



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS E INCIDENCIA DE GESTANTES
PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO
ENERO 2007- JULIO 2017.**

TESIS PRESENTADO POR:

BACH. OBST: OBISPO LAURENTE, EMILY

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESOR (A):

OBST. DRA: LEILA ROSA MARINO PANDURO

Pucallpa- Perú

2017

ÍNDICE

CARATULA	I
INDICE	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	12
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	13
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL	
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS	
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	16
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.5 HIPOTESIS DE INVESTIGACION	16
1.5.1 IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES E INDICADORES	
1.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	
1.6 DISEÑO DE LA INVESIGACION	18
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION	

1.6.2	NIVEL DE INVESTIGACION	
1.6.3	METODO DE INVESTGACION	
1.7	POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION	18
1.7.1	POBLACION	
1.7.2	MUESTRA	
1.8	TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	20
1.8.1	TECNICA	
1.8.2	INSTRUMENTO	
1.9	JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	20

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	22
2.2	BASES TEORICAS	33
2.3	DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	53

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION

3.1	RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	57
3.2	CONCLUSIONES	72
3.3	RECOMENDACIONES	74
3.4	FUENTES DE INFORMACION	75

ANEXOS	79
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
AUTORIZACION DEL DIRECTOR DONDE SE HIZO EL ESTUDIO	

V. RESULTADOS

5.1 Presentación y Análisis de resultados

VI. CONCLUSIONES

VII. RECOMENDACIONES

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

IX. ANEXOS

DEDICATORIA

Con amor y cariño:

A mis padres y a mi esposo, que siempre estuvieron conmigo, dándome confianza y apoyo incondicional para culminar mi carrera profesional, este es el mejor regalo y siempre los llevaré en mi corazón con agradecimiento, ahora me corresponde devolverles con creces todo ese esfuerzo.

A mi preciosa hija Eimy, que es mi inspiración a seguir superándome pues es mi motivo de vida.

Agradecida también infinitamente con mi Dios; siendo El mi pastor y mi guía, puedo afirmar que nada me faltará.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Alas Peruanas y a mis docentes que me impartieron grandes enseñanzas, me llevo los mejores recuerdos de mi alma mater donde adquirí conocimientos esenciales que me permitirá realizarme como profesional.

Al Hospital Amazónico por haberme facilitado el campo clínico para realizar el internado y permitirme tener acceso a la información para el desarrollo de esta investigación.

A la Dra. Leila Rosa Marino de Ibazeta, asesora de mi tesis por su dedicación, entrega, por sus conocimientos, orientaciones y sus buenos consejos para lograr metas aún más grandes.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** Determinar las características maternas e incidencia de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017. Este trabajo se realizó bajo la Metodología de un diseño cualitativo, descriptivo transversal univariado nivel exploratorio. La muestra estuvo constituida por 62 gestantes portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana en un periodo de diez años. Como resultado de la investigación encontramos que, 63% de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años, 32% correspondió a población adolescente, siendo este grupo de mayor vulnerabilidad al riesgo obstétrico, el 63% cuenta con educación secundaria, el 84% tiene un estado conyugal de convivencia, el 92% fueron amas de casa, el 55% de las gestantes acudieron con referencia el 97% de ellas contaron con el seguro integral de salud (SIS). El 52% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana iniciaron sus relaciones sexuales en el rango de 14 -15 años, y el 14% inicio relaciones sexuales en edades menores a 13 años siendo este un inicio muy precoz de la actividad sexual. El 78% de las gestantes llego al final de la gestación con bajo peso, así mismo el 76% culminó la gestación mediante el parto abdominal, y un 24 % vía vaginal, siendo ello potencial riesgo para la trasmisión vertical, al indagar las causa que motivaron el parto vaginal, el 53% de las paciente llegaron al establecimiento de salud en periodo expulsivo, el 33% se relaciona al descuido del profesional que atendió a la gestante, el 58% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como método anticonceptivo definitivo. La incidencia de gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana en el presente estudio representó el 0.2%, cifras por debajo de los estándares nacionales. **Conclusiones:** el 32% de las gestantes portadoras del

virus de la inmunodeficiencia humana fueron población adolescente; el 26% la detección se dio en el trabajo de parto y en el post parto, el 7% no tuvo atención pre natal, aproximadamente la tercera parte de las gestantes, concluyeron la gestación con bajo peso, siendo este un riesgo de contar con recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino; el 29% presento una ITS, en el 24% la vía de terminación del parto fue la vía vaginal. la incidencia de gestantes con el virus de la inmunodeficiencia humana fue del 0.2% en un periodo de diez años.

Palabras clave: Virus de la Inmunodeficiencia humana, gestantes portadoras del virus.

ABSTRACT

The present study was designed with the **objective** of determining the maternal characteristics and incidence of pregnant women carriers of the human immunodeficiency virus attended at the Amazonian Hospital period January 2007- July 2017. This work was carried out under the Methodology of a qualitative design, descriptive transversal univariate level exploratory. The sample consisted of 62 pregnant women carriers of the human immunodeficiency virus in a period of ten years. As a result of the research we found that, 63% of the pregnant women carriers of the human immunodeficiency virus attended at the Amazónico Hospital are in the age group of 20 to 34 years, 32% corresponded to the adolescent population, this group being more vulnerable to risk obstetric, 63% have secondary education, 84% have a conjugal state of coexistence, 92% were housewives, 55% of pregnant women came with reference to the 97% of them had comprehensive health insurance (SIS). 52% of the patients carrying the human immunodeficiency virus initiated their sexual intercourse in the range of 14 -15 years, and 14% started sexual intercourse at ages under 13 years, this being a very early onset of sexual activity. 78% of pregnant women reached the end of pregnancy with low weight, likewise 76% completed pregnancy through abdominal delivery, and 24% via vaginal, being this potential for vertical transmission, when investigating the cause motivated the vaginal delivery, 53% of the patients arrived at the health establishment in the expulsive period, 33% were related to the carelessness of the professional who attended the pregnant woman, 58% of the patients carrying the human immunodeficiency virus accepted the contraception voluntary surgery (AQU) as a definitive contraceptive method. The incidence of pregnant women carriers of the human immunodeficiency virus in the present study represented 0.2%, figures below the national standards. **Conclusions:** 32% of the pregnant women carriers of the Human immunodeficiency virus were adolescent population; 26% of the detection occurred in labor and postpartum, 7% did not have prenatal care, approximately one third of the pregnant women, concluded the gestation with

low weight, this being a risk of having just born with intrauterine growth restriction; 29% presented an STI, in 24% the route of termination of labor was the vaginal route. The incidence of pregnant women with the human immunodeficiency virus was 0.2% in a period of ten years.

Key words: Human Immunodeficiency Virus, pregnant women carriers of the virus.

INTRODUCCION

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, es transmitido solamente de 3 formas: a través de relaciones sexuales no protegidas (heterosexuales u homosexuales), a través de sangre, hemoderivados, donaciones de órganos o semen o en tercer lugar de una madre infectada a su hijo, que es lo que se llama transmisión vertical o transmisión madre-hijo.

Hasta ahora desde el descubrimiento del virus, el diagnóstico de infección por el VIH en una mujer embarazada casi siempre terminaba en aborto. Pero, hoy los modernos fármacos mejoraron drásticamente la calidad de vida de estas personas, previniendo la infección de los hijos de madres portadoras del virus. Por otro lado, es de esperar que en el futuro aumenten las cifras de VIH a medida que aumente el número de pacientes embarazadas con acceso a tratamiento antirretroviral, ya que aumentará el tiempo de supervivencia de las pacientes infectadas y sus hijos.

De acuerdo al informe 2010 de ONUSIDA (El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), 34 millones de personas vivían con el VIH a finales de 2010, y cerca de 30 millones habían muerto por causas relacionadas con el SIDA desde que se registrara la enfermedad por primera vez hace 30 años. 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. En nuestro estudio se encontró una incidencia del 0.2%; el 32% de los casos correspondió a población adolescente, el 7% de las gestantes no tuvieron atención pre natal, más de la cuarta parte 26% la detección del virus ocurrió durante el trabajo de parto y el post parto, el 29% tuvo infección de alguna ITS durante la gestación, el 24% la vía del parto fue la vía vaginal.

En el presente estudio realizado en un periodo de diez años, se encontró 74 casos de gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana, los resultados fueron analizados estadísticamente, sirviendo de base para futuras investigaciones, el que permitirá realizar contrastaciones de los resultados.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización mundial de la salud (OMS), el VIH se define el virus de la inmunodeficiencia humana ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones alterando o anulando su función.

La OMS recomienda el antirretrovirico (TAR) de por vida para todas las personas infectadas por el VIH, incluida todas las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4. (1)

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen del sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad. (1)

A nivel mundial, la cobertura del antirretrovirico (TAR) en mujeres embarazadas que viven con el VIH aumentó del 33% en 2009 al 68% en 2013 (ONUSIDA, 2014)

En 2015, 77% de mujeres embarazadas que vivían con el VIH tuvo acceso a medicamentos antirretrovíricos. (2)

En 2016, 76% de embarazadas infectadas por el VIH en el mundo estaban en tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus hijos. (3)

El Perú está muy cerca de ser un país que ha eliminado la transmisión vertical (madre a niño) de VIH” afirmó el doctor Carlos Benites, Coordinador Nacional de la Estrategia de VIH del Ministerio de Salud (Minsa) (4.)

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 en la región costa. (4)

En el 2015 en la región de Ucayali se reportó, 43 casos de mujeres embarazadas portadoras del virus en El Hospital Regional de Pucallpa. (5) Por todo lo ante señalado podemos afirmar que esta infección se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo y en nuestro país que requiere ser abordado en diferentes aspectos para aportar resultados que puedan contribuir al control de la pandemia.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

ESPACIAL.- El estudio se realizó en el departamento de Gineco-Obstetricia Hospital Amazónico, establecimiento de salud de Nivel II.2, ubicado en el Jr. Aguaytia N° 605 del distrito de Yarinacocha.

TEMPORAL.- La investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido entre enero 2007 a julio 2017.

SOCIAL.- El grupo objeto de estudio fueron todas las Gestantes que dieron a luz en el Hospital Amazónico portadoras del virus inmunodeficiencia humana en el periodo de estudio.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuáles son las características maternas e incidencia de gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017?
- ¿Cuáles son las características Gineco-Obstétricas de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017?
- ¿Cuál es la incidencia de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características maternas e incidencia de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características sociodemográficas de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017
- Describir las características Gineco-obstétricas de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017
- Identificar la incidencia de gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana, atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2007- julio 2017.

1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS

En el presente estudio no se planteara hipótesis de investigación por tratarse de un trabajo netamente descriptivo; no se manipulara las variables, se describirán las características maternas conforme registra la historia clínica en 10 años de información.

1.5.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE

Características maternas e incidencia de gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana.

1.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Variable: Características maternas e incidentias, de gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana	Características sociodemográficos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de instrucción ✓ Estado civil ✓ Ocupación ✓ Lugar de procedencia ✓ Referencia ✓ Tipo de atención ✓ Nivel Socioeconómico
	Características Gineco-Obstétricas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio de relaciones sexuales ✓ Numero de pareja sexuales ✓ Pareja infectada por VIH ✓ Paridad ✓ Atenciones prenatales ✓ Hábitos ✓ Diagnóstico de VIH en el Embarazo según trimestre ✓ Mecanismo de Transmisión ✓ Infecciones en el Embarazo; Sifilis, TBC, Herpes, Otros ✓ Trimestre en que inicio antirretrovirales ✓ Semanas en la que culmino la gestación ✓ Vía de terminación del parto ✓ Lactancia Materna ✓ Método anticonceptivo post parto
	Incidencia de Gestantes VIH Que tuvieron parto Vaginal o Abdominal	Numero de gestantes portadoras del VIH que dieron a luz en el periodo de estudio

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un diseño descriptivo, retrospectivo, corte transversal, univariado.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde al nivel exploratorio.

1.6.3 MÉTODO DE INVESTIGACION

Investigación cualitativa descriptiva, no experimental.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

La población con la que cuenta la investigación es de 74 gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana, identificadas en la base de datos institucional en un periodo de 10 años.

AÑO	TAMIZADAS	VIH +
2007	2531	4
2008	2865	7
2009	2988	6
2010	2925	3
2011	3378	1
2012	3478	4
2013	3653	9
2014	3808	14
2015	3851	4
2016	3615	15
2017	2465	7
TOTAL	35568	74

1.7.2 MUESTRA

La muestra estará conformada por 62 gestantes con diagnóstico de VIH atendidas el parto en el Hospital Amazónico, en un período de 10 años: 2007 – 2017. Se aplicara la formula estadística para población finita o conocida y variable cualitativa.

$$n = \frac{Z^2 N.P. q}{E^2 (N-1) + Z^2 P. q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (74) \times (0.5)^2}{(0.05)^2 (74-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 62.18 \quad n = 62$$

Por tanto la Muestra estará conformada por 62 pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana que dieron a luz en un periodo de diez años.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS

Revisión exhaustiva de historias clínica de los casos que cumplen con los criterios de inclusión.

