

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS

DEL VIRUS DEL VIH - SIDA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

MARIA AUXILIADORA DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A

DICIEMBRE DEL 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. LETICIA MAMANI MARCA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH - SIDA ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE SEPTIEMBRE DEL
2012 A DICIEMBRE DEL 2016**

TESIS


PRESENTADA POR:

BACH. LETICIA MAMANI MARCA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

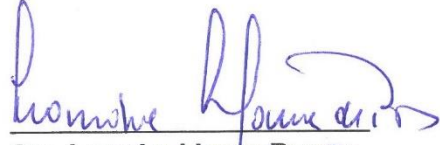
Aprobado por unanimidad, ante el siguiente Jurado:



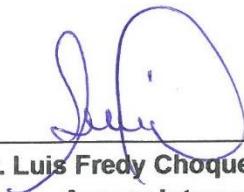
**Dra. Rinna Pilco Vásquez
Presidente**



**Med. Jacinto Bárcena Quintana
Secretaría**



**Dra. Leandra Llanca Ramos
Miembro**



**Dr. Luis Fredy Choque Mamani
Asesor Interno**

DEDICATORIA

Este proyecto realizado con mucho esfuerzo y valor es dedicado con todo el amor a Dios nuestro Padre Celestial, quien me bendice, me ilumina, y me da fortaleza para continuar día a día.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida luchan por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, dándome ejemplos dignos de superación y entrega. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera sin dudar ni un solo momento. Porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho. Es por ellos lo que ahora soy. Los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por ser mi amigo, consejero; por que encuentra el lugar y la hora para hacerse presente siendo él mi fortaleza para que día a día no me rinda fácilmente.

A mis padres, hermano por su apoyo incondicional, consejos y amor recibido en todo momento en especial durante mi formación profesional porque gracias a ellos he llegado a realizar la más grande de mis metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
CONTENIDO	i
ÍNDICE DE TABLAS	iii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3. OBJETIVOS	9
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES	13
2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	21
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	57

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO	62
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	62
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	62
3.4 VARIABLES DE ESTUDIO	63
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO	67
3.7 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS	68
CAPÍTULO IV.RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	70
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	91
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora según edad	70
Tabla2: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH –SIDA en el hospital María Auxiliadora, según estado civil	72
Tabla 3: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del Virus del VIH –Sida en el hospital María Auxiliadora, según lugar de residencia	74
Tabla 4: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según grado de instrucción	76
Tabla 5: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según controles prenatales.	79
Tabla6: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH –SIDA en el hospital María Auxiliadora según, detección e infección por VIH	81

Tabla 7:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según complicaciones del embarazo con VIH-SIDA	83
Tabla 8:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según comienzo del tratamiento Antirretroviral	86
Tabla 9:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según número de embarazos del paciente	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora según edad.	71
Gráfico 2: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH –SIDA en el hospital María Auxiliadora, según estado civil.	73
Gráfico 3: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH –Sida en el hospital María Auxiliadora, según lugar de residencia.	75
Gráfico 4: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según grado de instrucción.	78
Gráfico 5: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del Virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según controles prenatales.	80

Gráfico 6:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH –SIDA en el hospital María Auxiliadora según, detección e infección por VIH.	82
Gráfico 7:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según complicaciones del embarazo con VIH-SIDA	85
Gráfico 8:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según comienzo del tratamiento Antirretroviral	88
Gráfico 9:	Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH-SIDA en el hospital María Auxiliadora, según número de embarazo del paciente	90

RESUMEN

El VIH-SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – Sida atendidas en el hospital maría auxiliadora de septiembre del 2012 a diciembre del 2016. Estuvo constituido por un total de 138 mujeres portadoras del virus .En la recolección de datos se empleó una ficha de datos como instrumento y los resultados se analizaron en el programa SPSS versión 17.0. Teniendo como resultado lo siguiente: se concluye que las complicaciones más frecuentes en gestantes portadoras con VIH –SIDA. Obteniendo los siguientes resultados Anemia (34,80 %), Amenaza de Parto Prematuro (31,20%), Abortos Espontáneos(21,00%), Infección de Vías Urinarias (5,10%),Restricción de Crecimiento Intrauterino (5,10%) y otras complicaciones (4,30%), en su mayoría tuvieron la detección del virus Antes del Embarazo (39,1%), Durante el Embarazo (34,1%), Durante el Parto (18,1%).Con respecto a los controles prenatales se encontró gestantes ,de 6 a más controles (62,3%), de 4 a 6 controles (22,5%) . Asimismo no recibieron ningún tratamiento (29,7 %) reciben tratamiento durante el embarazo (29,0%), recibieron tratamiento antes del embarazo (17,4%).**Palabras clave:** VIH, Embarazo, Complicaciones Obstétricas

ABSTRACT

HIV / AIDS continues to be a major public health problem worldwide. This present research work had as general objective: Complications in pregnant patients carrying the HIV virus - AIDS treated at the Hospital Maria Auxiliadora September 2012 to December 2016. It consisted of a total of 138 female carriers of the virus. Data collection was used as an instrument and the results were analyzed in the SPSS version 17.0 program. As a result, the following are the most frequent complications in pregnant women with HIV-AIDS. Anemia (34.80%), Premature Birth Threat (31.20%), Spontaneous Abortions (21.00%), Urinary Tract Infection (5.10%), Intrauterine Growth Restriction 10%) and other complications (4.30%), (39.1%), During Pregnancy (34.1%), During Delivery (18.1%). Regarding the prenatal controls, pregnant women were found to be 6 to more controls (62.3%), from 4 to 6 controls (22.5%). They also received no treatment (29.7%), received treatment during pregnancy (29.0%), received treatment before pregnancy (17.4%).

Keywords:HIV,Pregnancy,ObstetricComplications

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, las mujeres se ven afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH) igualmente que los hombres, el porcentaje de mujeres infectadas está en continuo crecimiento; y oscila entre los 20 y 40 años; y que a su vez muchas de ellas desean tener hijos como la mayoría de la gente a esa edad.

El VIH-SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología actual compleja y dinámica. Más de 33 millones de personas viven actualmente con VIH/SIDA, casi la mitad de ellas son mujeres en edad reproductiva. Más de 2,6 millones de niños son portadores de VIH transmitido por sus madres.

El VIH es transmitido solamente de 3 formas: a través de relaciones sexuales no protegidas (heterosexuales u homosexuales), a través de sangre, 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 de VIH, el diagnóstico de infección por el VIH en una mujer embarazada casi siempre terminaba en aborto. Pero, desde que los modernos fármacos mejoraron tan drásticamente la calidad de vida de estas personas, y lo que es importante, desde que nuestros conocimientos sobre el virus y su transmisión nos permiten tomar precauciones para prevenir la infección de los hijos de madres infectadas. 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.

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 es lo que sucede en algunos países centroafricanos donde el SIDA se ha convertido en una causa común de mortalidad materna. 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.

El manejo debe ser multidisciplinario combinando tratamiento médico, psicológico, obstétrico, consejería y apoyo social, para todo lo cual se requiere de una infraestructura adecuada de los servicios de salud y la posibilidad de tener acceso a estos. Los cuidados prenatales no se diferencian sustancialmente de los brindados a las gestantes no infectadas por el VIH, ya que la mayoría de las mujeres VIH positivas están asintomáticas y no presentan problemas. Se debe brindar aportes de hierro, ácido fólico, así como de vitamina A, pues niveles bajos de esta última han sido asociados a un aumento en la transmisión madre a hijo. Se recomienda un parto por cesárea programado a las 38 semanas de embarazo para reducir el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño cuando la carga viral de las mujeres sea alta o desconocida cerca de la fecha del parto.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En el año 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. (1)

Según la OMS a fines de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, el 70% de las personas infectadas por el VIH conocen su estado serológico. El 30% restante necesita acceder a servicios de diagnóstico de esta infección. En el año 2016, 19,5 millones de personas infectadas por el VIH estaban en programas de TARGA. (1)

Según los datos de la agencia de Naciones Unidas contra el VIH-SIDA son 36,9 millones de personas portadoras del VIH en el mundo, de las cuales 15,8 millones reciben tratamiento antirretroviral. (1)

A nivel mundial, el principal factor de riesgo de contagio en la mujer en la adquirir el VIH son las relaciones sexuales, ya que más del 90% de las mujeres infectadas por el VIH/SIDA en los países en desarrollo han contraído la infección por transmisión heterosexual ya que la gran mayoría se dedica como trabajadoras sexuales y utilizan drogas endovenosas. (2)

El VIH –SIDA afecta a todos aquellos que hayan tenido varias parejas sexuales, como conductas sexuales riesgosas, sin protección, tener múltiples parejas sexuales y esto hace que aumente las probabilidades de que una persona se infecte. Las conductas sexuales de riesgo son comunes en los adolescentes y los adultos jóvenes, que tienen tasas muy altas de infección por el VIH. (3)

Así como también en el embarazo el VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana ataca al sistema inmune de las personas como a las gestantes haciéndolas más vulnerables ante las

infecciones, algunas de las cuales pueden ser mortales y esto pueden llevar a traer complicaciones a la madre, feto y durante el embarazo.

(4)

La gestante infectada con el VIH tiene un virus que vive y se multiplica primordialmente en las células sanguíneas blancas, que forman parte del sistema inmunológico. Una persona infectada puede verse y sentirse bien por muchos años y es posible que no tenga idea de que está infectada. Sin embargo, al debilitarse el sistema inmunológico de la persona se hace más vulnerable a enfermedades e infecciones comunes. Con el transcurso del tiempo, una paciente gestante infectada con el VIH, que no ha recibido tratamiento, tiene más probabilidad de sucumbir a diversas enfermedades concurrentes y desarrollar el SIDA. (4)

La transmisión vertical del VIH, se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto, por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico. La lactancia materna en una gestante con VIH es un riesgo, adicional de un 14% hasta 29%. La transmisión madre-hijo ha disminuido como vía de exposición, llegando en el período 2008-2012 a 0,6%, del total de casos reportados por VIH/SIDA en Chile. (4)

Una madre gestante con infección por VIH y que no recibe tratamiento antirretroviral puede producir complicaciones obstétricas de la gestación como: anemia, abortos, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento intrauterino , muerte fetal intraútero, eclampsia, Infección del tracto intrauterino.

