarria J y Gotuzzo E. Mujeres con VIH-SIDA. en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Revista Médica Herediana, 2012 pág. 62-68.
- 34.- Padilla P, Figueroa R, Plazola N, Chávez M, Torres J, Nava A. Factores relacionados con la falta de lectura de carteles que difunden prueba para detectar VIH en gestantes. Revista Cubana Salud Pública. vol.40 no.1 Ciudad de La Habana 2014; 40(1).
- 35.- Ministerio de Salud Hospital Nacional Hipólito Unanue. Análisis De Situación De Salud Hospitalario Lima- 2012. Gráfico N° 23- Atenciones Por VIH/ SIDA– Consulta Externa. Periodo 2003 – 2011.
36. Alonso J y colaboradores .Tesis: Aspectos médicos y epidemiológicos en pacientes y embarazadas que conviven con VIH. Maternidad de la ciudad Hospitalaria,”Dr. Enrique Tejera”, Valencia- Carabobo Enero del 2011 a diciembre 2013.
- 37.- Yugcha L. Tesis: Incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres embarazadas. Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. Guayaquil-Ecuador. Setiembre 2012 a Febrero 2013.
- 38.- Mere, J y Huamán, H. Gestación e infección por VIH. Experiencia en el Hospital Arzobispo Loayza. Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 45.no 8.Lima 2012-2013; 45 (1): 43 – 48.
- 39.- Ebaristo R. Tesis: Resultados Obstétricos, en mujeres atendidas de parto que vive con VIH. Hospital María Auxiliadora. Lima-Perú. (2011-2013)
- 40.- Morán N. Tesis: Grado Mujeres viviendo con VIH/SIDA: embarazo y factores biopsicosociales que impactan en su vida. Canelones, Uruguay. (2015).

## **ANEXOS**

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE FICHA DE ENCUESTA**

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO
¿Cuál es la incidencia y características epidemiológicas del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre mayo del 2012 y junio del 2017?	Determinar la incidencia y características epidemiológicas del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre mayo del 2012 y junio del 2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según edad gestacional en que se diagnosticó la patología</li> <li>2. Indicar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según grado de instrucción</li> <li>3. Evaluar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según paridad</li> <li>4. Investigar la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según parejas sexuales</li> <li>5. Precisa la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según probable forma de contagio de la patología</li> <li>6. Conocer la frecuencia de gestantes con VIH/SIDA según procedencia</li> </ol>	Ha: La incidencia del VIH/SIDA en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre mayo del 2012 y junio del 2017 es mayor a 0.2%	<b>Dependiente</b> Gestante con VIH/SIDA	Con VIH/SIDA Sin VIH/SIDA	Ficha de datos
				<b>Independiente</b> Edad gestacional  Grado de instrucción  Paridad  Parejas sexuales  Probable forma de contagio de la patología  Procedencia	Trimestre de gestación  Primaria Secundaria Superior  Primípara Secundípara Multípara  De 2 a menos De 3 a más Sexual  Inyectable Transfusión  Rural Urbana	Ficha de datos



**“INCIDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL VIH/SIDA EN  
PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE  
DIOS DE PISCO MAYO 2012 JUNIO 2017”**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Ficha N° \_\_\_\_\_**

**1.- Gestante con VIH/SIDA**

(Con VIH/SIDA)

(Sin VIH/SIDA)

**2.- Edad**

\_\_\_\_\_Años cumplidos

**3.- Grado de instrucción**

(Primaria)

(Secundaria)

(Superior)

**4.- Paridad**

(Primípara)

(Secundípara)

(Multípara)

**5.- Parejas sexuales**

(De 2 a menos)

(De 3 a más)

**6.- Probable forma de contagio de la patología**

(Sexual)

(Inyectable)

(Transfusión)

**7.- Procedencia**

(Rural)

(Urbana)