1.8.2 INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó en la investigación fue la ficha de recolección de datos, que contiene los componentes Sociodemográficos y Gineco-Obstétricos.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La infección por el VIH es un problema de salud pública en nuestro país, y su prevención y control es una de las prioridades del MINSA.

La estrategia de prevención del VIH iniciada en el 2005, tiene como meta lograr una tasa de transmisión menor al 2%, por ello resulta importante la aplicación integral de la estrategia de prevención, la cual inicia con el diagnóstico oportuno de la gestante con VIH, durante la APN.

A pesar de los esfuerzos hasta ahora realizados, la cobertura de tamizaje para VIH en las gestantes que se atienden en los establecimientos del MINSA no llega a ser mayor del 90%, siendo lo ideal una cobertura de tamizaje al 100%.

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión vertical. En ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15%-45%, intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%.

Las mujeres embarazadas siguen representando una población vulnerable y las pruebas del VIH realizadas cuando la gestación está avanzada, o durante el parto, ofrecen una oportunidad adicional de evitar la transmisión de madre a hijo o de prevenir futuras transmisiones horizontales en la comunidad, así como un modo de garantizar un cuidado continuo a las mujeres que se infectan durante el embarazo”.

La comunidad mundial se ha comprometido a acelerar los progresos para la prevención de la transmisión materna infantil del VIH mediante una iniciativa que tiene por objetivo eliminar las nuevas infecciones pediátricas por VIH y mejorar la supervivencia y salud materna neonatal e infantil.

La importancia del presente estudio radica en poder identificar los principales características maternas, en relación a las gestantes portadoras del VIH, ello permitirá diseñar estrategias de reducción de riesgo en el área preventivo promocional y afrontar exitosamente esta problemática de Salud Pública.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Montserrat A. (2012) Ecuador, En su estudio “Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA, Hospital materno infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel” septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil – Guayas – Ecuador, cuyo **Objetivo** fue: Constatar el incremento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información. **Métodos.** La investigación es un estudio descriptivo transversal, no experimental, se observó 20 casos, cuyos **Resultados:** indican que las principales complicaciones fueron anemia con el mayor porcentaje, seguido de amenaza de aborto, ya que a su vez se da porque 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 ha aumentado progresivamente en los últimos años, y con ello el riesgo de

transmisión perinatal, si no tiene la debida precaución durante el embarazo; ya que la infección muchas veces se la diagnostica durante el embarazo o después del parto. (5)

Salas C. (2014) Ecuador, Realizo estudio sobre: “Factores de riesgos en la exposición perinatal del virus inmunodeficiencia humana “VIH”. 2014 Guayas – Ecuador” cuyo **Objetivo fue**: Analizar la evolución de la tasa de transmisión perinatal del VIH a lo largo del estudio, determinando la importancia de los distintos factores de riesgo, y la implementación de medidas que hayan contribuido a la disminución de la tasa en el Hospital Especializado. **Materiales y métodos**. La investigación es un estudio descriptivo transversal, no experimental. **Conclusión**: la Investigación que se realizo es un estudio en el que involucramos a mujeres embarazadas portadoras del Virus del VIH, de un total de 5.643 partos que corresponde el 100%, de los cuales solo 245 mujeres atendidas eran portadoras de VIH con el 4.3% el resto no portadoras el 95.7% fueron atendidos en el Hospital Especializado “Mariana de Jesús” desde el mes de Enero a Diciembre del 2014 (6)

García R. y otros (2003) Colombia, Realizo Estudio sobre “Reducción de la transmisión madre hijo del “VIH” dos años de experiencia nacional, cuyo **objetivo** fue Describir los resultados de la implementación de la estrategia de prevención de la transmisión madre hijo 2003-2005. **Materiales y métodos**. La investigación fue estudio descriptivo de la cobertura alcanzada. Cuyos **Resultados**. El proyecto se implementó en 757 municipios (68%), en los cuales se realizó la prueba de VIH a 200.853 gestantes, y se detectaron 377 infectadas (0,19%), con mayor Seropositividad en la región Caribe, en Quindío y en Santander. Se completó el seguimiento a 285 mujeres y sus hijos, y se registraron 12 casos en niños. La probabilidad de transmisión con el suministro oportuno del protocolo (n=170) fue de

1,78% (IC95%: 0,37 a 5,13%). Los factores relacionados con transmisión fueron: carga viral inicial mayor de 10.000/ mm³, ausencia de control prenatal y captación tardía en el embarazo. No se encontraron diferencias estadísticas entre los esquemas antirretrovirales utilizados. La región caribe tuvo menor cobertura del control prenatal y mayor captación tardía. **Conclusiones.** La reducción de la transmisión madre hijo de VIH es una intervención preventiva eficaz que favorece el fortalecimiento de los servicios de control prenatal. El sostenimiento de la estrategia con cobertura nacional debe ser una meta de los gobiernos nacionales y regionales y de las entidades aseguradoras. (7)

Santana K. y otros. (2010) Brasil, En su estudio "Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/SIDA en fortaleza, Ceará, Brasil 2010". Cuyo **Objetivo** fue: analizar los resultados perinatales de las medidas profilácticas adoptadas en la prevención de la transmisión vertical del VIH. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación retrospectiva de todas las mujeres embarazadas con VIH/sida. Cuyos **Resultado:** Se realizó una investigación de las historias clínicas de 168 mujeres con VIH y sus recién nacidos en una maternidad pública de Fortaleza, estado de Ceará. Los datos se obtuvieron entre los meses de marzo y septiembre de 2010 y fueron analizados con el programa SPSS 10.0. Las embarazadas que conocían el diagnóstico en forma previa al embarazo tuvieron una rápida atención que permitió una terapia antirretroviral eficaz y un mayor número de controles ($p < 0,05$). Se administró terapia antirretroviral al 97,6% de las embarazadas, triple esquema al 88,7%; AZT intraparto al 95,2% y AZT oral en jarabe al 100% de los recién nacidos. Predominó la cesárea (92,8%) asociada al AZT intraparto al ser cotejada con el parto vaginal ($p < 0,001$). La cesárea proporcionó mayor administración de AZT intraparto. **Conclusión:** Este trabajo permite percibir la importancia de la

asistencia prenatal en mujeres con VIH. El conocimiento previo del diagnóstico por parte las mujeres se asociaron a una mayor cantidad de controles prenatales en el servicio de referencia, y permitió la administración temprana de la terapia antirretroviral. Por último, se puede concluir que la realización del examen serológico para VIH durante el embarazo es una medida eficaz para un buen control prenatal. La detección temprana beneficia a las mujeres y sus recién nacidos, ya que la transmisión del VIH puede ser evitada con la aplicación de medidas profilácticas. (8)

Figuroa G. y otros. (2006) México, En su estudio "Detección del VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la unidad de medicina familiar 171. México 2006- 2012". Cuyo **Objetivo:** fue determinar la prevalencia de detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas. **Materiales y Métodos:** la investigación es un estudio transversal descriptivo con muestreo no probabilístico que incluyó mujeres embarazadas de cualquier edad que acudieron a control de embarazo en la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó como instrumento la revisión del expediente clínico para recabar información sobre la prueba rápida. Se calculó una muestra de 85 pacientes y se realizó el análisis estadístico descriptivo. Cuyos **Resultados:** se revisaron 85 expedientes de pacientes en control por embarazo. La prueba rápida (PR) para detección de anticuerpos contra el VIH se le aplicó a 79 pacientes (93 %). En nueve (10 %), no se encontró reporte del resultado en el expediente. En seis pacientes del total de la muestra (7 %) no se solicitó o realizó la PR. El resultado de todas las pruebas rápidas reportadas fue negativo a VIH. **Conclusión:** existe un incremento en la cobertura de pruebas rápidas de detección de VIH en embarazadas; sin embargo, no reportarla y no solicitarla siguen siendo

problemas frecuentes en la detección oportuna de infección por VIH en embarazadas. (9)

Vargas M. (2012) Guatemala, En su estudio "Factores asociados a la transmisión vertical del VIH año 2012, Guatemala". Cuyo **Objetivo**. Fue Determinar los factores asociados a la transmisión vertical del VIH en pacientes detectadas en la Clínica de Atención Integral de Zacapa de junio de 2007 a junio de 2012. **Materiales y Método**. La investigación es un estudio analítico retrospectivo de casos y controles para determinar los factores asociados a la transmisión vertical del VIH, incluyéndose a 15 casos y 27 controles. Cuyo **Resultado**. Se encontró a la mayoría de controles con carga viral en 200, el 46% de las pacientes embarazadas se encuentran en el rango de edad de 21 a 25 años, el 52% son procedentes de Zacapa, el 29% de Chiquimula, el 50% cuenta con una educación primaria, el 33% es analfabeta y, el 57% vive en unión libre. En la población control el 74% cumplieron totalmente con el protocolo de transmisión vertical, frente a ningún caso que lo haya cumplido en su totalidad. Además, se observó que la administración de lactancia materna es el factor con mayor probabilidad de riesgo presentando un Odds Ratio (OR) =81.25, seguido del uso de tratamiento antirretroviral en el embarazo con OR= 40, posteriormente el uso de tratamiento antirretroviral en el recién nacido con OR= 12, luego el uso de zidovudina antes y durante el parto con un OR=6.57, por último la resolución del embarazo vía vaginal con un OR= 5.03, obteniendo en las 5 variables estudiadas, significancia estadística con un valor $p < 0.05$. La tasa de transmisión vertical de junio de 2007 a junio de 2012 es de 36%. **Conclusión**: Se rechaza la hipótesis ya que si existe diferencia de contagio entre los hijos de madre VIH positivo que se apegan al protocolo de transmisión vertical del manual del tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala con los que no se apegan a este protocolo **(10)**

Pacheco L. (2013) Ecuador, En su estudio "Prevalencia de VIH en embarazadas mayores de 15 años atendidas en el hospital "Sagrado Corazón de Jesús" del área de salud # 2 Quevedo. Guayaquil – Ecuador 2013". Cuyo **Objetivo:** fue determinar la prevalencia de VIH en las embarazadas mayores de 15 años de edad, atendidas en el Hospital "Sagrado Corazón de Jesús" del Área de Salud #2 - Quevedo. Período 2009 – 2011. **Método:** la investigación es de tipo descriptivo. Cuyo **Resultados:** se encontró 10774 pacientes embarazadas estudiadas en la Unidad de Atención VIH-Quevedo, presentaron una prevalencia de VIH un 0,54%; las pruebas de determinación diagnóstica fueron por el método de Western Blot el 41,40%, Western Blot y el método de ELISA con el 29,30%; el 60,34% se encuentra entre 15 a 24 años de edad, siendo esta una etapa joven de la vida; se dedican a los Quehaceres domésticos un 87,90% de los casos, aproximadamente el 91,66% tienen un nivel de educación medio bajo, es decir una educación básica; la mayoría provienen de la provincia de Los Ríos con el 86,20%, de estas un 65,5% son de Quevedo, Buena Fe con el 10,50%, Valencia con 6,90%. **Conclusión:** Se sugiere una campaña de promoción de la salud para prevenir el contagio con el virus de inmunodeficiencia humana en especial en las mujeres embarazadas jóvenes. Se evidencia la importancia de las estrategias de información, educación, prevención y control a través de los diferentes medios de comunicación y actores sociales (11)

ANTECEDENTES NACIONALES

Pillaca R. y otros. (2012) Lima, En su estudio "Características sociodemográficas y Gineco obstétricas de gestantes seropositivas atendidas en el hospital Hipólito Hunanue 2012-2013 Lima". Cuyo **Objetivo:** fue 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:** la investigación es un estudio 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. Cuyos **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 antirretrovirales 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. (12)

Silva J. (2012) Lima, En su estudio "Complicaciones obstétricas en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2012 – 2014. Lima – Perú. Cuyo **Objetivo:** fue 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:** la investigación es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental. Fueron incluidas las historias clínicas de gestantes que presentaron seropositividad por el test de ELISA para el VIH con verificación por la Prueba de Western Blot las cuales fueron 36 casos. Los datos obtenidos por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron, valiéndonos del programa SPSS 22.0. Se estudiaron las variables obtenidas en la consolidación, se procesaron estadísticamente, analizándose los resultados. Para datos cuantitativos se usó el test de Student y para datos cualitativos el test Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para las tablas y gráficos se usó el programa Microsoft Excel v.2010. Cuyo **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 presentaron complicaciones durante su embarazo. El 34% fueron infecciones urinarias, 20% de las gestantes presentaron Amenaza de Parto pre término, 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, atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2012 al 2014 es de 0.2%. Debiendo resaltar que dentro de las complicaciones observadas en el presente estudio en las gestantes portadoras de VIH se encuentran las infecciones del tracto urinario 35%, seguidas del parto pre término 20%, aborto 16%, amenaza de parto pre término 9%, ruptura prematura de membrana 6%, enfermedad hipertensiva 6%, por último y con el mismo porcentaje del 3% óbito fetal, hemorragia post parto y retardo de crecimiento uterino. (13)