Las complicaciones de riesgo que afectan a una madre gestante con VIH es tener una carga viral aumenta esto con lleva a que el sistema inmunológico este bajo y por ende se vea vulnerable a adquirir enfermedades , anemia ; en cuanto feto las complicaciones son más riesgosas tales como : bajo peso al nacer ,parto prematuro; en la corioamnionitis se permite el pasaje del virus o de linfocitos infectados al feto; la rotura de membranas favorece infección ascendente; en el trabajo de parto prolongado se producen micro transfusiones materno fetales.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general:

¿Cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH –SIDA atendidas en el Hospital María Auxiliadora de septiembre del 2012 a diciembre del 2016?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son las principales complicaciones que afectan a las embarazadas con VIH atendidas en el hospital María Auxiliadora?
- b) ¿En qué momento se diagnosticó la infección en pacientes embarazadas portadora de VIH que asistieron hospital María Auxiliadora?
- c) ¿Cuál es el número de controles prenatales que tienen aquellas embarazadas con VIH –SIDA que asistieron al hospital María Auxiliadora?
- d) ¿Cuántas pacientes embarazadas con VIH/SIDA reciben a tiempo su tratamiento y aquellas que no recibieron tratamiento?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - sida atendidas en el hospital María Auxiliadora de septiembre del 2012 a diciembre del 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH– sida.
- b) Determinar en qué momento se diagnosticó la infección en pacientes embarazadas portadora de VIH que asistieron hospital María Auxiliadora.
- c) Determinar el número de controles prenatales que tienen aquellas embarazadas con VIH-SIDA que asistieron al hospital María Auxiliadora.
- d) Identificar pacientes embarazadas con VIH-SIDA que reciben a tiempo su tratamiento y aquellas que no reciben tratamiento.

1.4 Justificación

Este trabajo se realizó para prevenir complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo mediante un buen control prenatal y conocer la vía de transmisión vertical (madre – hijo) con el Virus de inmunodeficiencia humana.

En el VIH –SIDA están expuestas todas aquellas personas que tienen conductas sexuales riesgosas, sin protección y tienen múltiples parejas sexuales. Las tasas son muy altas de infección por el VIH y son muy comunes en los adolescentes y los adultos jóvenes, sobre todo en las gestantes infectadas con VIH, la permanente replica viral hace que produce una disminución de la inmunidad, lo cual da origen a diversas complicaciones durante su periodo gestacional tanto a la madre como al feto.

El VIH es un problema de salud pública que afecta a todos, estos resultados que obtengamos nos servirá para detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA según el manejo de la OMS y guías técnicas.

En el momento de la práctica hospitalaria se crean muchas interrogantes sobre las complicaciones que acarrearán en aquellas

mujeres embarazadas portadoras del VIH y los principales factores que influyen a lo largo de su gestación; y con interés la evolución del neonato. Que la infección por el VIH no se debe simplemente a la falta de conocimiento de la forma de transmisión sino a la mayor parte de las mujeres embarazadas se infectan por el VIH como consecuencia del comportamiento de alto riesgo de su pareja, sobre el cual tienen poco o ningún control de detección del VIH, es por ello que los resultados de la investigación permitirá aplicarlo y detectar a tiempo el VIH y prevenir de las complicaciones con un buen control prenatal.

Los niños de las mujeres embarazadas portadoras del VIH tiene más probabilidad a nacer con bajo peso, y a lo largo de su vida y pueden desarrollar enfermedades oportunistas como: bronquitis, neumonía, faringitis, entre otras.

En gestantes infectadas con VIH la permanente replicación viral produce una disminución del sistema inmunológico mediada por células, lo cual da origen a diversas complicaciones durante su periodo gestacional. Este estudio permitió enriquecer los conocimientos relacionados con las complicaciones que se presentan en las gestantes infectadas con VIH, el cual nos permite utilizarla

como una herramienta de trabajo que es de utilidad en la planificación del grupo poblacional.

En esta investigación no se tratará solamente de determinar cuáles son las complicaciones que están incidiendo en las gestantes infectadas de VIH sino que también se pretende que los resultados del estudio aporte información para la prevención de dichas complicaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

A nivel internacional:

SARAS ARAGUNDI, Cristian, D ;(Ecuador 2014)

En su investigación titulado " Factores de riesgos en la exposición perinatal del virus inmunodeficiencia humana VIH A realizarse en el hospital especializado Mariana de Jesús de enero del 2014 a diciembre del 2014".La investigación es un estudio descriptivo transversal, no experimental. En Ecuador todavía hay un gran porcentaje de mujeres que no controlan su embarazo y donde la transmisión vertical alcanza incluso el 50%, en la ciudad de Guayaquil se considera el centro de desarrollo económico del país cuya población en los últimos 20 años ha duplicado su Población Es el primero en presentar el mayor número de casos de transmisión vertical y se sabe que en PVS 4 personas que viven con el VIH, se debe a muchos factores como la población rural lo que muchas

mujeres se dedican a la prostitución en bares y pululan en las calles de Nuestra ciudad, también debemos considerar a la población extranjera como Colombia, Perú, Cuba, los africanos y otras personas que viven en nuestra ciudad cerca de 500.000 habitantes, muchas de estas familias están involucradas en el tráfico de drogas y la prostitución ilegal donde se diagnostica la transmisión vertical del VIH - Por sexo en el 96% sin usar condones Esta investigación se realizó en un estudio en el que participamos mujeres embarazadas con VIH, un total de 5.643 nacimientos correspondientes al 100%, de los cuales sólo 245 mujeres atendidas fueron portadoras de VIH con el resto 4,3% no portadoras 95,7% fueron atendidas en el Hospital Especializado "Mariana de Jesús" desde el mes de enero hasta diciembre de 2014. (5)

BAQUE MERCHÁN; Monserrat A;(Guayaquil; Ecuador 2013)

En su investigación titulado "Complicaciones de mujeres infectadas con VIH en etapa gestacional en edades de 20 a 40 años en el hospital maternidad marianita de Jesús en el periodo de junio a diciembre del 2014 Hospital Maternidad Mariana de Jesús".

En su investigación realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal, no experimental, se observó 100 casos. Los resultados indican que las principales complicaciones fueron Infección en Vías Urinarias con el mayor porcentaje, seguido de anemia y 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. Se pudo concluir que hasta el momento el índice de mujeres embarazadas con VIH ha ido aumentando progresivamente, y con ello el riesgo de transmisión perinatal, si no se tiene la debida precaución durante el embarazo; ya que la infección muchas veces se la diagnostica durante el embarazo o después del parto. (6)

MEZA R. LIDA Y. TORRES M, Rosa. (Santiago; 2016)

En su artículo titulado; "Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA". Estudio cualitativo, fenomenológico interpretativo, con participación de diez mujeres en puerperio lejano que viven con VIH/SIDA, seleccionadas según criterios de pertinencia y adecuación. El significado de vivir con VIH/SIDA durante la gestación, para el grupo de mujeres participantes, fue Vivir con VIH/SIDA en la gestación: una experiencia por la protección del hijo" como tema

central, sustentado por tres categorías: “Entre la noticia y la aceptación”, “Proteger al hijo” (7)

PEÑA; A, CERÓN; I, BUDNIK; I, BARTTLET; D, (Santiago; 2013)

En su artículo titulado; “Prevención de la transmisión vertical y efectos secundarios de la terapia anti-retroviral en hijos nacidos de madres seropositivas para VIH en el área sur-oriente de Santiago, Chile: perspectiva de 15 años” En su investigación se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de una serie de binomios madre infectada por VIH/hijo atendidos entre los años 1995 y 2010. Se analizaron 94 embarazos y 96 hijos (2 embarazos gemelares). La tasa de TV fue 2,1%. De los recién nacidos, 85,4% presentó efectos adversos atribuibles a la exposición a TARV destacando la presencia de anemia (70,8%) .La exposición materna al uso de IP demostró ser un factor de riesgo independiente para el desarrollo de alteraciones metabólicas en los recién nacidos (OR 4 [1,58-10,12], p 0,003). (8)

MENDEZ CORDOBA, Luis C (Colombia ,2008)

En su investigación titulada; "Recién Nacidos detectados como portadores de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), fruto de gestantes sin prueba de tamizaje para VIH de los dos últimos trimestres". En su investigación se realizará un estudio no aleatorizado de corte transversal, con el fin de conocer el número de recién nacidos que son detectados como portadores de anticuerpos contra el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) en una muestra de sangre del cordón umbilical obtenida al momento del nacimiento, y que son fruto de gestantes que llegan a la sala de partos sin prueba diagnóstica para el VIH durante los 2 últimos trimestres. En nuestro país el porcentaje estimado de ofrecimiento de la prueba es del 39,5%, motivo por el cual, al momento del nacimiento, en un número no calculado de gestantes se desconoce el estado de portador de anticuerpos contra el VIH, y en los casos en los cuales la gestante se realizó la prueba a inicios de la gestación, (9)

A nivel nacional:

LARA ESPINOZA; Nezly B. (Lima 2010)

En su investigación; "Tratamiento Antirretroviral en Gestantes Portadoras de VIH positivo centro de Salud Materno Infantil San José 2009 – 2010. Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal". De 1349 gestantes atendidas durante el periodo de estudio, 30 (2,22%) de ellas tuvieron VIH positivo. De 25 gestantes con VIH positivo, 12 de ellas tuvieron adherencia inadecuada, de las cuales 7 (58,3%) provinieron de una familia disfuncional. No hay diferencia estadística significativa entre el tipo de familia y el tipo de adherencia; 9 (75,0%) tuvieron entre 25–29 años de edad. Hay diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el tipo de adherencia. 8 (66,7%) tuvieron escaso apoyo afectivo. (10)

REYES V; Mary Felissa (LIMA 2014)

En su investigación; Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. Se entrevistó a 349 gestantes. El año 2014, la proporción de gestantes que fue

tamizada para VIH en establecimientos del MINSA fue de 84%. El análisis multivariado determinó que los factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH fueron la falta de acceso o tener menos de 5 visitas de atención prenatal (APN) (OR=2,7; IC95%1,3-5,6; p=0,009), no brindar información a la gestante sobre la prueba de VIH (OR=7,5 IC95%3,7- 15,4; p.(11)

GARCIA, J. G., MAS, E. C., LÓPEZ-VILCHEZ, M. Á., BUSCATO, M. J. M., & SIERRA, A. M. (Lima; 2017, JUNE)

En su investigación; Análisis del maltrato prenatal con VIH en Cataluña entre los años 2011 y 2014 La edad media materna fue de 28,11 años. El 63% de los casos eran de nacionalidad española, un 76% estaba sin trabajo, el 60% no había seguido un correcto control gestacional, un 76% tenía interrupciones de embarazo previas, un 20% manifestaba haber sido maltratada por la pareja. Fueron frecuente los antecedentes de problemática social (76% intervención social; 30,5% retenciones de hijos previos; 13% tutela de la madre por la administración; 7% privación de libertad), con tasas elevadas de infección por enfermedades de transmisión vertical (VIH 4,95%, VHC 9%, infección VIH + VHC 1,8%), el 73% manifestó consumo de tóxicos (por orden de frecuencia cannabis,

cocaína y heroína). En los neonatos, destacó el alto índice de prematuridad (26,3%) y el diagnóstico de síndrome de abstinencia en 34 casos. En el 51,6% el hijo está en la actualidad con su madre.(12)

A nivel Local:

GALDOS RODRÍGUEZ; Oscar. (TACNA; 2015)

En el año 2015, la incidencia predominó en hombres con 77,6%; se denota que por cada 4 hombres, una mujer tiene estadio VIH y por cada 4 hombres, una mujer tuvo estadio SIDA. Se resalta que las edades entre los 15 a 29 años (adolescentes y jóvenes) tuvieron la mayor incidencia en el 2015, agrupando al 52% de los casos nuevos de VIH/SIDA, poco más de la mitad (53,4%) de los casos nuevos de VIH/SIDA, tuvieron nivel educativo secundario; también más de un tercio (39,7%) tuvieron residencia habitual en el distrito Tacna, luego Gregorio Albarracín (29,3%), Alto de la Alianza (12,9%), Pocollay (10,3%) y Ciudad Nueva (6,9%), estos se ubican en la ciudad capital del departamento y agrupan al 98,3%. Según vías de transmisión, la mayor parte se presenta en los heterosexuales (46,6 a los Homosexuales, de ellos, 22 fueron estadio VIH y 2 estadio SIDA. (13)

2.2 Fundamentos teóricos

2.2.1 VIH

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el SIDA. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus ataca y debilita al sistema inmunitario. A medida que el sistema inmunitario se debilita, la persona está en riesgo de contraer infecciones y cánceres que pueden ser mortales. Cuando esto sucede, la enfermedad se llama SIDA. Una vez que una persona tiene el virus, este permanece dentro del cuerpo de por vida.

El miedo a ser estigmatizado y rechazado, hace que los grupos vulnerables se resistan a las pruebas serológicas de tamizaje sistemático, e induce a muchos pacientes con diagnóstico de VIH/sida a permanecer silentes y privarse totalmente de un tratamiento preventivo contra las infecciones oportunistas, una atención médica integral a nivel comunitario u hospitalario y la participación en la línea de apoyo a personas afectadas con la entidad clínica. (14-15)

Normalmente, en el embarazo, existe inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulinas 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, pero estudios prospectivos realizados han sido contradictorios en sus resultados.

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 estado avanzado. (14)

El SIDA se ha convertido en una causa común de mortalidad materna, lo cual no parece debido a la aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan, lo que trae como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH. (16-17)

2.2.1.1 Tipos de VIH :

VIH-1:

Uno de los dos tipos del VIH, el virus causante del SIDA. El SIDA es la fase más avanzada de la infección por el VIH. El

VIH-1 se transmite por contacto directo con líquidos corporales, como la sangre, el semen y las secreciones genitales, infectados por el VIH o de una madre VIH-positiva al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia (por medio de la leche) materna. (18)

VIH-2:

Por lo general, la infección por el VIH-2 lleva más tiempo en evolucionar a un cuadro sintomático del VIH/SIDA y causa una menor tasa de mortalidad que la infección por el VIH-1. (19)

- **Síntomas:**

Muchas personas no tienen síntomas una vez que resultan infectadas con VIH. Otras desarrollan síntomas temporales similares a la gripe, en las primeras semanas o meses después de haber sido expuestos al virus. Entre estos se incluyendo los siguientes:

- Fiebre.
- Dolores de cabeza.
- Dolor de garganta.

- Dolores en general.
- Fatiga.

2.2.1.2 Pruebas de diagnóstico

- **Prueba de ELISA:**

Examen de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH. Consiste en la detección de los anticuerpos del virus. Esta prueba debe realizarse 3 semanas después de la práctica de riesgo y permite, en muchas ocasiones, la detección precoz del VIH.

En el caso de obtener un resultado positivo con la prueba del ELISA, este debe confirmarse mediante una prueba más específica denominada Wester Blot.

- **Prueba rápida para VIH:**

Examen de laboratorio para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH, con resultados que se obtienen en tiempos menores a los 30 minutos y no requiere de equipos sofisticados de diagnóstico, obteniéndose a partir de la sangre total. En caso de niños menores de 18 meses

no se considera diagnóstica, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno. (20)

2.2.2 EMBARAZO:

Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. (21)

Alto Riesgo Obstétrico:

Un embarazo es de alto riesgo cuando existen condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre embarazada y/o su bebe. El riesgo de sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera

vez durante el embarazo en mujeres perfectamente sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres portadoras de enfermedades médicas de severidad considerable como el VIH. Las malformaciones fetales se consideran una forma de alto riesgo Obstétrico de origen fetal (22)

2.2.2.1 Transmisión madre e hijo según la OMS

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 materna infantil. 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%. La comunidad mundial se ha comprometido a acelerar los progresos para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH mediante una iniciativa que tiene por objeto eliminar las nuevas infecciones pediátricas por VIH para el año 2015 y mejorar la supervivencia y salud materna, neonatal e infantil.

La OMS colabora con otros asociados para establecer normas y estándares mundiales en relación con las actividades de prevención, atención y tratamiento de las embarazadas, las madres y sus hijos; elaborar estrategias basadas en la evidencia; y promover la integración de la prevención de la transmisión vertical del virus en los servicios. (23-24-25)

2.2.2.2 Diagnóstico en la embarazada

Debiera solicitarse a toda embarazada estudio serológico de VIH, si es (+), es indeterminado o hay fuerte sospecha, es necesario buscar el antígeno p24 y/o el ADN por reacción de polimerasa (PCR), para descartar infección en periodo de ventana. Si sale (+) la serología y/o la antigenemia y/o la PCR debe considerarse como portadora de VIH. Recordar que pueden dar ELISA VIH falsos (+) algunos anticuerpos antinucleares, anti mitocondriales, enfermedad hepática severa, vacunas como la influenza, inyecciones de gammaglobulinas y el VIH - 2.

Cuando la mujer es (-) y la pareja (+), deberá repetirse cada 3 meses. (26)

Diagnóstico de la gestante infectada por el VIH:

Debe realizarse a toda gestante la serología VIH en la primera visita, tras ofrecerle una información clara al respecto (consentimiento informado oral). Este primer paso es básico para poder ser eficaces en la disminución de la Transmisión Vertical. Se deberá confirmar la infección con una 2ª determinación (Western-Blott) e informar a la gestante.

2.2.2.3 Factores involucrados en la transmisión vertical

1. Factores maternos

- Grado de avance de la enfermedad materna
- Un recuento de linfocitos T CD4 bajo, inferiores a 400/mm³ facilitan la infección por VIH.
- La presencia de infección sintomática o SIDA.
- Carga viral plasmática elevada: cuanto mayor sea la carga viral, mayor es la posibilidad de transmisión al feto. (27)

- Presencia concomitante de transmisión sexual en pacientes seropositivas provoca un aumento de la carga viral a escala genital, aumentando también la plasmática, aumentando así la posibilidad de transmisión perinatal.

2. Factores obstétricos

- Infección ascendente desde vagina y cérvix al líquido amniótico.
- Transfusión feto-materna durante el trabajo de parto.
- Contacto directo de piel y mucosa fetales con secreciones de los genitales y sangre materna infectada durante el parto.
- Rotura prematura o prolongada de membranas ovulares. Se ha establecido el incremento de riesgo horario en caso de rotura prematura de membranas, de forma que cada hora que pasa aumenta el riesgo de transmisión en un 2%.
- Desprendimiento placentario.
- Corioamnionitis debido a la disrupción de la barrera placentaria.(28)

3. Factores fetales

- Recién Nacido prematuro, edad gestacional inferior a 34 semanas.
- Bajo peso: inferior a 2500 gramos.

Control Prenatal:

- Especial apoyo de salud mental y social.
- Evaluación en cada consulta de la cavidad oral y cervicovaginal.
- Repetir CD4 cada trimestre.
- Repetir Estudio de cuello uterino a 8 semanas después del primero.
- Repetir pesquisa de enfermedades de transmisión sexual en el tercer trimestre.
- Consulta precoz ante síntomas de parto prematuro y corioamnionitis.