Mendoza J. (1999) Lima, En su estudio "Características de Gestantes Infectadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao. Enero de 1999 a marzo del 2003, Lima-Perú". Cuyo **objetivo:** fue determinar las características de las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao durante el periodo de estudio de enero de 1999 hasta marzo de 2003. Material y método. La investigación es un estudio descriptivo retrospectivo, Fueron incluidas las historias clínicas de gestantes que presentaron seropositividad por el test de ELISA para el VIH con verificación por la Prueba de Western Blot las cuales fueron 43 casos. Cuyos **Resultados.** La incidencia de gestantes infectadas con el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) durante el periodo de estudio es de 0.53 % (43 casos). El 69.8 % de las gestantes proceden del mismo Distrito del Callao. El 90.7 % de las gestantes son amas de casa, El 81.4 % de las gestantes tienen edad entre los 14 y 28 años. El 72.1 % de las gestantes son convivientes. El 90.7% de las gestantes tienen grado de instrucción secundaria. Las características de actividad sexual de las gestantes infectadas con VIH son: El 74.4 % de las gestantes no usan preservativos durante sus relaciones

sexuales con su pareja. El 72.2 % de las gestantes iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años de edad. El 100% de las gestantes tuvieron relaciones heterosexuales. El 37.2 % de las gestantes presentaron ETS. El 81.25 % de los casos fueron vulvovaginitis. El 60.5% de las gestantes fueron detectadas en el tercer trimestre del embarazo y sólo 11.6 % en los primeros controles prenatales. El 65.1 % de los casos de las gestantes tuvo control prenatal adecuado. El 88.4 % de los partos fueron a término. El 76.7 % de las gestantes culminó su embarazo por vía cesárea. El 74.4 % de las gestantes presentaron complicaciones durante su embarazo. El 37.5% fueron infecciones urinarias, El 4.7% de las gestantes presentaron enfermedades intercurrentes y fueron problemas respiratorios tipo faringoamigdalitis. El 93 % de las gestantes iniciaron tratamiento profiláctico con AZT a las 35 semanas de edad gestacional. Se registraron 3 casos (7%) de neonatos que resultaron infectados con VIH por transmisión vertical después de los 18 meses de edad.

Conclusiones: la incidencia de gestantes infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) atendidas en el hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao durante el periodo 1999 al primer trimestre del 2003 es de 0.53% 43 casos. (14)

Pacheco C. (2000) Lima, En su estudio "Virus de inmunodeficiencia humana positivo/sida en gestantes y sus recién nacidos – infantes. Hospital Sergio e. Bernaldes – comas: periodo 2000 – 2005". Cuyo **Objetivo:** fue determinar la relación que existe entre el virus de inmunodeficiencia humana positivo/sida en gestantes y sus recién nacidos–infantes. Material y método: la investigación es un estudio descriptivo simple, retrospectivo, no probabilístico intencionado. Cuyos **Resultados:** se obtuvo una tasa de 0,16%, correspondiente a las gestantes que padecen del virus de inmunodeficiencia humana positivo/Sida. 76% de los recién nacidos hijos de madres con

VIH+/SIDA padecieron de VIH+/Sida. **Conclusiones:** el principal esfuerzo es promover el acceso de las mujeres gestantes a pruebas de diagnóstico y a tratamiento. Si se identifica que la gestante es portadora del virus, se debe aplicar un protocolo que consiste en administrar medicamentos específicos durante el embarazo, realizar una cesárea en el momento del parto y controlar al niño hasta el año y medio, para realizarle un diagnóstico definitivo. (15)

ANTECEDENTE REGIONAL

Valera J. (2009) Pucallpa, realizo estudio sobre “Relación de las características epidemiológica en gestantes con la infección de VIH en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2009-2012”, cuyo **Objetivo** fue: Identificar la relación de las características epidemiológicas en gestantes con la infección del VIH en el Hospital Regional de Pucallpa 2009-2012, aplicando la siguiente **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo no experimental transversal, encontrando los siguientes, fueron incluidas en el estudio mujeres embarazadas VIH positivas por la prueba de Western Blot, siendo 146 los casos. **Resultados:** La incidencia de gestantes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante el periodo de estudios es de 11.4% (146 casos), el número de casos por notificación aumenta los 2 últimos años 29.5% (43 casos 2009) y 32.9% (48 casos). Las características generales de las gestantes infectadas con VIH son: el 75% de las gestantes tiene la edad entre 14-32 años, el 30.1% de las gestantes tiene grado de instrucción secundaria incompleta, el 46% de las gestantes son convivientes, el 65% de las gestantes pertenece al distrito de cillería, el 37% de las gestantes son ama de casa. El 60% de las parejas de las gestantes refirieron haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexual, 54.1% de las gestantes iniciaron su relaciones sexuales después de los 18 años de edad, el 70% de las gestantes tuvo de 1-2

parejas sexuales, el 100% de las gestantes tuvieron relaciones heterosexuales, el 9% de las gestantes presentaron una ITS, el 47% de los casos presento vulvovaginitis, el 73% de las gestantes fueron multíparas, el 51% de las gestantes fueron detectadas en el tercer trimestre y el 29% fueron detectadas en el primer trimestre de embarazo, 66.4% de las gestantes llegaron en trabajo de parto fase activa. (16)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

VIH

El virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) miembro de la familia de virus conocido como Retroviridae (retrovirus), clasificado en la subfamilia de los lentivirinae (lentivirus). Es un microorganismo que ocupa a las células blancas de la sangre (que son partes del famoso sistema inmunológico), infecta los linfocitos y otras células portadoras del marcador celular CD4, produciendo alteraciones de la inmunidad celular, y activación policlonal de las células B con respuestas defectuosa de las células B a los nuevos antígenos.

Una característica importante del VIH es su extremada variabilidad genética que está en forma de ARN en ADN (Proceso de transcripción inversa); por lo que el VIH-1, forma parte de una población viral heterogénea que dificulta la comprensión de algunos de los mecanismos de interacción entre el virus y el huésped. La infección humana por el virus VIH produce una compleja enfermedad denominada Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que puede tardar en desarrollarse 10 años. (17)

Se transmite entre las personas a través del contacto sexual, sanguíneo y vertical (de una gestante que vive con el VIH a sus hijos/as durante la gestación, parto o lactancia) y que afecta el desempeño del sistema inmunológico del ser humano. (18)

VIH Y EMBARAZO

Normalmente en el embarazo existe una inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulina y de la inmunidad celular entre otros cambios, lo cual lleva a pensar que el embarazo en mujeres VIH positivas pudiera acelerar el progreso de la infección.

El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres

VIH positivas asintomáticas, pero puede haber una rápida progresión en aquellas mujeres que se encuentren en un estadio avanzado. Esto no parece debido a aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan trayendo como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH.

Etiología

El VIH es del género lentivirus de la familia retrovirus, se caracteriza por poseer un genoma viral formado por ARN.

La estructura viral se caracteriza por presentar:

- a) dos cadenas idénticas de RNA, con una enzima transcriptasa reversa y una integrasa.
- b) El core viral de proteínas virales que envuelve al RNA: p24 de la capsida y p17 de la matriz.
- c) Rodean al core viral las proteínas en, una doble cadena fosfolipídica derivada de la membrana celular del huésped y que incluye las

glicoproteínas gp41, gp120 y gp160, esta última fundamental para el reconocimiento de las células blancas.(19)

Se han identificado dos formas de virus de inmunodeficiencia: el VIH-1 que es el más común, y el VIH-2, que causa una enfermedad menos agresiva.

El VIH-1 de distribución universal, mientras que VIH-2 ha sido detectado solo en ciertas poblaciones de África occidental en donde es endémico; el VIH-1 tiene tipo sub especies (M, N, O, P). (20)

Fisiopatología.

La infección por el VIH desde dos puntos de vista:

- Un mecanismo en que se enfrentan un virus y una célula.
- Un macrocosmo en que se enfrenta < ejércitos> de poblaciones virales, compuestas por billones de virus y un sistema altamente especializado en la protección frente a los distintos tipos de infección: el sistema inmune. Un microcosmos en que se enfrentan un virus y una célula. (21)

En el contexto microscópico se producen los distintos pasos del ciclo biológico viral: entrada en la célula, retro-transcripción, integración, latencia y reactivación, expresión de RNA y proteínas virales, así como generación de una progenie infecciosa. Aquí la clave está basada en comprender en detalle los mecanismos mediante los cuales el virus se infecta la célula diana; el linfocito CD4.

La investigación sobre las distintas etapas del ciclo del virus y su adaptación a la célula generan un conocimiento esencial para diseñar nuevos fármacos frente al VIH. Un macrocosmos en que se enfrentan «ejércitos» de poblaciones virales y el sistema inmune.

Es importante entender por una parte, los mecanismos mediante los cuales el virus destruye los linfocitos y por otra, las distintas barreras defensivas que el sistema inmune opone frente al VIH.

En este apartado la clave estriba en definir los mecanismos de escape viral y por qué el sistema inmune no es capaz de controlar su replicación. Comprendiendo estos mecanismos, podemos intentar modificar las falencias del sistema inmune y potenciar su función mediante vacunas o tratamientos inmunoestimuladores para que sea capaz de controlar la enfermedad.

El conocimiento de los factores de patogenicidad del virus, el estudio de los mecanismos de defensa del hospedador y el diseño de nuevas estrategias de tratamiento incluyendo el desarrollo de una vacuna, constituyen los tres ejes sobre los que se centra la investigación actual sobre el SIDA. (21)

Patología y Patogenia

Las quimiocinas regulan el tránsito de los leucocitos a sitios de inflamación, y se ha descubierto que desempeñan una función importante en la patogenia de la enfermedad por VIH. Durante las etapas iniciales de la infección y proliferación virales, las proteínas del VIH (gp 120) se unen a las moléculas del CD4 en los linfocitos, macrófagos y células blanco, lo cual facilita el ingreso celular.

Los macrófagos, linfocitos y células dendríticas expresan diferentes receptores de quimiocinas, con lo que afectan el tropismo tisular del virus. Los cambios en el fenotipo viral durante la evolución de la infección por VIH, pueden ocasionar cambios en el tropismo en diferentes etapas de la enfermedad.

Al parecer, un pequeño porcentaje de personas con alelos no funcionales para el receptor polimórfico “CCR5” de quimiocina son altamente resistentes a la infección por VIH o desarrollan una evolución retrasada de la enfermedad. (22)

MOMENTOS DE LA TRANSMISIÓN MATERNO PERINATAL DEL VIH

Para plantear una estrategia óptima de prevención de la transmisión materno perinatal del VIH es necesario conocer los momentos y circunstancias que aumentan el riesgo de transmisión.

Transmisión Intrauterina (25%)

El VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto, esto ocurre por vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por micro desprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua basal con la contaminación directa de células del trofoblasto. Generalmente los estudios indican que la transmisión intrauterina ocurre en los momentos próximos al parto. (23)

Transmisión Intraparto (40%)

Es lo más común. Por contacto directo del feto con sangre materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, microtransfusiones materno-fetales durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción del virus por el tracto digestivo del niño.

También en nacimientos múltiples el primer gemelar se infecta más (el doble), tanto en partos vaginales como en cesáreas. (23)

Transmisión por leche Materna (35%)

El virus se ha aislado de células del calostro, de histiocitos y de extractos no celulares en leche de mujeres infectadas. Los factores que se asocian a una mayor transmisión son:

- Mayor carga viral plasmática del VIH
- Mayor carga viral del VIH en la leche materna
- Mayor deterioro inmunológico de la madre
- Presencia de mastitis
- Lesiones sangrantes en los pezones en lactantes
- Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes (23)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISION MADRE-HIJO

Factores maternos:

- Porcentaje de células CD4 <350 cel/mm³, infección primaria o enfermedad avanzada por VIH (están relacionados con el daño inmunitario y la carga viral >1000 copias/ml).
- Estado clínico e inmunológico
- La solución de continuidad de las superficies mucosa, cutánea y la carga viral aumentada en las secreciones cérvico-vaginales en presencia de vaginitis, cervicitis, uretritis, úlceras genitales, etc, favorecen la transmisión del VIH al feto cuando pase por el canal del parto.
- Tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas.
- Desnutrición materna y déficit de vitaminas. (24)

Factores virales:

- Carga viral en sangre y en el canal del parto. Genotipo y fenotipo del virus en madre y el recibido por el feto. Se sabe que existe mayor afinidad a células fetales o del cordón por ciertos tipos virales (macrofagotrópicos). La alta carga viral que acompaña a la primoinfección. (24)

Factores obstétricos:

Situaciones que produzcan soluciones de continuidad en la barrera placentaria como corioamnionitis, y en relación con los procedimientos obstétricos se deben evitar técnicas invasivas tales como amniocentesis, cordocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas, y monitorización de la frecuencia cardíaca fetal con electrodo interno., etc.

También se sabe que aumenta la transmisión cuando existe una ruptura prematura de membranas de más de 4 h, vía del parto, hemorragia intraparto.