2.2.2.4 Manejo de la gestación en la mujer con VIH

El despistaje de VIH en gestantes que acuden a controles prenatales regulares primera consulta (gestante no conocida como VIH +) consejería pre test y test rápido para

VIH derivar a centro de referencia para Elisa y western blot programar segundo test antes de las 38 semanas de gestación seguimiento del caso de acuerdo a las recomendaciones del centro de referencia (monitoreo de adherencia, controles especializados, monitoreo de efectos adversos a drogas, provisión de antirretrovirales, detección de enfermedades oportunistas, etc.)

El VIH/SIDA afecta cada vez más a las mujeres, lo que aumenta la posibilidad de transmisión perinatal. La detección temprana del VIH mediante el acceso a la consejería y prueba voluntaria durante el control prenatal facilitan el tratamiento anti-retroviral oportuno que disminuye la transmisión durante el embarazo y el parto, y en el puerperio, asociado a la lactancia materna. (27)

Exploraciones complementarias:

- Citología servicio-vaginal < 1 año. Se realizará en medio líquido si es posible por la posibilidad de determinar HPV a posteriori. En caso de alteración, remitir a la Unidad de Patología Cervical para valoración y seguimiento.

- Cultivos: - Cultivos ETS para descartar enfermedades de transmisión sexual que puedan aumentar el riesgo de TV
- Se realizarán en la 1ª visita en pacientes de riesgo y a todas las gestantes entre las 28-30 semanas.
- Hemograma, grupo sanguíneo y Rh , Orina , VDRL o RPR
- Exámenes serológicos de ETS, Antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpo de virus hepatitis B, Serología para virus hepatitis C; para descartar enfermedades de transmisión sexual que puedan aumentar el riesgo de transmisión vertical. Se realizaran en pacientes de riesgo y a todas las gestantes entre las 20-40 semanas.
- Determinaciones analíticas:
 - Hemograma y bioquímica con perfil hepático trimestral. Realizar control también al mes de inicio del tratamiento ARV.
 - Determinación de la carga viral (CV) del VIH en plasma: o Con analítica de 1er y 2º trimestre o Entre las 34-36 semanas para establecer la opción a un

parto por vía vaginal. o En el momento del parto o inmediatamente posterior.

- Recuento de linfocitos T CD4+: o En el 1er control analítico. o Entre las 34-36 semanas. o Cuando se considere indicado por sospecha de infecciones oportunistas, o mal cumplimiento del tratamiento.

Mujer Embarazada sin tratamiento previo:

- Iniciar tratamiento después del 1er trimestre, con excepción de aquellos casos con menos de 200 cel CD4/ml o con procesos definitivos de sida.
- Iniciar terapia con: ' AZT 300 mg c/12 hrs + 3TC 150 mg c/12 hrs + LPV/r 400mg/100 mg c/12 hrs.
- Alternativa siempre y cuando CD4 < 250 cel/ml ' AZT 300 mg c/12 hrs + 3TC 150 mg c/12 hrs + Nevirapina (iniciar Nevirapina 200 mg c/24 hrs y si no hay eventos adversos subir a 200 mg c/12 hrsa los 15 días de tratamiento), vigilar por riesgo de toxicidad hepática y si tiene más de 250 CD4s/ml el riesgo es mayor.
- En caso de anemia por AZT sustituirla por tenofovir

Períodos en los que ocurre la transmisión vertical

A) Transmisión Intraútero:

La transmisión ocurre más frecuentemente durante el final de la gestación. La probabilidad de que se produzca la infección en ausencia de profilaxis es de aproximadamente del 25 a 35 % en los países en desarrollo y del 15 a 25 % en los desarrollados. En este aspecto es donde más se ha avanzado en desarrollar adecuadas medidas preventivas y se ha conseguido reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo a menos del 2 %. El mecanismo se da por pasaje directo transplacentario; cuando el saco amniótico está intacto sería por micro transfusiones de sangre materna contaminada al feto, a través de un tráfico celular transplacentario o por infección de las capas sucesivas hasta llegar al feto.

Se define laboratorialmente como infección intraútero cuando se detecta infección en el recién nacido dentro de las primeras 48 horas de vida a través de los resultados positivos del cultivo viral o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

(23)

B) Transmisión Intraparto:

Corresponde al 65 % de las infecciones por vía madre-hijo. El mecanismo sería por contacto directo con sangre, secreciones cervicovaginales o micro transfusiones materno-fetales durante el trabajo de parto o por deglución del niño de sangre o secreciones cervicovaginales contaminadas.

Se define laboratorialmente como infección intraparto cuando el recién nacido tiene resultados negativos para el cultivo viral y PCR en la primera semana de vida y se vuelven positivos entre los 7 y 90 días de vida, cuando no hay lactancia materna. (23)

C) Transmisión a través de la leche materna:

Corresponde al 10 a 25 % de las infecciones por vía vertical. El mecanismo sería por infección del epitelio mucoso bucal del niño o infección de las placas de Waldeyer intestinales, células de Langerhans o células intestinales. También depende del grado de severidad de la enfermedad materna, presencia de grietas en los pezones, la mastitis y los niveles plasmáticos de Vitamina A.

En la leche de la mujer infectada por el VIH, éste se presenta bajo tres formas diferentes: como partículas libres o vibriones, como células infectadas o productoras de partículas virales y como células infectadas no productivas.

La leche de una madre infectada agrega un potencial riesgo de infección para el hijo. Las madres que adquieran la infección después del parto tienen un alto riesgo de transmitir a través de la lactancia, especialmente durante la fase aguda de la primo infección, ya que poseen una carga viral elevada y carecen de anticuerpos. (23)

Parto natural frente a cesárea

Si su carga viral es superior a 1.000 copias del virus por mL de sangre (copias/mL) al momento de dar a luz, una cesárea reducirá el riesgo de transmitir el VIH a su bebé. Una carga viral elevada puede deberse a cualquiera de estas razones:

- Que los medicamentos no supriman el virus por completo;
- Que usted haya comenzado a tomar los medicamentos tardíamente en su embarazo;
- Que usted no esté tomando los medicamentos con regularidad.

Si su carga viral es inferior a 1.000 copias/mL, una cesárea no reducirá el riesgo para su bebé. Además, una cesárea es menos segura para usted que un parto natural. Por esta razón, si su carga viral es baja al entrar en trabajo de parto, lo ideal sería que usted tuviera un parto natural.

Parto en el VIH

Es el periodo en el que se producen la mayor parte de los casos de transmisión materno-fetal. Los objetivos durante el parto son disminuir el riesgo de transmisión vertical madre-hijo, así como disminuir la morbilidad de la madre y el recién nacido. Para ello, lo fundamental es que la gestante llegue al momento del parto con la menor carga viral posible. (23)

Parto vaginal

Se permitirá el parto vaginal cuando:

Hable con su especialista en VIH y con su obstetra sobre qué clase de parto es más conveniente para usted.

PARTO CON VIH:

- Exista un buen control de la gestación.

- La gestante haya estado durante el embarazo con tratamiento antirretroviral de gran actividad.
- Esté por encima de 36 semanas de gestación.

Puerperio

Está contraindicada la lactancia materna por el alto riesgo de transmisión al recién nacido. Por tanto se administrará 1 miligramo de cabergolina en dosis única tras el parto una vez que la gestante esté en la planta. Además, se reiniciará lo antes posible a medicación antirretroviral.

Personas que viven con el VIH con acceso a la terapia Antirretrovírica

- A fecha de diciembre de 2015, 17 millones de personas que vivían con el VIH tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica; en junio de 2015, la cifra alcanzaba los 15,8 millones y, en 2010, los 7,5 millones.
- El 46% [43%–50%] de todos los adultos que vivían con el VIH tuvo acceso al tratamiento en 2015, mientras que en 2010 el índice se situaba en un 23% [21%–25%].
- El 49% [42%–55%] de todos los niños que vivían con el VIH tuvo acceso al tratamiento en 2015, mientras que en 2010 el índice se situaba en un 21% [18%–23%].

- El 77% [69%–86%] de las embarazadas que vivían con el VIH tuvo acceso a medicamentos antirretrovíricos en 2015 para prevenir la transmisión del VIH a sus bebés.(25)

Cuidados del embarazo y parto

1. Cuidados del embarazo en la primera visita:

Estado inmunitario: CD4 y carga viral. También se puede solicitar CD8, β_2 microglobulinemia, electroforesis de inmunoglobulinas, cuantificación de inmunoglobulinas.

Estado infeccioso: evaluación de la cavidad orofaríngea y cervico-vaginal, descartando cervicitis, presencia de gonococo, Chlamydia, estreptococo, PPD, baciloscopía, VDRL, anticuerpos para hepatitis B, toxoplasma, CMV, herpes.

2. Cuidados del parto

A pesar de que hay evidencias de que la operación cesárea disminuye la tasa de infección por VIH infantil, no hay datos suficientes para apoyar la cesárea rutinaria. La decisión debe ser tomada en forma específica para cada paciente,

confrontando dos aspectos: estado evolutivo de la enfermedad y factores obstétricos. (26)

A. Estado evolutivo de la enfermedad:

Permite establecer su potencial infectante, lo que está determinado fundamentalmente por la carga viral sanguínea.

B. Factores obstétricos:

En caso de parto vaginal evitar la ruptura artificial de membranas para evitar el contacto fetal con las secreciones maternas, y las maniobras que puedan dañar la piel fetal (pH cuero cabelludo fetal y electrodo cefálico). El ideal es que el período de latencia entre la ruptura de membranas y el parto sea menor de 4 horas.