La cesárea electiva evitaría el contacto del feto con las secreciones cérvico- vaginales maternas y, por tanto, ayudaría a prevenir la transmisión directa o perinatal.

Se ha demostrado que en los embarazos múltiples la frecuencia de infección es mayor en el primer feto, que sería el más expuesto, y en la experimentación animal se observó la transmisión por vía oral en los recién nacidos debido a la deglución durante el parto de líquidos maternos infectados.

En aquellos lugares del mundo subdesarrollado donde no se cuente con condiciones para terminar el embarazo por cesárea, se debe evitar la ruptura artificial de membranas, la episiotomía de rutina y si se requiriera instrumentación en el periodo expulsivo el fórceps sería preferible al vacuon. Se debe utilizar antibióticos profilácticamente lo mismo en la cesárea de urgencia que en la electiva. Los cuidados del post parto incluyen la vigilancia estrecha para detectar signos de sepsis, los cuales son frecuentes en estas pacientes, ya sean urinarios, respiratorios o a nivel de heridas quirúrgicas. Se debe instruir a las madres sobre los cuidados perineales y el manejo correcto de los loquios y los apósitos sanitarios. (25)

Factores Fetales:

- Prematurez
- Bajo peso al nacer
- Muguet oral en el niño. (25)

Otros factores:

- ITS
- infecciones tipo vaginosis o candidiasis.

Los modos de infección son básicamente tres:

1. Transmisión sexual: Las tasas globales de transmisión en el seno de parejas heterosexuales sero-discordantes varía entre el 7-50% y la transmisión es mayor de hombre a mujer cuyo riesgo ha sido considerado entre 1 a 8 veces superior. El mayor riesgo de transmisión lo constituyen las relaciones homosexuales entre hombres, dado que algunas prácticas como el sexo anal, presentan mayor potencial de lesionar las mucosas, aunque la transmisión está ampliamente

condicionada por múltiples factores como la infectividad del portador, la conducta sexual, factores del virus y la susceptibilidad del huésped. (26)

2. Exposición de la sangre del huésped: drogas intravenosas o transfusión de sangre o derivados contaminados.

3. transmisión vertical o perinatal, que a su vez puede realizarse durante el embarazo, trabajo de parto y lactancia (27).

Una vez ingresa el VIH, su tropismo se expresa con las células que tienen la molécula CD4 en su membrana celular, o sea los linfocitos T, y en menor grado, monocitos macrófagos.

El poder citopático del VIH se manifiesta en deterioro funcional del linfocito infectado e incluso, en los no infectados. En su máxima expresión, destruye a la célula huésped y de esta manera en un período variable de meses o años, disminuye el conteo de linfocitos CD4.

Como las células T coordinan la respuesta inmune de otras células (otros linfocitos T, linfocitos B, célula natural killer, etc.), la consecuencia es una inmunodeficiencia progresiva y profunda. El descenso de los CD4 a niveles inferiores a 200 x mm³ virtualmente paraliza el sistema inmune, dejando al huésped a merced de infecciones por patógenos comunes y oportunistas, y favoreciendo la aparición de neoplasias.

El VIH ha sido detectado además en una amplia variedad de células que expresan la molécula CD4 como:

Megacariocitos, células sanguíneas periféricas dendríticas, células foliculares dendríticas, células epidérmicas de Langerhans, astrocitos,

oligodendroglia, microglia, linfocitos CD8, células cervicales, células de la mucosa rectal, células del trofoblasto, células renales, miocitos cardíacos y células retinales.(28)

PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH PRUEBAS DE TAMIZAJE

- 1) Las pruebas de laboratorio para tamizaje de VIH son: Prueba Rápida para VIH (PR) y ELISA, los resultados se informan como reactivo o NO reactivo según corresponda. Las pruebas confirmatorias (Ejemplo: IFI, W-B para VIH) se informan como positivas o negativas según sea el caso. (29)
- 2) En el caso de resultar reactiva o positiva la prueba para VIH el manejo debe ser realizado en el mismo establecimiento por el profesional responsable de la atención (Infectólogo, Gineco-Obstetra, Médico/a General, Obstetra u otro profesional de la salud, de acuerdo a niveles de atención), según flujograma de Atención a la Gestante y Puerpera VIH o probable VIH. (29)
- 3) En caso de parejas discordantes, con gestantes seronegativas se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses. Se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la consejería. No se inicia profilaxis antirretroviral en gestantes seronegativas. (29)
- 4) El establecimiento de salud debe cumplir con realizar el seguimiento de toda niña/o expuesto al VIH, hasta conocer su estado serológico a los 18 meses de edad (prueba de ELISA). (29)
- 5) El establecimiento de salud debe cumplir con solicitar la prueba confirmatoria para VIH (IFI o WB) a toda niña o niño que resultara reactivo a la prueba de ELISA para VIH después de los 18 meses de edad La monitorización de este hecho, estará a cargo de la Asistent

Social en coordinación con el equipo multidisciplinario y grupos de apoyo comunitario (Consejeras Educadores de Pares). (29)

PRUEBAS CONFIRMATORIAS

6) Las pruebas confirmatorias para VIH (WB, LIA, IFI), serán procesadas en el laboratorio de referencia regional o según la Red de referencia de laboratorios establecido por el Instituto Nacional de Salud (INS). (29)

7) Toda niña o niño expuesta/o al VIH se le debe de realizar obligatoriamente la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) al primer mes y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectada/o por el VIH. Se debe solicitar adicionalmente luego del 6° mes hasta el año de vida la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) ante la posibilidad de que la madre pueda haberle dado a su niño lactancia mixta (lactancia materna + sucedáneos de leche materna, o lactancia cruzada). (29)

8) La confirmación de los resultados reactivos para VIH es responsabilidad de los laboratorios de referencia o laboratorio de los establecimientos de mayor complejidad del INS, según corresponda. Es necesario tener en cuenta lo siguiente: La obtención y envío de las muestras necesarias para la confirmación de los casos debe ser: oportuna, adecuada y de calidad; y es responsabilidad del Laboratorio del establecimiento.(29)

REGISTRO DEL TAMIZAJE

9) El resultado de las pruebas para VIH (Prueba Rápida o ELISA), sea este resultado reactivo o no reactivo, deberán estar registrados en la historia clínica y en el carné perinatal de la paciente. Los resultados

reactivos, además se anotarán en el Formato o registro automatizado de atención y seguimiento a gestantes con VIH.

10) El registro del tamizaje para VIH de todas las gestantes puérperas y niños es obligatorio, siendo responsabilidad de quien realiza la actividad según el nivel de atención.

DIAGNÓSTICO

11) Para efectos de la administración de la profilaxis o terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, se considerará a aquellas gestantes que cumplan con las siguientes condiciones:

- Gestante con Prueba de tamizaje reactiva, o
- Gestante con prueba confirmatoria VIH positiva

12) Toda gestante viviendo con VIH que inicia Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), será informada previamente de los beneficios y riesgos del tratamiento durante la gestación antes de firmar la hoja de consentimiento informado.

13) La gestante diagnosticada con VIH durante la atención prenatal, será referida oportunamente al establecimiento de salud de la jurisdicción, designado por la DISA o DIRESA, para su atención integral.

14) La cesárea es la vía de parto de elección para toda gestante diagnosticada con VIH. Las excepciones son detalladas en el acápite de escenarios de la presente Norma Técnica de Salud.

15) A toda gestante diagnosticada con VIH, se le realizará estudios de recuento de linfocitos CD4 y determinación de la Carga Viral.

16) En caso de parejas discordantes, con gestante seronegativa a esta se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses. Se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la

consejería. No se inicia profilaxis antirretroviral en gestantes seronegativas.

17) Para las parejas de las gestantes viviendo con el VIH se promoverá el uso de condón.

18) En caso de que la gestante, esté recibiendo tratamiento profiláctico y el resultado confirmatorio fuera negativo, se suspenderá el tratamiento y se reportará el caso al responsable de la ESN ITS VIH correspondiente.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y MANEJO DE LA GESTANTE

Con fines de establecer el tratamiento de la gestante para prevenir la transmisión vertical, se definen 3 escenarios:

- ESCENARIO 1 (VIH-E1): gestante que por primera vez se le diagnostica la infección por VIH durante la atención prenatal o con diagnóstico previo que no recibe TARGA.
- ESCENARIO 2 (VIH-E2): gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes de su embarazo.
- ESCENARIO 3 (VIH-E3): gestante VIH diagnosticada por primera vez durante el trabajo del parto.

ESCENARIOS

1. ESCENARIO 1 (VIH – E1):

Gestante infectada por el VIH, diagnosticada por primera vez durante la atención prenatal

A. MANEJO ANTIRRETROVIRAL EN LA GESTANTE:

- Se iniciará terapia antirretroviral triple desde las 14 semanas de gestación en adelante.

- Se solicitará los estudios de cd4 y carga viral conjuntamente con la prueba confirmatoria de ser necesario.
- El inicio de la terapia antirretroviral no está condicionado a la recepción de los resultados de cd4, carga viral o confirmación VIH de la gestante.

El esquema de elección será:

- ZIDOVUDINA (AZT) + LAMIVUDINA (3TC) + LOPINAVIR/RITONAVIR (LPV/RTV)
- AZT 300 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS.
- 3TC 150 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS.LPV/RTV 400/100 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS.

En casos especiales (anemia severa HB < ó = de 7 gr/dl; cd4 menor de 250 células por mililitro, reacción adversa, entre otros) la gestante será derivada al establecimiento de salud que cuente con el equipo multidisciplinario de TARGA para evaluación y manejo correspondiente. El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del cd4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.

En las gestantes con peso menor de 45 kilos, deberá ser derivada al médico especialista (Infectólogo, Ginecólogo, o médico profesional capacitado) para ajuste de la dosificación (por kilo de peso) de los medicamentos a prescribir.

La responsabilidad de la indicación del tratamiento será del médico capacitado en manejo antirretroviral en coordinación con los profesionales encargados de seguimiento obstétrico de la paciente.

Manejo del parto:

- Para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, la cesárea electiva es la vía de parto, para lo cual será programada oportunamente.

- El día del parto la gestante independientemente del esquema que reciba, se le administrará Zidovudina (AZT) por vía endovenosa, La dosis recomendada es:

2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión.

Continuar a 1 mg/Kg./hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.

En forma práctica se recomienda preparar una infusión de 400 mg de AZT (2 ampollas si son de 200 mg) en 500 cc de suero glucosado (Dextrosa) al 5% y administrar 200 cc la primera hora y 100 cc las horas siguientes hasta que la puérpera tolere la vía oral.

Indicaciones específicas para el parto por vía abdominal:

1. La cesárea electiva es la vía obligatoria de parto en la gestante con VIH o probable VIH. El parto vía vaginal es excepcional.
2. Los profesionales de la salud a cargo de la paciente confirmarán cuidadosamente la edad gestacional, para prevenir la prematuridad iatrogénica. La evaluación debe hacerse utilizando los parámetros clínicos obstétricos establecidos en la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (fecha de la última menstruación, altura de fondo uterino y ecografía realizada de preferencia en el primer trimestre de gestación). Estos criterios ayudarán para programar el día de la cesárea, el mismo que será realizado a partir de la semana 38 o con un estimado de peso fetal mayor a 2,500 gramos antes del inicio del trabajo de parto, y con membranas amnióticas íntegras.
3. Las cesáreas electivas siempre deben ser planificadas y ejecutadas en los establecimientos de salud con capacidad resolutoria para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.
4. Los servicios de salud, según su capacidad resolutoria, deben establecer la referencia oportuna de la gestante con VIH o probable VIH, al establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, para la

realización de la cesárea electiva, o de emergencia, de ser el caso, previa coordinación.

5. Para la profilaxis antirretroviral en la cesárea electiva o de emergencia, se administra Zidovudina (AZT) por vía endovenosa. El tratamiento se debe iniciar cuatro horas antes de la hora establecida para la cesárea electiva y de manera inmediata en la cesárea de emergencia. La dosis recomendada es:

- 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión.
- Continuar a 1 mg/Kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.

En forma práctica se recomienda preparar una infusión de 400 mg de AZT (2 ampollas si son de 200 mg) en 500 cc de suero glucosado (Dextrosa) al 5% y administrar 200 cc la primera hora y 100 cc las horas siguientes hasta que la puérpera tolere la vía oral.

6. De no tenerse disponible Zidovudina (AZT) endovenosa se podrá usar la vía oral, administrándose 300 mg de AZT 4 horas antes de la hora programada de cesárea y se repite 3 horas después, independientes del horario que haya tomado su dosis habitual (dosis profilaxis de antirretrovirales durante su embarazo).

7. Para la extracción de la recién nacida o nacido se debe en lo posible mantener las membranas amnióticas íntegras (técnica de cesárea con membranas íntegras), realizar el cambio de guantes y de campos operatorios antes de la ruptura de membranas amnióticas y extracción del recién nacido evitando el contacto de secreciones y fluidos de la madre con la recién nacida o nacido.

8. Se debe pinzar el cordón umbilical (sin ordeñar) inmediatamente de producido el parto.

9. Se puede utilizar profilaxis antibiótica luego de pinzado el cordón umbilical de acuerdo a protocolos establecidos para minimizar los riesgos de infección por la cirugía.

10. No se necesita aislar a la mujer infectada por VIH-1, pudiendo la mujer y su recién nacido estar en alojamiento conjunto.

Indicaciones específicas para el parto por vía vaginal:

1. Excepcionalmente la vía vaginal está indicada, cuando se presente una de las siguientes condiciones:

a) La dilatación > de 4 cm, o

b) Membranas amnióticas rotas

2. Están contraindicados todos los procedimientos invasivos (tales como: amniotomía, uso de fórceps o vacuum, tomas de muestras vaginales, otros), así como evitar en lo posible realizar episiotomías, y evitar tactos vaginales repetidos (usar el partograma).

3. Evitar que la gestante con VIH o probable VIH permanezca con las membranas amnióticas rotas por más de cuatro horas en un trabajo de parto prolongado, estando indicado el uso de oxitócicos para inducir el trabajo de parto.

4. Para la profilaxis antirretroviral en el parto vaginal inminente, se procede de igual forma que lo indicado para el caso de parto por cesárea.

5. Siempre que sea posible, mantener las membranas amnióticas íntegras hasta antes del periodo expulsivo.

6) Después de la expulsión del feto realizar inmediatamente el pinzamiento del cordón umbilical sin ordeñar.

7. El(a) responsable de la atención del parto vaginal es el Médico Ginecólogo, Médico General u Obstetra con competencias, considerando los niveles de atención.

8. La atención del parto vaginal por el profesional de salud capacitado será con la gestante en posición horizontal, para evitar posible contaminación de la niña o niño, con secreciones o fluidos maternos.

9. Evitar en lo posible la contaminación del recién nacido/a con secreciones o fluidos maternos.

Manejo del recién nacido expuesto al VIH

- Inmediatamente luego del parto bañar al recién nacido con abundante agua temperada y jabón. Realizar el secado con una toalla de felpa muy suave para evitar laceraciones en la piel del niño.

Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de mucosas.

- Está contraindicada la lactancia materna y la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer). Se indicará sucedáneos de leche materna y se iniciará la alimentación correspondiente.

- El recién nacido, de madre que recibió terapia triple que Incluyó Zidovudina (AZT) como parte de su esquema, recibirá AZT a una dosis de 2 mg/kg de peso vía oral cada 6 horas por 7 días.

- En caso que la madre no hubiese recibido AZT en su esquema antirretroviral, el niño recibirá AZT 2 mg/kg de peso vía oral cada 6 horas hasta las 6 semanas de vida.

- El recién nacido, de madre que recibió terapia por menos de 4 semanas, recibirá AZT 2 mg/kg de peso vía oral cada 6 horas por seis semanas.

- El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 8 horas de vida, hasta un máximo de 24 horas de nacido.

2. Escenario 2 (VIH-E2): Gestante que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo.

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Toda gestante viviendo con VIH que recibe TARGA desde antes del embarazo, recibirá la atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y continuará con el tratamiento.
- En caso de que el Efavirenz sea parte del esquema de tratamiento, éste será continuado si la gestante tiene carga viral menor de 400 copias. Si la carga viral es mayor a 400 copias, debe ser remitida para evaluación del Infectólogo, quien definirá el esquema antirretroviral a seguir.
- El tratamiento antirretroviral que venía recibiendo se continuará durante el embarazo y después de producido el parto, y será derivada al equipo multidisciplinario de manejo del TARGA adulto.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento y seguimiento será del médico capacitado en manejo antirretroviral en coordinación con los profesionales de salud encargados del seguimiento obstétrico de la paciente.
- Para la atención obstétrica de la gestante, en este escenario, el responsable de la administración de TARGA, enviará al establecimiento de salud de referencia copia de la epicrisis la cual debe tener la firma y el sello legible del médico tratante.

B. Manejo del parto:

- Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIH- E1)

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH:

- Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIH-E1).

3. Escenario 3 (VIH-E3): Gestante diagnosticada con infección VIH por primera vez durante el trabajo del parto.

A. Manejo antirretroviral durante el trabajo de parto:

- Toda gestante diagnosticada por Prueba Rápida o ELISA durante el trabajo de parto firmará consentimiento para el uso de antirretrovirales.

La gestante diagnosticada recibirá:

- AZT 300 mg vía oral cada 12 horas.
- 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas.
- LPV/rtv 400/100 mg vía oral cada 12 horas.
- Se puede utilizar Zidovudina (AZT) por vía endovenosa en remplazo de la vía Oral.
- El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento será del médico capacitado en manejo antirretroviral o del profesional de salud que atiende directamente a la gestante.

B. Manejo del parto:

- La terminación del parto será vía abdominal (cesárea), teniendo en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento que recibe a la gestante en trabajo de parto y la posibilidad de referirla.
- Sólo si la gestante llegara al establecimiento con una dilatación mayor de 4 cm y/o membranas rotas, la terminación del parto será vía vaginal; salvo exista una indicación obstétrica para la culminación por vía cesárea.
- El responsable de la atención del parto vaginal es del médico Gineco obstetra, Médico General u Obstetra, considerando los niveles de atención.
- La episiotomía debe ser evitada en la medida que sea posible y la ligadura del cordón umbilical debe hacerse sin "ordeñar".

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH:

- Inmediatamente luego del parto lavar al recién nacido con abundante agua y jabón. Realizar el secado con una felpa muy suave para evitar laceraciones en la piel del niño.
- Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas.
- Se prohíbe la lactancia materna y se indicará sucedáneos de leche materna.

También está contraindicada la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer).

- El recién nacido recibirá Zidovudina (AZT) 2 mg/kg vía oral cada 6 horas por 6 semanas y Lamivudina (3TC) 2 mg/kg vía oral cada 12 horas durante 7 días
- El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 8 horas de vida hasta un máximo de 24 horas de nacido.

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICO

VIH:

Virus de inmunodeficiencia humana.

Carga Viral (CV):

Es el recuento del número de copias replicadas del virus del VIH circulando en plasma.

CD4:

Recuento de linfocitos T CD4, implica el recuento de las cepas de linfocitos que contienen marcador de superficie CD4.

Cesárea Electiva:

Vía de parto abdominal a través de un procedimiento quirúrgico planificado antes de la fecha de parto esperado (entre las 37 y 39 semanas de gestación de preferencia), con membranas amnióticas íntegras y sin trabajo de parto.

Transmisión vertical:

Es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo que puede ser antes del nacimiento (congénita), durante el parto (perinatal) y después del parto (neonatal).

Gestante con probable VIH:

Gestante con prueba de tamizaje reactiva durante el embarazo (prueba rápida para VIH o ELISA para VIH). Y que no tiene aún prueba confirmatoria.

Gestante con VIH:

Gestante con diagnóstico de pruebas confirmatorias de VIH (IFI, WB, LIA) antes o durante el embarazo.

Inmunofluorescencia indirecta (IFI):

Prueba confirmatoria de VIH.

Inmunoensayo en línea LIA:

Prueba confirmatoria de VIH.

Inmunoelectrotransferencia o Western Blot (WB):

Prueba confirmatoria de VIH.

Manejo Profiláctico de la Transmisión Vertical del VIH:

Se refiere a las intervenciones que se realizan para disminuir la transmisión madre-niño del VIH.

Niña/ Niño con VIH:

Niña o niño menor de 18 meses de edad con dos pruebas de Reacción de Cadena Polimerasa (PCR DNA) positiva en dos determinaciones separadas; y niña o niño mayor de 18 meses con prueba de ELISA para VIH reactiva y prueba confirmatoria positiva.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

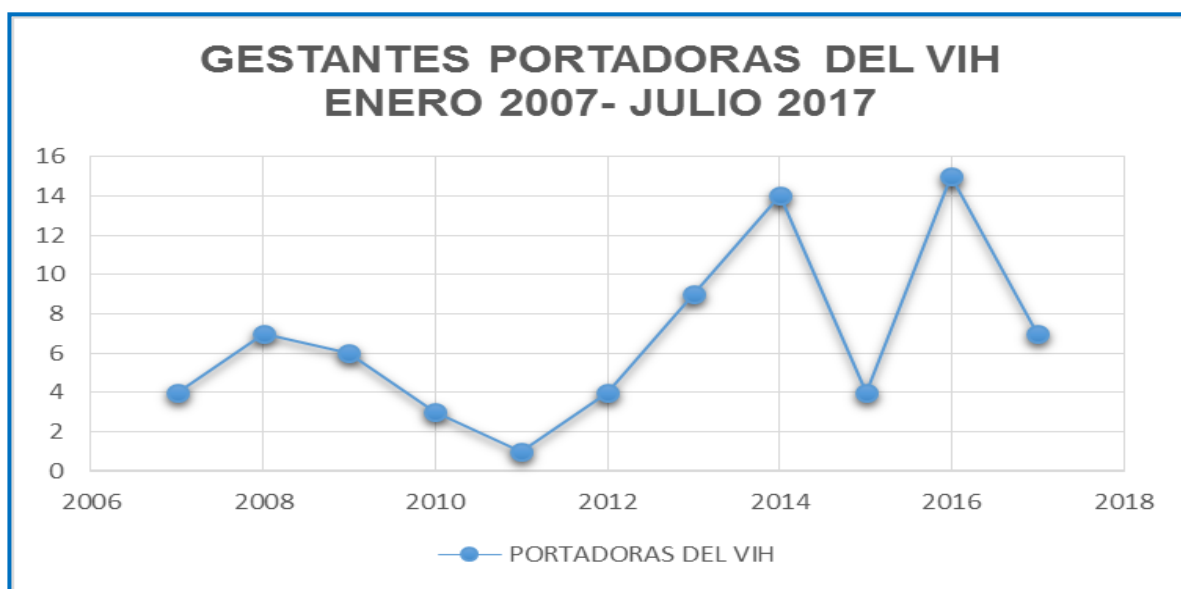
TABLA “A”

GESTANTES PORTADORAS DEL VIH AÑOS ENERO 2007 A JULIO 2017

AÑO	GESTANTES TAMIZADAS	VIH +
2007	2531	4
2008	2865	7
2009	2988	6
2010	2925	3
2011	3378	1
2012	3478	4
2013	3653	9
2014	3808	14
2015	3851	4
2016	3615	15
2017	2465	7
TOTAL	35568	74

Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH 2007- Julio 2017

GRAFICO “A”



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH 2007-Julio 2017

TABLA Nº 01
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y
DE LA ATENCIÓN DE SALUD

DIMENSIONES	INDICADOR	FRECUENCIAS	%
Edad	<19	20	32
	20-34	39	63
	>35	3	5
Grado de Instrucción	Iletrada	4	6
	Primaria	16	26
	Secundaria	39	63
	Superior	3	5
Estado Civil	Soltera	9	15
	Casada	0	0
	Viuda	1	2
	Conviviente	52	84
Ocupación	Estudiante	1	2
	Ama de casa	57	92
	Trabajador independiente	4	6
Procedencia	Callería	9	15
	Yarinacocha	37	59
	Manantay	7	11
	Otros	9	15
Referencia	Sí	34	55
	No	28	45
Financiador de Salud	SIS	60	97
	Autofinanciado	2	3

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N° 01, observamos que el 63% de las gestantes en estudios se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años, edad adecuada para un embarazo, el 32% representa a gestantes adolescentes <de 19 años siendo más vulnerables a los riesgos obstétricos. El 63% cuenta con el grado de instrucción de nivel secundario, el 84% tuvieron la condición de convivencia, el 92% de las gestantes fueron amas de casa, el 59% procedieron del distrito de Yarinacocha, el 55% de las pacientes vinieron con referencia y el 97% de ellas tuvieron como financiador de la atención al Seguro Integral de Salud (SIS).

INTERPRETACION: En relación a la edad los resultados muestran similitud con el estudio realizado por Lourdes Pacheco. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de VIH en embarazadas mayores de 15 años Guayaquil – Ecuador, encontrando que el 60,34% se encontraba entre 15 a 24 años de edad; Así mismo el estudio de Julio Antonio Silva Ramos, Cuyo objetivo fue determinar las complicaciones Obstétricas en las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Lima – Perú. Encontrando que el 70% de las gestantes tuvieron grado de instrucción secundaria, teniendo similitud con nuestros resultados. El 84% de las gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana presentaron la condición conyugal de convivencia; contrastando los resultados del estudio de Mendoza Sánchez, Cuyo objetivo fue determinar las características de las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Lima –Perú. Encontrando que el 72.1% de las gestantes fueron convivientes, teniendo los resultados cierta semejanza con nuestros hallazgos, así mismo el 92% de las gestantes fueron amas de casa, teniendo similitud con los estudio de Mendoza Sánchez Juvenal, encontrando que el 90.7 % de las gestantes fueron amas de casa, el 59% provinieron del distrito de Yarinacocha, correspondiente a la jurisdicción del Hospital Amazónico. El 55% de las gestantes en estudio vinieron a atenderse desde sus establecimientos de salud con documento de referencia hacia el nosocomio con mayor capacidad resolutive por la condición de salud la usuaria, el 97% de las pacientes en estudio tuvieron como financiador de la atención recibida al seguro integral de salud (SIS).