2.2.3 COMPLICACIONES DEL VIH EN EL EMBARAZO

La infección por el VIH se asocia a un aumento de la frecuencia de abortos, partos prematuros e hipotrofias, especialmente en los países en desarrollo. Además, en caso de inmunodepresión pueden surgir complicaciones

infecciosas. Por último, aumenta la morbilidad puerperal, sobre todo en caso de cesárea. (24)

A.- Abortos Espontáneos

La frecuencia de abortos espontáneos sería más elevada en las mujeres infectadas por el VIH que en la población general, pero no se trata necesariamente de una relación causal, se relaciona con la transmisión materno-fetal del virus. En algunos estudios se ha observado también una cifra importante de embarazos extrauterinos en las mujeres seropositivas. Sin embargo, la frecuencia de las ETS asociadas podría ser la causa de esta patología, más que el VIH. En un estudio prospectivo estadounidense, la cifra de abortos fue tres veces mayor en las mujeres seropositivas. Los autores de este estudio constataron la presencia del VIH en el timo de más de la mitad de los fetos abortados y concluyeron que se trataba de interrupciones del embarazo debido a la contaminación precoz del embrión.(24)

El riesgo incrementado de sufrir un aborto espontáneo en población femenina con VIH fue descrito en un estudio

realizado en Uganda (África Oriental); concretamente, el riesgo fue cinco veces mayor que entre la población VIH negativa. A la luz de estos resultados, y teniendo en cuenta el aumento de mujeres embarazadas con el virus.

El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de las 20 semanas. El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, o completo cuando todo es eliminado por completo. (24)

Causas

La causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas, en especial las trisomías autosómicas (no sexuales). En otros casos se debe a anomalías del tracto reproductivo, o a enfermedades infecciosas (VIH – SIDA, Mal de Chagas, toxoplasmosis, brucelosis, sífilis, listeriosis, hepatitis B), o a enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis, traumatismos graves).

B. Partos Prematuros

La cifra de partos prematuros es aproximadamente dos veces mayor en las mujeres infectadas por el VIH que en la población general. Casi todos los estudios africanos muestran un exceso más o menos importante de partos prematuros en las mujeres seropositivas, comparadas con grupos controles seronegativos. En el estudio europeo en colaboración sobre el VIH perinatal, la cifra de partos prematuros fue más elevada en las mujeres inmunodeprimidas que en las mujeres seropositivas sin inmunodepresión. En ausencia de pruebas de una relación causal entre la infección por el VIH y el parto prematuro, la hipótesis más verosímil que relaciona ambos hechos es la infección del óvulo o una corioamnionitis subclínica, cuyo factor predisponente podría ser la depresión de la inmunidad local. En la práctica, es especialmente importante la prevención del parto prematuro y de la rotura prematura de las membranas ovulares que lo acompaña a menudo, ya que representan un mayor riesgo de transmisión materno filial del VIH.³

C. Restricción del crecimiento Intrauterino y muertes fetales

En varios estudios africanos, en caso de infección materna por el VIH, el peso medio al nacer fue más bajo y el índice de hipotrofia, más elevado.¹⁶ La diferencia de peso está comprendida entre 150 y 250 g. La incidencia de la hipotrofia es más importante en caso de inmunodepresión materna. En un estudio del Congo, dieron a luz a neonatos hipotróficos el 33 % de las mujeres con sida, el 17 % de las mujeres asintomáticas y el 10 % de las mujeres del grupo control. En algunos estudios de cohortes no se observó ninguna diferencia significativa en el peso al nacer entre las mujeres seronegativas y las mujeres seropositivas asintomáticas.

Es posible que la infección intrauterina cause un retraso del crecimiento. A la inversa, el retraso del crecimiento puede ser de origen placentario. Cabe formular la hipótesis de que lesiones vasculares isquémicas promueven la permeabilidad de la placenta y aumentan de esta manera el riesgo de transmisión. Por otra parte, el riesgo de transmisión aumenta con el grado de inmunodepresión materna y es posible que cierto grado de alteración del estado general de la madre provoque un mayor riesgo de hipotrofia fetal. La relación es

difícil de estudiar, porque la inmunodepresión materna es también un factor de riesgo de parto prematuro, de hipotrofia y de transmisión intrauterina. Por último, la inmunodepresión se acompaña de trastornos alimentarios, sobre todo de carencia de vitamina A, que aumenta el riesgo de infecciones inespecíficas y podría repercutir en el crecimiento fetal.

D. Anemia

La anemia se define por la concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal.

La anemia puede ser causada también por problemas en la médula ósea donde la producción de nuevos glóbulos rojos y hemoglobina está ralentizada por el virus del VIH / Sida o por patologías asociadas a estadios avanzados de la enfermedad.(22)

Puede acompañarse de otros parámetros alterados, como disminución del número de glóbulos rojos, o disminución del hematocrito, pero no es correcto definirla como disminución de la cantidad de glóbulos rojos, pues estas células sanguíneas

pueden variar considerablemente en tamaño, en ocasiones el número de glóbulos rojos es normal y sin embargo existe anemia.

Clasificación por severidad

- Anemia severa < 7,0 g/dL
- Anemia moderada 7,1 –10,0 g/dL
- Anemia leve 10,1- 10,9 g/dL

Síntomas:

- debilidad (astenia)
- palpitaciones
- falta de aire con el esfuerzo (disnea).
- cardiovasculares como taquicardia
- disnea de esfuerzo marcada
- claudicación intermitente.

Factores de riesgo:

- Alimentación deficiente, carente de vitaminas y minerales.
- Tabaco, que reduce la absorción de nutrientes importantes.
- Exceso de consumo de alcohol que lleva a la desnutrición.
- Tomar medicación anticonvulsiva. (17)

Complicaciones

- Deformidades en el sistema nervioso del feto.
- Parto prematuro.
- Pérdida excesiva de sangre durante el parto.
- Bajo peso del feto al nacer.
- Aumento de infecciones en el recién nacido.

Pronóstico

En las mujeres que tienen indicación de iniciar a la brevedad el tratamiento antirretroviral (TARV) y tienen anemia grave (Hb < 7 g/dl) deberá iniciarse una pauta de tratamiento que no contenga Zidovudina (AZT) y proporcionar tratamiento de la anemia. Los tratamientos opcionales son Abacavir (ABC) y Didanosina(DDI).

E. Amenaza de parto prematuro (APP)

La amenaza de parto pre término es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal en el mundo, el riesgo de una amenaza de parto pretérmino (APP) es que se produzca un parto antes, se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales

progresivas desde las 22 hasta las 37 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. Otros aspectos más específicos de la infección por el VIH que harían aumentar la prevalencia del parto pretérmino serían el deterioro del estado inmune materno o el tratamiento antirretroviral (TARV) sobre todo en el caso de pacientes que reciben TARV previa al embarazo.

Manejo de la APP en la gestante infectada por el VIH:

- En caso de riesgo de parto elevado en gestantes de < 37 semanas, se administrará, zidovudina intravenosa profiláctica según protocolo (2 mg/Kg/hora durante la primera hora seguida de 1mg/Kg/hora) durante un total de 24 horas como máximo. La administración EV de AZT se asocia a elevada toxicidad por lo que su uso debe restringirse a periodos breves, cuando el riesgo de parto sea elevado. Si cediera antes la DU se suspenderá el tratamiento con zidovudina intravenosa.
- La vía del parto será la cesárea en gestaciones de < 34 semanas. En gestaciones \geq 34 semanas, puede optarse a parto vaginal.

- En gestaciones ≥ 34 semanas asegurar tener resultado de Carga Viral . indetectable del 3er trimestre.(15)

F. Rotura prematura de membrana (RPM)

Se entiende por rotura prematura de membranas (RPM) la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Puede dar lugar a una serie de complicaciones como infecciones maternas y fetales o neonatales, parto prematuro.

Antes del uso de TARV en el embarazo, varios estudios encontraron una relación entre la duración de la rotura de bolsa y la transmisión vertical (TV), sobre todo si dicha duración es superior a cuatro horas. El riesgo de transmisión vertical aumenta en un 2% por cada hora que la bolsa permanece rota en mujeres con menos de 24 horas de rotura.. Debido a que el límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente nos referiremos a RPM cuando ésta se produce antes de la semana 24 semanas de gestación. (24)

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de RPM se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico.

En un 10-20% de los casos aparecen dudas en el diagnóstico ya sea porque:

- a. La pérdida de líquido es intermitente.
- b. No se evidencia hidrorrea en vagina durante la exploración física.
- c. Existe contaminación por secreciones cervicales, sangre, orina.

Manejo de la RPM en la gestante infectada por el VIH:

El manejo de la RPM en la gestante infectada por el VIH es complejo puesto que debe valorarse el riesgo de transmisión vertical además de los riesgos asociados a la RPM y a la prematuridad. En todos los casos debe intentarse optimizarse al máximo el control virológico, asegurando un tratamiento ARV combinado efectivo que mantenga una CV indetectable. En aquellas mujeres no tratadas en el momento de la RPM debe iniciarse el TARV sin demora. En caso de control subóptimo de la infección o de CV detectable el riesgo de TV puede ser mayor.

Es por ello que el manejo deberá individualizarse según la edad gestacional, y el riesgo de Transmisión Vertical. (24)

G. Infección de las vías urinaria

El aparato urinario es el sistema de drenaje del cuerpo para eliminar los desechos y el exceso de agua. Incluye dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una uretra. Las infecciones del tracto urinario son el segundo tipo más común de infección en el cuerpo.(22)

Es posible que tenga una infección de las vías urinarias si observa:

- Dolor o ardor al orinar
- Fiebre, cansancio o temblores
- Urgencia frecuente de orinar
- Presión en la región inferior del abdomen
- Orina con mal olor o con apariencia turbia o rojiza
- Con menor frecuencia, náusea o dolor de espalda

En los pacientes VIH la ITU más frecuente es la ITU grave por E. coli pero con respuesta habitualmente satisfactoria a un tratamiento de 2 semanas de duración. También pueden

desarrollar infección renal por Mycoplasma y diversas infecciones del tracto genital por gérmenes no habituales (20). Los pacientes con trasplante renal presentan un riesgo aumentado de ITU grave por gérmenes nosocomiales y oportunistas, con riesgo de bacteriemia, sobre todo los 4-6 primeros meses, siendo frecuentes las recidivas. Es un grupo proclive a la ITU por Cándida que debe ser tratada incluso si la cándida es asintomática. En el tratamiento se tendrá en cuenta que algunos antibióticos compiten con la ciclosporina en su metabolismo hepático (29).

Antibioterapia en las ITU

Al tiempo que se identifican y controlan los factores de riesgo posibles, la mayoría de las veces es necesario iniciar un tratamiento antibiótico empírico teniendo en cuenta alergias del paciente, tratamientos previos y respuesta a los mismos, estado general del paciente, funciones renal y hepática, edad gestacional en embarazadas, índices de resistencia a los antibióticos en la zona y hospital, así como la supuesta localización de la infección (vía urinaria vs. parénquima) con el fin de seleccionar el fármaco, dosis y vía de administración.

Bacteriuria asintomática.

- tratamiento vía oral de 5 a 7 días:
- Amoxicilina: 500mg/8h. - Amoxicilina+Ac. Clavulánico: 500+125mg/8h.
- Cefadroxilo: 500mg/12h ó 1.000mg/24h.
- Sólo si es 1er o 2º trimestre:Nitrofurantoína: 50-100mg/6-8h.

Indicación de inicio de Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

El tratamiento ARV en una embarazada con infección por VIH se debe iniciar lo más pronto posible para lograr la disminución de la CV (carga viral) a través de lo cual se impedirá la transmisión de virus al niño. Al mismo tiempo se debe mantener una estricta vigilancia de la situación clínica virológica e inmunológica de la paciente. La carga viral permite evaluar la eficacia del tratamiento y cuando es menor a 1.000 copias/ml al final del embarazo apoya la decisión de realizar parto normal.

Si la embarazada se encuentra en buen estado clínico, inmunológico y virológico no necesita iniciar tratamiento por su propia salud, en este caso se debe administrar TARGA como

profilaxis de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH después de la semana 14 de embarazo.

Al iniciar un TARGA es necesario tener en cuenta la edad gestacional del feto, los posibles efectos de la exposición intrauterina a los fármacos y los efectos adversos del TARGA en la mujer embarazada. El objetivo del TARGA es suprimir completamente la replicación viral para evitar el riesgo de transmisión y minimizar el riesgo de emergencia de resistencia a los ARV.

La pauta de primera línea recomendada para las mujeres embarazadas que presentan menos de 250 células CD4/mm³ se basa en dos Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (ITIAN) (habitualmente AZT + Lamivudina 3TC) con Nevirapina (NVP). En mujeres que presentan más de 250 células CD4/mm³ debe tenerse en cuenta que el uso de NVP puede estar asociada a una mayor toxicidad. Existen varias opciones en este escenario: se prefiere utilizar una pauta con Inhibidores de la proteasa **IP** (Lopinavir más Ritonavir), otras alternativas incluyen utilizar NVP vigilando minuciosamente a la paciente durante las primeras 12 semanas de tratamiento.

Drogas antiretrovirales contraindicadas durante el embarazo:

- Efavirenz, Zalcitabina, Hidroxiurea (Riesgo teratogénico)
- Indinavir, (Riesgo elevado de toxicidad sobre el feto)
- Asociación zidovudina (AZT) + estavudina (D4T)
- Asociación didanosina (DDI) + estavudina (D4T)

Terminación del embarazo en madre con VIH-Sida

- A toda mujer infectada con VIH-SIDA se le debe ofrecer la oportunidad de una cesárea electiva (programada antes del inicio de labor de parto) a las 37-38 semanas de gestación. La confirmación de la edad gestacional será cuidadosamente establecida, para evitar prematurez iatrogénica.
- La cesárea electiva debe ser siempre planificada y ejecutada en condiciones adecuadas para reducir todo riesgo, para la madre, recién nacido y personal de salud. Por ellos, el equipo responsable y las unidades de salud deberán establecer el día y la hora para la admisión de la embarazada con VIH-SIDA.
- Todas las mujeres en las que se realice la cesárea deben recibir AZT por vía intravenosa tres horas antes de efectuarse este procedimiento.
- Para la cesárea se recomienda incisión infra umbilical media de preferencia, con una adecuada técnica quirúrgica y con

equipo médico entrenado. Manteniendo normas de bioseguridad.

- No se ha demostrado una reducción en la transmisión perinatal, si la cesárea se efectúa después de haberse iniciado el trabajo de parto o de la ruptura de membranas.
- Cabe anotar que está plenamente establecido que la ruptura de membranas mayor a cuatro horas aumenta el riesgo de transmisión fetal, por lo cual se debe evitar esta situación al igual que el trabajo de parto.
- La tasa de transmisión aumenta progresivamente después de las 4 horas de las membranas rotas, cerca del 2% por cada hora hasta las 24 horas 22, 24, por lo que el uso de oxitócicos pudiera ser indicado para conducir el trabajo de parto,
- respetando las contraindicaciones. Si existe ruptura de membranas durante el trabajo de parto,

Puerperio:

Está contraindicada la lactancia materna por el alto riesgo de transmisión al recién nacido. Por tanto se administrará 1 miligramo de cabergolina en dosis única tras el parto una vez que la gestante esté en la planta. Además, se reiniciará lo antes posible a medicación antirretroviral.

2.3 Definición de términos

a. VIH:

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH, o HIV por su sigla en inglés) es el virus que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA, o AIDS por su sigla en inglés). Este virus destruye o inhibe las células del sistema inmunológico y destruye de manera progresiva la capacidad del cuerpo de defenderse contra infecciones y ciertos cánceres.

b. Embarazo:

El embarazo es el periodo que transcurre entre la fecundación del ovulo por el espermatozoide y el parto tiene una duración de 128 días.

c. Transmisión vertical:

La transmisión vertical del VIH se refiere a la trasmisión de ese virus de una madre seropositiva al niño durante el embarazo, el trabajo de parto o por medio de la lactancia (la leche) materna.

d. Complicaciones:

Acción y efecto de complicar dificultad producida por la concurrencia de las cosas diversas.

e. Lactancia materna VIH/SIDA:

En condiciones normales, la lactancia materna es el mejor modo de alimentar a los niños menores de un año. Sin embargo, una mujer infectada por el VIH puede transmitir el virus al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.

f. Embarazo de alto riesgo:

Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de complicaciones, tanto desde el punto de vista de la madre como para el bebé y, por tanto, el control previo durante la gestación, el parto y puerperio, han de ser más completos, evitando cualquier posible riesgo.

g. Terapia antirretroviral:

Los medicamentos antirretrovirales, que impiden la multiplicación del virus en el organismo, surgieron en la década de los ochenta. No matan al VIH el virus causante del sida, pero ayudan a evitar el debilitamiento del sistema inmunitario. Por eso, su uso es fundamental para aumentar el tiempo y la calidad de vida de los pacientes de sida.

h. Parto:

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida de bebé del útero. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino

i. Inmunoglobulina Humana:

Glucoproteína de elevado peso molecular que actúa como anticuerpo. Está compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas iguales dos a dos, dispuestas en forma de Y. Existen cinco grupos de inmunoglobulinas (IgG, IgA, IgD, IgE, IgM), la mayoría de las cuales pertenecen a las gammaglobulinas y desempeñan un papel esencial en la defensa del organismo.

j. Prevención:

La definición de prevención más común que se utiliza en la literatura sobre desarrollo proviene del sector de la salud pública. De acuerdo con el modelo de la salud pública, existen

distintas fases de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, que expresan los momentos en los que la intervención repercute en un problema concreto.

k. Pruebas rápidas:

La Prueba de detección del VIH , desde el punto de vista del diagnóstico molecular, consiste en una prueba como ELISA o Western blot, en el que se inmovilizan en el gel proteínas específicas del virus (de la envuelta, la polimerasa, etc.), que interaccionarán con los anticuerpos que ha desarrollado un paciente enfermo que están presentes en la sangre.

l. Diagnóstico:

El diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de un paciente, representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado, el único que puede indicar un proceso diagnóstico o manejo del paciente es el Profesional.

m. seropositivas:

El término seropositivo según la OMS se aplica a un estado inmunitario caracterizado por la presencia de un anticuerpo específico en la sangre, creado frente a un antígeno, que puede provenir de un agente infeccioso (parásito, bacteria, hongo, virus e incluso priones) al que se ha visto expuesto el organismo, o frente a un agente no infeccioso .

n. Control prenatal:

La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Se suele iniciar este tipo de atención cuando la mujer descubre que está embarazada

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo Y Diseño

Es un estudio de Descriptivo, Retrospectivo, de corte transversal, no experimental.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población y Muestra

Estuvo constituido por todas las gestantes con VIH, que acudieron al Hospital María Auxiliadora durante el año 2012- 2016 .El muestreo fue no aleatorio y por conveniencia al 100% y es de 138 gestantes con VIH.

3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.3.1 Criterios de Inclusión

- Gestantes de todas las edades con diagnóstico de VIH
- Gestantes con datos completos en Historia clínica.

- Gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora de lima.

3.3.2 Criterios De Exclusión

- Pacientes embarazadas sin VIH que acuden al Hospital María Auxiliadora.
- Pacientes embarazadas con VIH que tuvieron datos incompletos.

3.3.3 Unidad de análisis:

Todas las gestantes portadoras de VIH –Sida que terminaron en complicaciones obstétricas.

3.4 Variables de estudio

Variable independiente

- VIH en embarazadas

Variable dependiente

- Complicaciones de las pacientes embarazadas portadoras del VIH –SIDA.

Variable Interviniente

- Edad
- Estado civil
- Lugar de procedencia
- Nivel educativo
- Numero de embarazo
- Controles prenatales
- Tiempo de detección de la infección por VIH.