TABLA N°02

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.

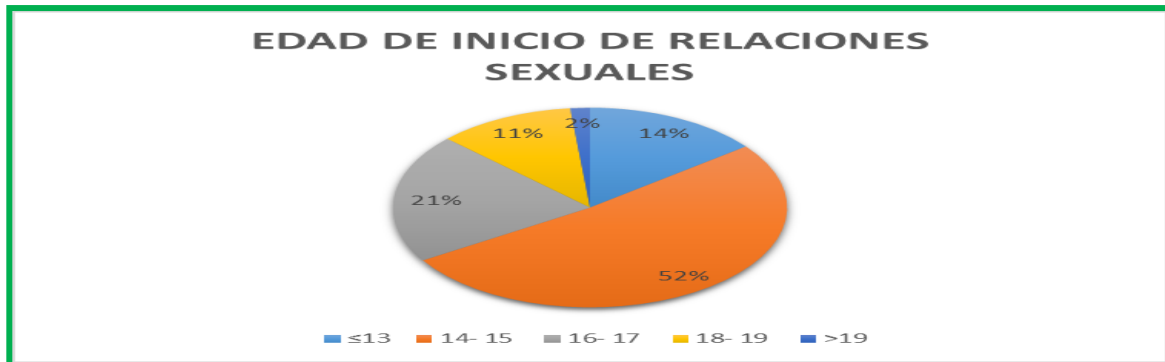
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤13	9	14
14- 15	32	52
16- 17	13	21
18- 19	7	11
>19	1	2
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°02 observamos que el 52% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana iniciaron sus relaciones sexuales en el rango de 14 - 15 años, y el 14% inicio relaciones sexuales ≤ de 13 años siendo este un inicio muy precoz de relaciones sexuales.

INTERPRETACION: Contrastando los resultados del estudio de Pillaca Ricse, cuyo objetivo fue Determinar las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de gestantes seropositivas Lima-Perú, encontrando que el 92.9% iniciaron relaciones sexuales en el rango de edad 15 a 19 años, teniendo cierta similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N° 02



Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°03

**PARIDAD DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS
INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.**

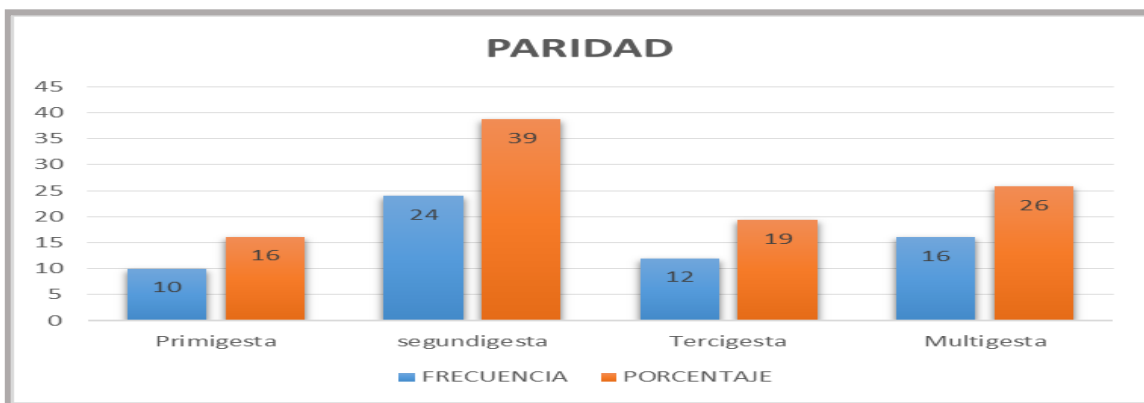
PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	10	16
Segundigesta	24	39
Tercigesta	12	19
Multigesta	16	26
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°03 observamos que el 39% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana son segundigesta y 26% multigesta.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio Pillaca Ricse, cuyo objetivo fue Determinar las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de gestantes seropositivas Lima-Perú, encontrando 72.7% multíparas, teniendo el resultado diferencia con nuestro estudio.

GRAFICO N°03



Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°04

**HABITOS DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS
INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.**

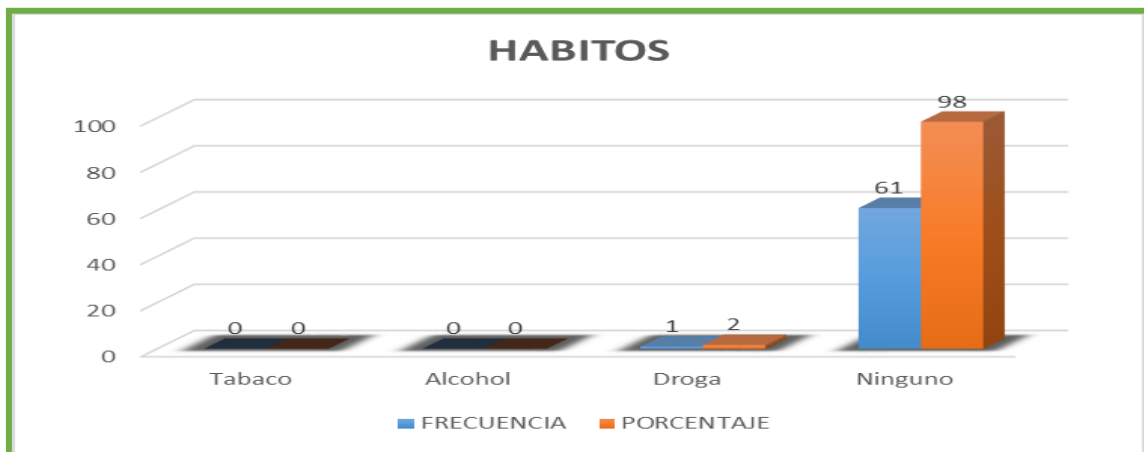
HABITOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tabaco	0	0
Alcohol	0	0
Droga	1	2
Ninguno	61	98
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°04 observamos que el 2% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana tuvo el hábito nocivo de consumir drogas, el 98% de las gestantes no tuvieron hábitos algunos.

INTERPRETACION: No se encontró investigación con esta variable para poder contrastarla con nuestro estudio.

GRAFICO N°04



Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°05

NUMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.

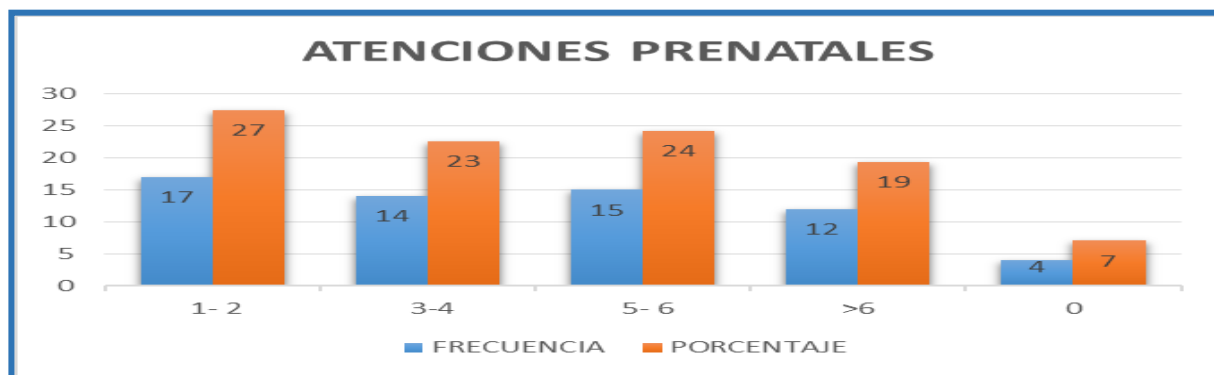
ATENCIONES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1- 2	17	27
3-4	14	23
5- 6	15	24
>6	12	19
Ninguna	4	7
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°05 observamos que el 27% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana cuenta con 1-2 atenciones prenatales, seguido 24% de 5-6 atenciones prenatales.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio Julio Antonio Silva Ramos, cuyo objetivo fue determinar las complicaciones Obstétricas en las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Lima-Perú. Encontrando que el 63 % de casos las gestantes tuvieron controles prenatales adecuados, teniendo diferencia considerativa con el resultado de nuestro estudio.

GRAFICO N°05



Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°06

MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.

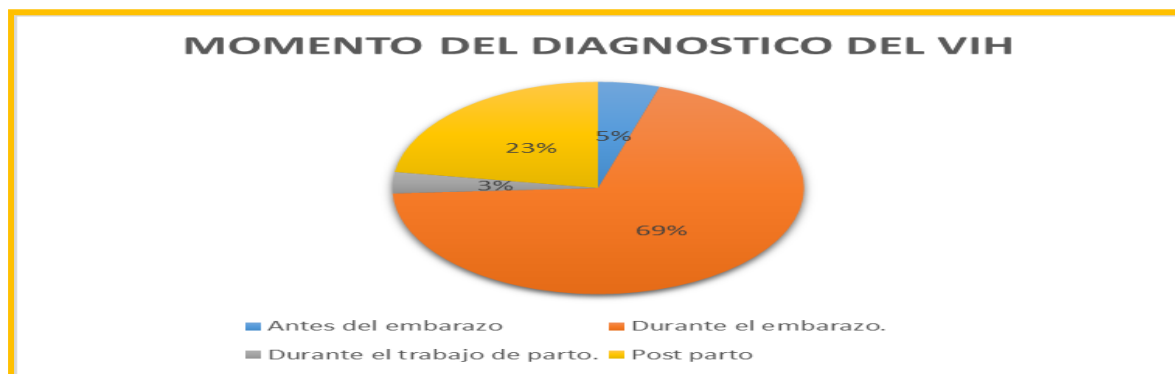
MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes del embarazo	3	5
Durante el embarazo.	43	69
Durante el trabajo de parto.	2	3
Post parto	14	23
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°06 observamos que el 69% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana fueron diagnosticadas con VIH durante el embarazo, y 23% después del parto.

INTERPRETACION: No se encontró investigación con esta variable para poderla contrastarla con nuestro estudio.

GRAFICO N°12



Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N° 07

**TRIMESTRE DE DETECCION DE LA INFECCION DEL VIRUS
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.**

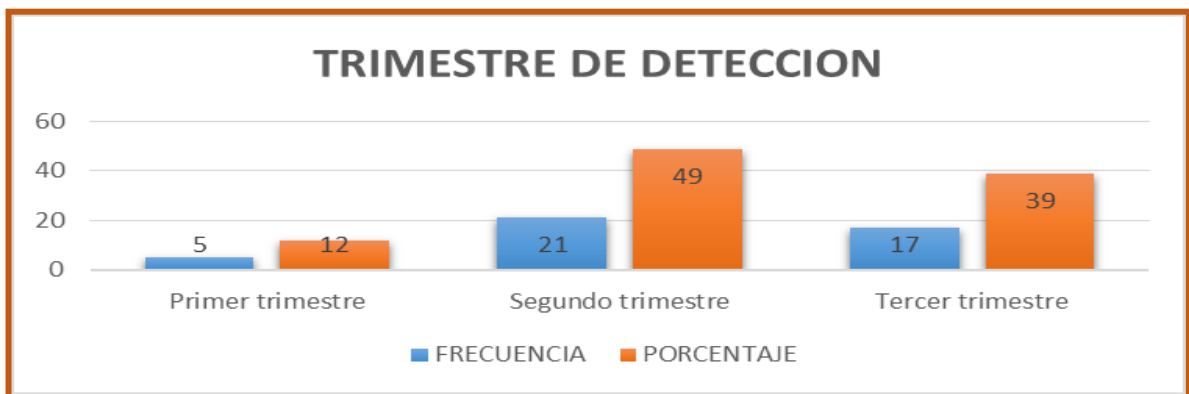
TRIMESTRE DE DETECCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer trimestre	5	12
Segundo trimestre	21	49
Tercer trimestre	17	39
TOTAL	43	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°07 observamos que el 49% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana fueron diagnosticadas la infección en el segundo trimestre, seguida 39% en el tercer trimestre.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio de Mendoza Sánchez Juvenal. Cuyo objetivo: fue determinar las características de las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Lima-Perú. Encontrando el 60.5% de las gestantes fueron detectadas en el tercer trimestre del embarazo Teniendo diferencia con los resultados de nuestro estudio.