3.5 Operacionalización de variable

Variables Independiente	Definición	Indicadores	Categoría	Escala
VIH en embarazadas	El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario	Prueba rápida Prueba de Eliza	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Variable dependiente	Definición	Indicadores	Categoría	Escala
Complicaciones en embarazadas portadoras del VIH –SIDA	Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el periodo de gestación.	Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Abortos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Partos prematuros	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Restricción del Crecimiento intrauterino y muerte fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Amenaza de Parto Prematuro	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Rotura Prematura de membranas (RPM)	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Infección de las vías urinarias	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

Variable interviniente				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 15-20años • 21-27años • 28-33años • 34-39años 	Cuantitativa
Estado civil	Tipo de relación familiar que mantiene con otra persona	Relación de convivencia en pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión estable 	Ordinal
Nivel educativo	Nivel al que ha llegado una persona dentro del sistema educativo	Año de estudios terminados	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 	Ordinal
Lugar de residencia	Localidad donde actualmente la paciente reside	El lugar donde alguien habita	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	Nominal
Número de embarazo	Se define como número de embarazos que tuvo la paciente registrados en su CPN	Número de embarazo que tuvo la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1embarazo • 2embarazo • 3embarazo • 4embarazo • 5embarazo 	Ordinal
Controles Prenatales	Es el conjunto de actividades sanitarias que recibe las embarazadas durante la gestación.	Número de controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 3 • 4 a 6 • 6 a más 	Ordinal
Tiempo de detección de la infección por VIH	Momento en que se detectó el VIH embarazo, parto	En qué momento se detectó el VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Antes del embarazo • Durante el embarazo • Durante el parto • Después del parto 	Nominal

3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnica

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se extrajeron datos de las Historias Clínicas en una ficha previamente elaborada para este fin, sobre complicaciones en gestantes con VIH –SIDA en el Hospital María Auxiliadora desarrollado por la autora.

3.3.2 Instrumentos

Para medir las variables independientes y dependientes se utilizó una ficha de recolección de datos previamente validado por expertos (2 médicos Gineco-Obstetras ,1 Obstetra) realizado por Adriana Monserrat Merchán Baque en su estudio “Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - sida de 20 a 30 años”.se realizó en el hospital materno infantil del guasmo “Matilde Hidalgo de Procel” de septiembre del 2012 a febrero del 2013.Este instrumento es una ficha de recolección de datos que consto de 2 partes: Los datos sociodemográficos y las complicaciones del embarazo con VIH como: Anemia, Abortos, Partos Prematuros,

Restricción del crecimiento intrauterino y muertes fetales, Amenaza de Parto Prematuro (APP), Rotura Prematura de Membranas (RPM), Infección de las vías urinarias.

3.7 Procedimiento y Análisis

Los datos obtenidos, ingresaron a una base de datos para su análisis; el paquete estadístico utilizado es el SPS – PC VERSIÓN 17, los que fueron tabulados en tablas y gráficos con interpretación en los resultados.

CAPÍTULOS IV

RESULTADOS

TABLA 1

**COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN EDAD.**

Edad	Nº	%
15- 20 Años	36	26,1%
21-27 Años	49	35,5%
28 -33 Años	33	23,9%
34 -39 Años	20	14,5%
Total	138	100,0%

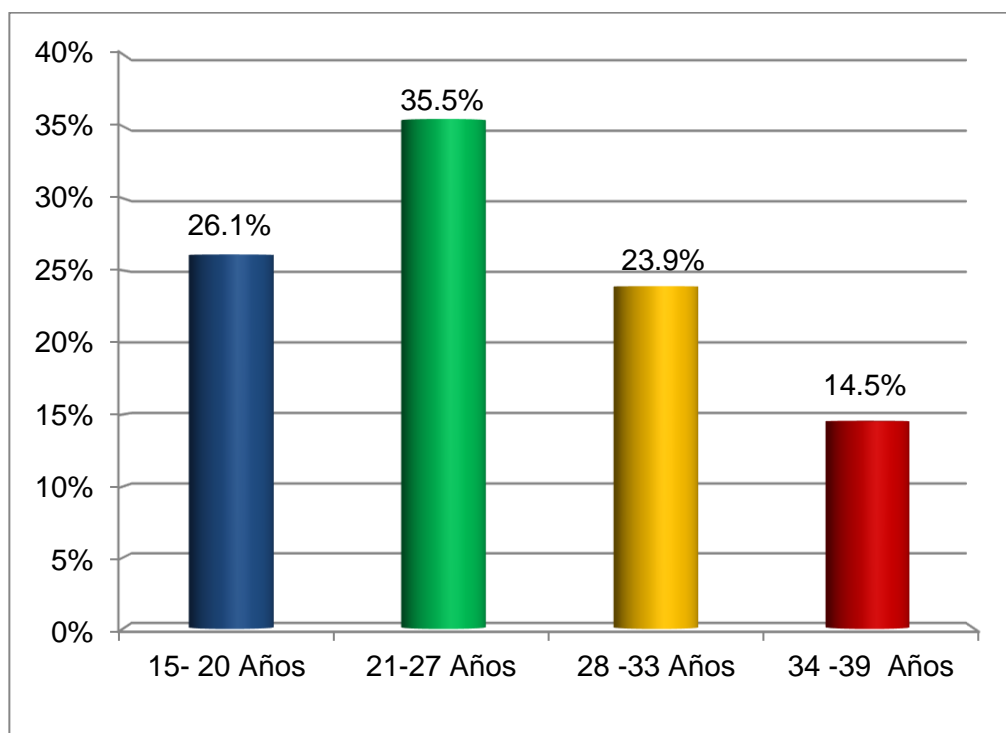
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la tabla 1, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (35,5 %) están entre las edades de 21 a 27 años, el (26.1%) están entre las edades de 15 a 20 años, el (23,9%) están entre las edades de 28 a 33 años, y finalmente que (14,5%) están entre las edades de 34 a 39 años.

GRÁFICO 1

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN EDAD.



Fuente: Tabla 1.

TABLA 2

**COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN ESTADO CIVIL.**

Estado civil	Nº	%
Casada	14	10,1%
Soltera	26	18,8%
Unión Estable	98	71,0%
Total	138	100,0%

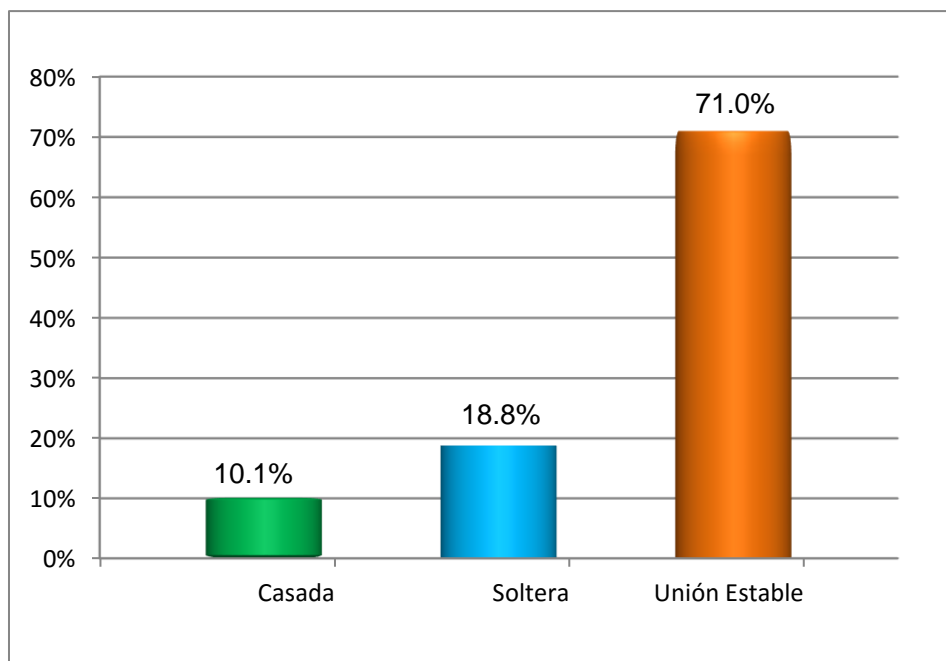
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la tabla 2, según el estado civil, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (71,0 %) son Unión Estable, el (18,8%) son solteras y finalmente el, (10,1 %) son Casadas.

GRÁFICO 2

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN ESTADO CIVIL.



Fuente: Tabla 2.

TABLA 3

**COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.**

Lugar de residencia	Nº	%
Rural	0	0%
Urbana	138	100,0%

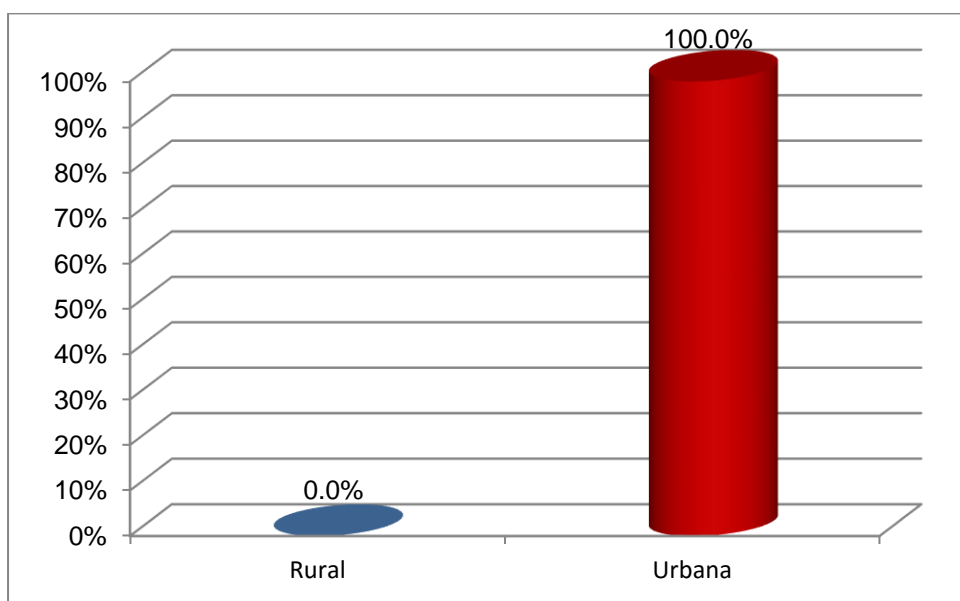
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 3, según Lugar de residencia, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (100,0 %) son de zona urbana y finalmente el (0,0 %) de zona rural.