GRAFICO N°07



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio2017

TABLA N°08

TRIMESTRE EN QUE INICIO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017

TRIMESTRE EN QUE INICIO TRATAMIENTO PARA VIH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I Trimestre	5	12
II Trimestre	21	49
III Trimestre	17	39
TOTAL	43	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°08 observamos que el 49% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana recibieron tratamiento en el segundo trimestre de gestación, seguida de 39% en el tercer trimestre.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio de Julio Antonio Silva Ramos. Cuyo Objetivo: fue determinar las complicaciones Obstétricas en las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Lima – Perú. Encontrado que El 55 % de las gestantes iniciaron tratamiento profiláctico con AZT a las 35 semanas vale decir en el tercer trimestre de gestación. Teniendo cierta similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N°08



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°09
INFECCIONES DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS
INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017

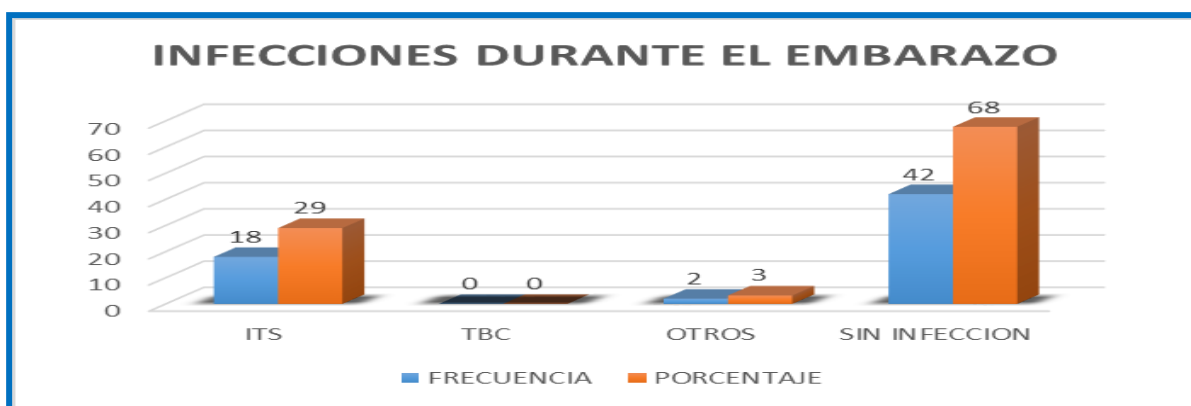
INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ITS	18	29
TBC	0	0
OTROS	2	3
SIN INFECCION	42	68
TOTAL	62	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°09 observamos que el 29% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana presentaron algún tipo de infecciones de transmisión sexual durante su embarazo, 3% presento otra patología.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio de Mendoza Sánchez Juvenal. Cuyo objetivo: fue determinar las características de las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Lima-Perú, encontrando que el 37.2 % de las gestantes presentaron ITS, teniendo cierta similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N°09



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°10
SEMANAS EN LA QUE CULMINÓ LA GESTACION EN PACIENTES
PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017

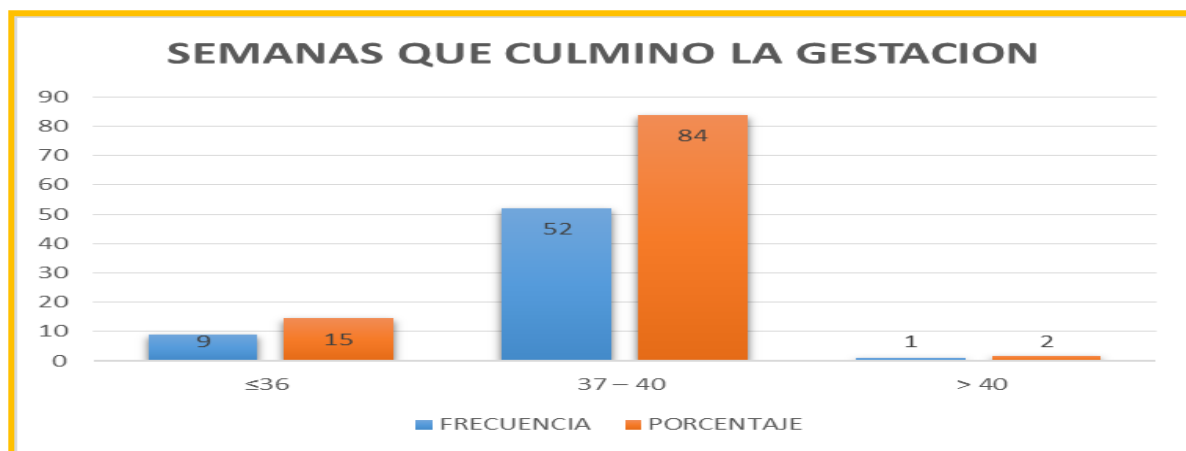
SEMANAS EN LA QUE CULMINO LA GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤36	9	15
37 – 40	52	84
> 40	1	2
TOTAL	62	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°10 observamos que el 84% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana culminaron su gestación entre las 37-40 semanas, 15% de ellas culmino su gestación ≤ 36 semanas.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio de Mendoza Sánchez Juvenal. Cuyo objetivo: fue determinar las características de las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Lima-Perú, encontrando que el 88.4 % de los partos fueron a término, teniendo cierta similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N°10



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°11

PESO CON EL QUE CULMINO LA GESTACION PACIENTES CON EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017

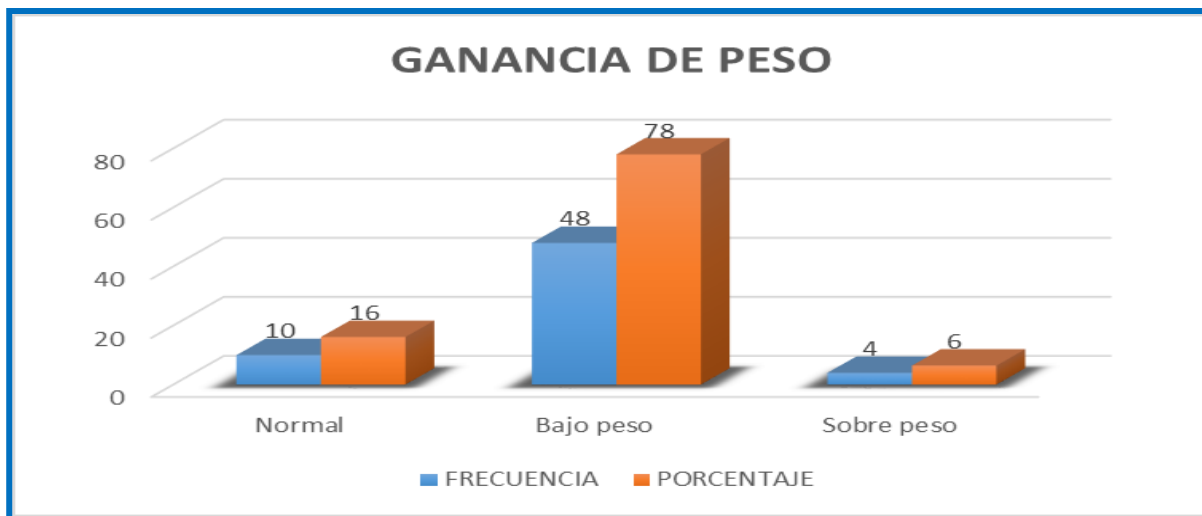
GANANCIA DE PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuado	10	16
Bajo peso	48	78
Sobre peso	4	6
TOTAL	62	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°11 observamos que el 78% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana han cursado el embarazo con bajo peso gestacional llegando incluso en esas condiciones hasta el final de la gestación; sin embargo el 16% termino con peso normal.

INTERPRETACION: No se encontró investigación con esta variable para contrastarlo con nuestro estudio.

GRAFICO N°11



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N° 12

VIA DE TERMINACION DEL PARTO DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.

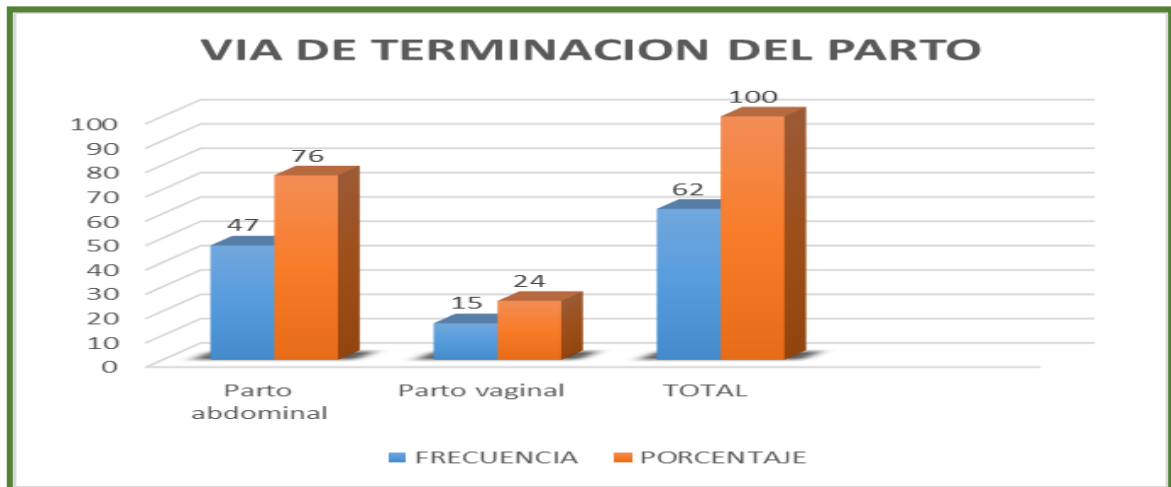
VIA DE TERMINACION DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto abdominal	47	76
Parto vaginal	15	24
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS. En la tabla N°12 observamos que el 76% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana culminaron el parto vía abdominal, 24% por vía vaginal, siendo esta vía contraindicada para el nacimiento del feto.

INTERPRETACION: Contrastando los resultado del estudio de Mendoza Sánchez Juvenal. Cuyo objetivo: fue determinar las características de las gestantes infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Lima-Perú, encontrando que el 76.7 % de las gestantes culminó su embarazo por vía cesárea, teniendo cierta semejanza con nuestro estudio

GRAFICO N°12



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°13

MOTIVO PARA LA ATENCION DEL PARTO VAGINAL EN GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.

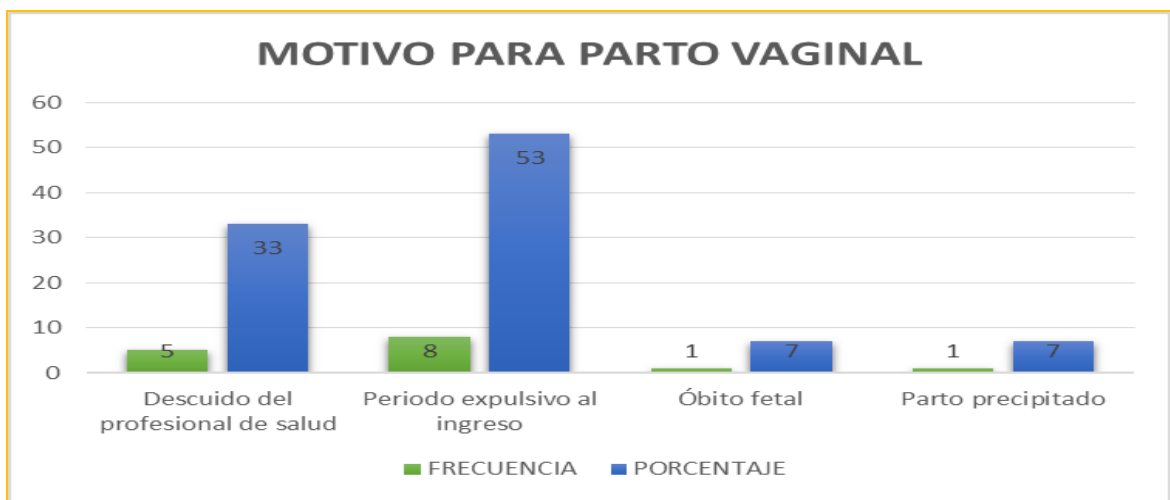
MOTIVO PARA PARTO VAGINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Descuido del profesional de salud	5	33
Periodo expulsivo al ingreso	8	53
Óbito fetal	1	7
Parto precipitado	1	7
TOTAL	15	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°13 observamos que el 53% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana culminó su parto vía vaginal por haber llegado al establecimiento de salud en periodo expulsivo, el 33% por descuido del profesional de salud.

INTERRETACION: No se encontró investigación para contrastarla con nuestro estudio.

GRAFICO N°13



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

TABLA N°14

METODOS ANTICONCEPTIVOS POST PARTO DE LAS GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017

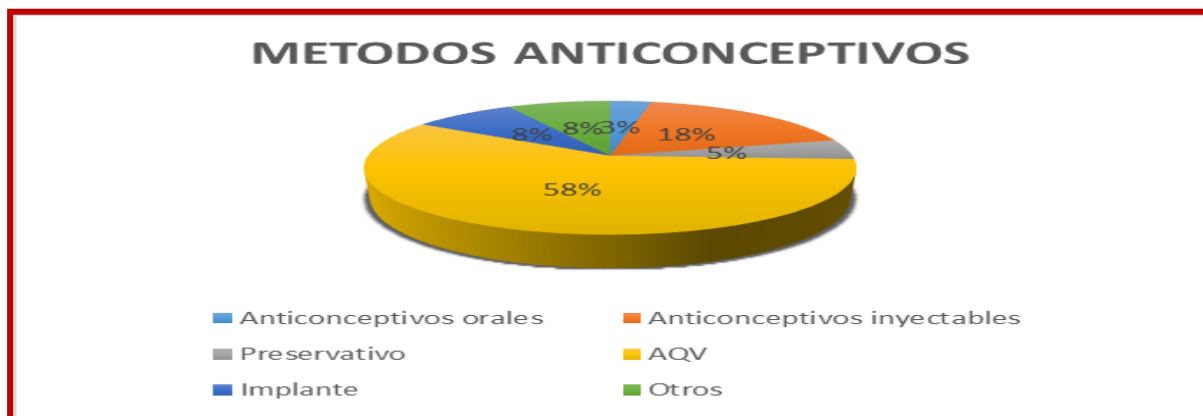
METODOS ANTICONCEPTIVOS POST PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anticonceptivos orales	2	3
Anticonceptivo inyectable	11	18
Preservativo	3	5
AQV	36	58
Implante	5	8
Otros	5	8
TOTAL	62	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

ANALISIS: En la tabla N°14 observamos que el 58% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), 18% con métodos hormonales como el inyectable trimestral.

INTERPRETACION: No se encontró investigación con esta variable para contrastarlo con nuestro estudio.

GRAFICO N°14



Fuente: Historias clínicas de pacientes gestantes portadoras del VIH enero 2007- julio 2017

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación se concluye que:

En el presente estudio se precisa las características más representativas de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana en un periodo de diez años, permitiéndonos identificar 74 casos de madres gestantes portadoras del virus y contando con una muestra representativa 62 pacientes.

- 1.- Dentro de las características maternas, describiremos los resultados sociodemográficos, el mismo que dio respuesta al primer objetivo secundario; señalando que, el 63% de las gestantes portadoras del virus inmunodeficiencia humana atendidas en el Hospital Amazónico se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años, edad apropiada para la gestación, sin embargo el 32% correspondió a población adolescente, siendo este grupo de mayor vulnerabilidad al riesgo obstétrico, el 63% cuenta con educación secundaria, el 84% tiene un estado conyugal de convivencia, el 92% fueron amas de casa, el 59 % procedieron del distrito de Yarinacocha, jurisdicción del establecimiento de salud donde se desarrolló el estudio, el 55% de las gestantes acudieron con referencia desde sus establecimiento de origen, el 97% de ellas contaron con el seguro integral de salud (SIS), el que solventó los costos de atención para la madre y el recién nacido.
2. En relación a las características Gineco-Obstetricas podemos señalar que, el 52% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana iniciaron sus relaciones sexuales en el rango de edades entre 14 -15 años, y el 14% inicio relaciones sexuales en edades menores de 13 años siendo este un inicio muy precoz de la actividad sexuales lo que potencializa el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana.

El 78% de las gestantes llegó al final de la gestación con bajo peso, el 29% fueron portadoras de ITS, así mismo el 76% culminó la gestación mediante el parto abdominal, y un 24 % vía vaginal, considerado potencial riesgo para la transmisión vertical, al indagar las causas que motivaron el parto vaginal, el 53% de las pacientes llegaron al establecimiento de salud en periodo expulsivo, el 33% se relaciona al descuido del profesional que atendió a la gestante, el mismo que no se percató de la condición de la gestante como portadora del VIH. El 58% de las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como método anticonceptivo definitivo, el 42% solicitó otro tipo de anticonceptivo al momento del alta, incluyendo los hormonales.

3.- Se pudo identificar que la incidencia de gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana en el presente estudio representó el 0.2%, cifras por debajo de los estándares nacionales.

Así mismo en el año 2017 ya se han detectado siete casos de gestantes portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana, durante los primeros 7 meses, lo que hace prever que esta cifra al finalizar este período podría ser una de las mayores en relación a los últimos diez años.

RECOMENDACIONES

Contando con los resultados del estudio, podemos recomendar al personal de salud que atiende a la gestante lo siguiente:

1. Realizar campañas masivas de difusión a través de los diversos medios de comunicación respecto de la importancia de iniciar la atención pre natal e iniciarla precozmente, para detectar oportunamente complicaciones de salud materna que pudiera tener consecuencia en su propia bienestar y sobre todo en la salud de recién nacido, puesto que se sigue teniendo madres que acuden a los establecimientos de salud en el periodo expulsivo del parto y más grave aun sin ninguna atención pre natal.
2. Más de la tercera parte de gestantes en nuestro estudio culminó la gestación con bajo peso, por ende es indispensable que las pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana sean referidas al especialista en nutrición y controladas periódicamente en forma exhaustiva para que mantengan el peso adecuado durante toda la gestación y disminuir los índices de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino.
3. Que el personal de salud que atiende a la gestante debe mostrarse vigilante, con una conducta proactiva a favor de las usuarias, evitando exponerlas al riesgo por transmisión vertical al omitir datos de particular importancia, sobre todo cuando esta se encuentre en trabajo de parto.

FUENTES DE INFORMACION

1. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/
2. www.vihda.org.ec/noticias/507-hoja-informativa-2016
3. www.unaids.org/es/resources/fact-sheet
4. 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. www.Elcomercio.pe/peru/ucayli/Ucayali-deteccion-126-casos-vih-sida-año-calleria-249091
5. Adriana Monserrat Merchán Baque. Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - SIDA de 20 a 30 años". Ecuador2013.<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1841/1/TESIS%20ADRIANA%20MERCH%C3%81N%20PDF..pdf>
6. Cristhian David Salas Aragundi. Factores de riesgos en la exposición perinatal del virus inmunodeficiencia humana "VIH". 2014 Guayas – Ecuador.<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10933/1/Tesis%20de%20Grado.pdf>.
7. Ricardo García, Franklin Prieto, Carlos Arenas, Julio Rincón, Sidia Caicedo, Gloria Rey. Reducción de la transmisión madre hijo del "VIH". Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1382-5003-1-PB.pdf>
8. Damasceno, Karla Santana Acevedo; Alves Dos Prazeres, José Carlos Araujo, María Alix Leite; Valdanha Netto Américo. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/SIDA en fortaleza, Ceará, Brasil 2010. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n3/v9n3a07.pdf>

9. Gustavo Figueroa Hernández, Lizbeth carlota Uriostegui espíritu, Edna Gabriela delgado Quiñonesa. Detección del VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la unidad de medicina familiar 171. México 2006- 2012. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im161i.pdf>
10. Mirna Yojaira Vargas Trujillo. Factores asociados a la transmisión vertical del VIH año 2012, Guatemala. [http://cunori.edu.gt/descargas/Factores asociados a la Transmision vertical del VIH.pdf](http://cunori.edu.gt/descargas/Factores_asociados_a_la_Transmision_vertical_del_VIH.pdf)
11. Lourdes Carolina Pacheco Vila. Prevalencia de VIH en embarazadas mayores de 15 años atendidas en el hospital “Sagrado Corazón de Jesús” del área de salud # 2 Quevedo. Guayaquil – Ecuador 2013. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7591/1/PACHECOlourdes.pdf>
12. Pillaca Ricse, Falon Fabiola. Características sociodemográficas y Gineco obstetricas de gestantes seropositivas atendidas en el hospital Hipólito Hunanue 2012-2013 Lima. [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1622/3/pillac a f.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1622/3/pillac_a_f.pdf)
13. Julio Antonio Silva Ramos. Complicaciones obstetricas en gestantes portadoras del virus de inmuno deficiencia humana hospital nacional Sergio E. Bernales 2012 – 2014. Lima – Perú. http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2614/1/SILVA_JA.pdf
14. Mendoza Sánchez Juvenal. Características de Gestantes Infechadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao. Enero de 1999 a marzo del 2003, Lima-Perú.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2053/1/Mendoza_sj.pdf

15. Charly Andrés Pacheco Medina. Virus de inmunodeficiencia humana positivo/sida en gestantes y sus recién nacidos – infantes. Hospital Sergio e. Bernales – comas: periodo 2000 – 2005. [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/556-1853-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/556-1853-1-PB%20(1).pdf)
16. Valera Ríos José. Relación de las características epidemiológica en gestantes con la infección de VIH en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2009-2012.
17. Lyzzeth Beatriz Alvarado Ocospoma, Perspectivas de vida en el aspecto personal, familiar y social de mujeres embarazadas VIH positivas: Hospital Nacional Dos de Mayo, agosto 2010 - mayo 2011
18. DR. JORGE DIAZ ANAIZ. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis. CHILE. DISPONIBLE EN: www.minsal.cl fecha de acceso 2012.
19. <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei2002/ei024b.pdf>
20. <http://bvsSIDA.ins.mx/articulos/3073.pdf>
21. Contreras R, Aristizabal F. 2002. Transmisión vertical de VIH – 1. Revista colombiana de Ciencias químico – farmacéuticas. Colombia.
22. Carvajal A, Dapena E, Parra R, Hernández M, López M, Rojas N. Profilaxis antirretroviral en embarazadas infectadas con el VIH/ SIDA. Consenso de Expertos. Disponible en: (<http://www.SIDAenlamujer.com/Profilaxis%20Antirretrovial%20en%20Embarazadas.pdf>). Fecha de acceso 16 de agosto de 2011
23. <http://biotech.law.lsu.edu/Books/lbb/x590.htm>
24. <http://www.retrovirology.com/content/5/1/91>

25. Guía de Prevención y Control de la transmisión vertical del VIH y manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA. Ecuador 2010
26. GUÍA PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y MONITORIZACIÓN EN ADULTOS Y EMBARAZADAS Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA)
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/uruguay_art.pdf
27. <http://history.nih.gov/NIHInOwnWords/assets/media/pdf/Yarchoan98.pdf>
28. Ministerio de la protección social. Colombia. 2005. guía para el manejo de VIH / SIDA. Basada en la evidencia. www.ncbi.nlm.nih.gov.
29. MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI. Norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis congénita. Perú. fecha: 28 de noviembre del 2012.

ANEXOS

ANEXO N°2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS E INCIDENCIA DE LAS GESTANTES PORTADORAS
DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2007- JULIO 2017.**

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad

- a) < 19
- b) 20- 34
- c) \geq 35

2. Grado de instrucción:

- a) Illetrada
- b) Primaria completa
- c) Primaria: incompleta
- d) secundaria: completa
- e) secundaria: incompleta
- f) superior: completa
- g) superior: incompleta

3. Estado civil:

- a. Soltera.
- b.. Casada.

- c. Conviviente.
- d. Viuda.
- e. Divorciada.

4.- Ocupación

- a. Estudiante.
- b. Ama de casa
- c. Trabajador Independiente
- d. Empleado público
- e. Otros_____

5. Lugar de Procedencia:

- a. Callarúa
- b. Yarinacocha
- c. Manatay
- d. Otros

6. Referencia

Paciente Referida

- a. Si
- b. No

7. Financiamiento

- a. SIS
- b. Auto financiado

II. CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS:

8. Edad de inicio relaciones sexuales

- a. ≤ 13
- b. 14- 15
- c. 16- 17
- d. 18- 19
- e. > 19

9. Número de parejas sexuales

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. >3

10. Tuvo Pareja Sexual portador del VIH

- a. Si
- b. No

11. Paridad

- a. Primigesta
- b. Segundigesta
- c. Tercigesta
- d. Multigesta

12. Hábitos

- a. Tabaco
- b. Alcohol
- c. Droga

13. Número de Atenciones prenatales

- a. 1- 2.
- b. 3-4
- c. 5- 6
- d. >6.
- e. 0

14. Momento del diagnóstico de VIH

- a. Antes del embarazo
- b. Durante el embarazo.

- c. Durante el trabajo de parto.
- d. Post parto

15. Diagnóstico de la Infección en el Embarazo

- a. Primer Trimestre
- b. Segundo Trimestre
- c. Tercer Trimestre

16. Trimestre en que inicio tratamiento para VIH

- a. I trimestre
- b. II trimestre
- c. III trimestre

17. Infecciones durante la gestación

- a. ITS
- b. TBC
- c. Otros_____

18. Semanas en la que culmino la gestación

- a. ≤ 36
- b. 37 – 40
- c. > 40

19. Peso con el que culmino la gestación

- a. Normal
- b. Bajo peso
- c. Sobre peso
- d. Obeso.

20. Vía de terminación del parto

- a. Parto vaginal.
- b. Parto abdominal.

21. Razones para la atención del parto vaginal

- a. Descuido del profesional de salud
- b. Trabajo de parto que llego en periodo expulsivo
- c. Óbito fetal
- d. Parto precipitado

22. Lactancia Materna

- a. Si
- b. No

23. Método anticonceptivo post parto

- a. Anticonceptivos orales
- b. Anticonceptivos inyectables
- c. Preservativo
- d. DIU
- e. AQV
- f. Ninguno.