GRÁFICO 3

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4

**COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

Grado de instrucción	Nº	%
Primaria	14	10,1%
Secundaria	112	81,2%
Superior	12	8,7%
Total	138	100,0%

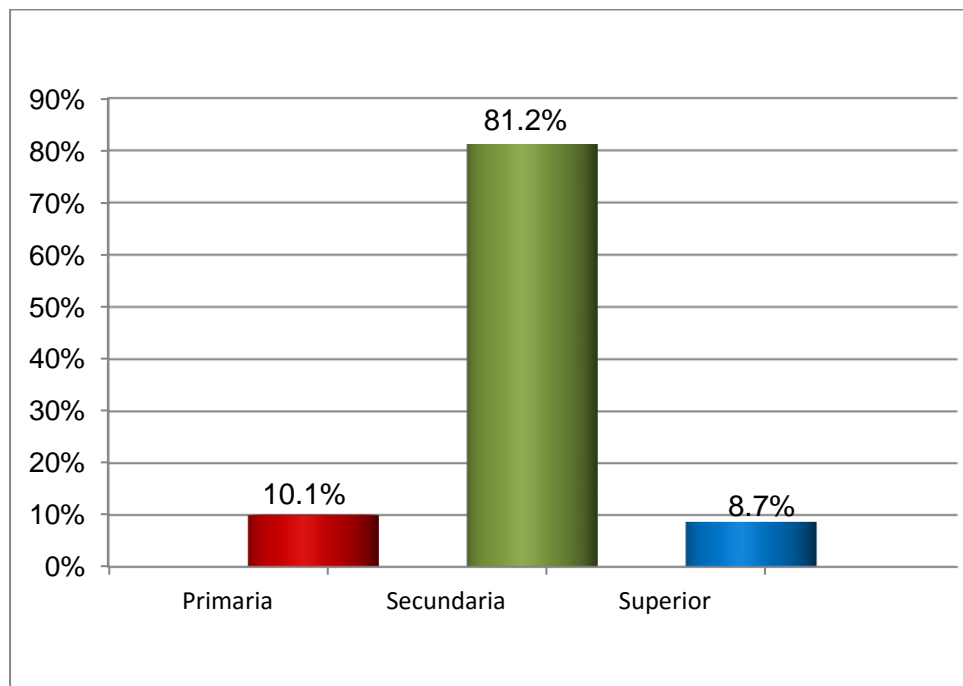
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 4, según grado de instrucción, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (81.2%) tienen secundaria, el (10,1 %) tienen primaria, y finalmente el (8,7%) tiene grado de instrucción superior.

GRÁFICO 4

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.



Fuente: Tabla 4.

TABLA 5

**COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN CONTROLES PRENATALES.**

Controles prenatales	Nº	%
Ninguno	4	2,9%
1 a 3 Controles	17	12,3%
4 a 6 Controles	31	22,5%
6 a Más Controles	86	62,3%
Total	138	100,0%

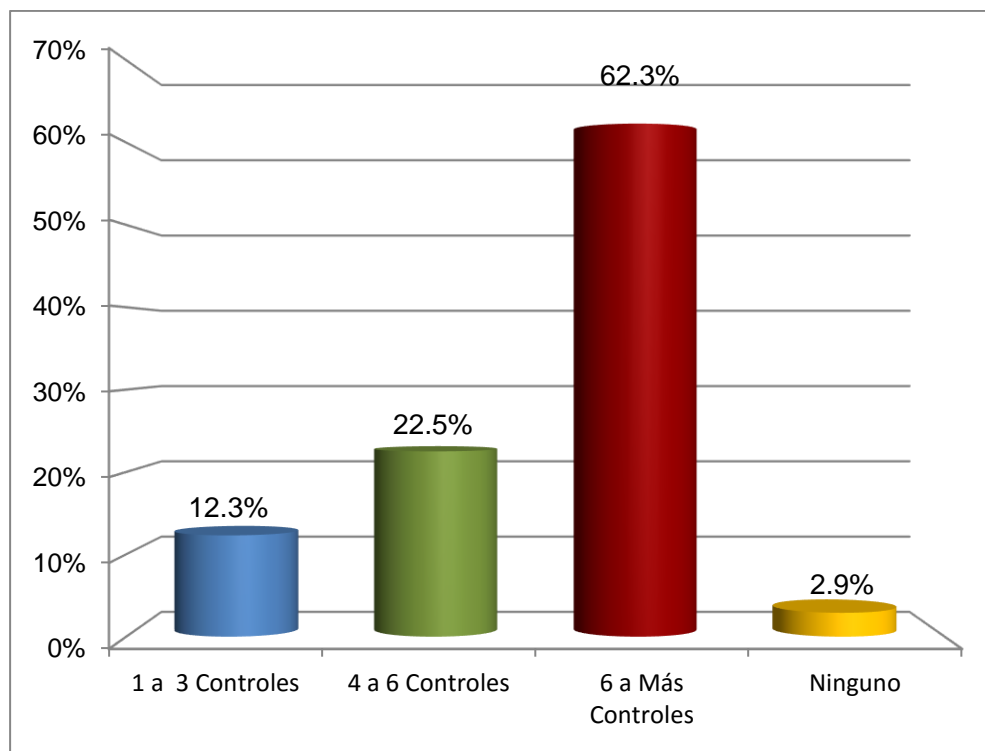
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

El Tabla 5, reúnen los indicadores según controles prenatales, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (62,3 %) tienen más de 6 a más controles, el (22,5%) tienen 4 a 6 controles, el (12,3%) tienen 1 a 3 controles, y finalmente el (2,9 %) no tiene ningún control.

GRÁFICO 5

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN CONTROLES PRENATALES.



Fuente: Tabla 5.

TABLA 6

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN DETECCIÓN E INFECCIÓN POR VIH.

Detección e infección por VIH	Nº	%
Antes del Embarazo	54	39,1%
Durante el Embarazo	47	34,1%
Durante el Parto	25	18,1%
Después del Parto	12	8,7%
Total	138	100,0%

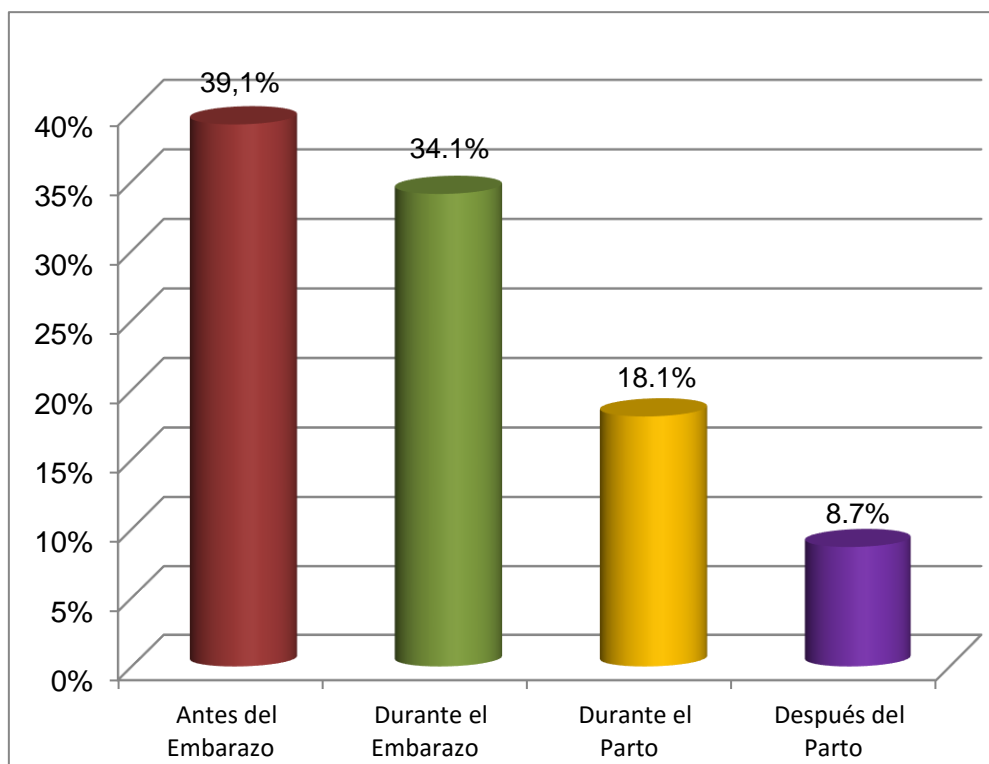
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la tabla 6, según detección e infección por VIH donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (39,1 %) se detectaron antes del embarazo, el (34,1%) se detectaron durante el embarazo, el (18,1 %) se detectaron durante el parto, y finalmente el(8,7 %) se detectaron después del parto.

GRÁFICO 6

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN DETECCIÓN E INFECCIÓN POR VIH.



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CON VIH-SIDA.

Complicaciones en gestantes con VIH – Sida	Nº	%
Anemia	48	34,80%
Infección por vías urinarias	7	5,10%
Abortos espontáneos	29	21,00%
Amenaza de parto prematuro	43	31,20%
Retardo de crecimiento intrauterino	5	3,60%
Otros	6	4,30%
Total	138	100,0%

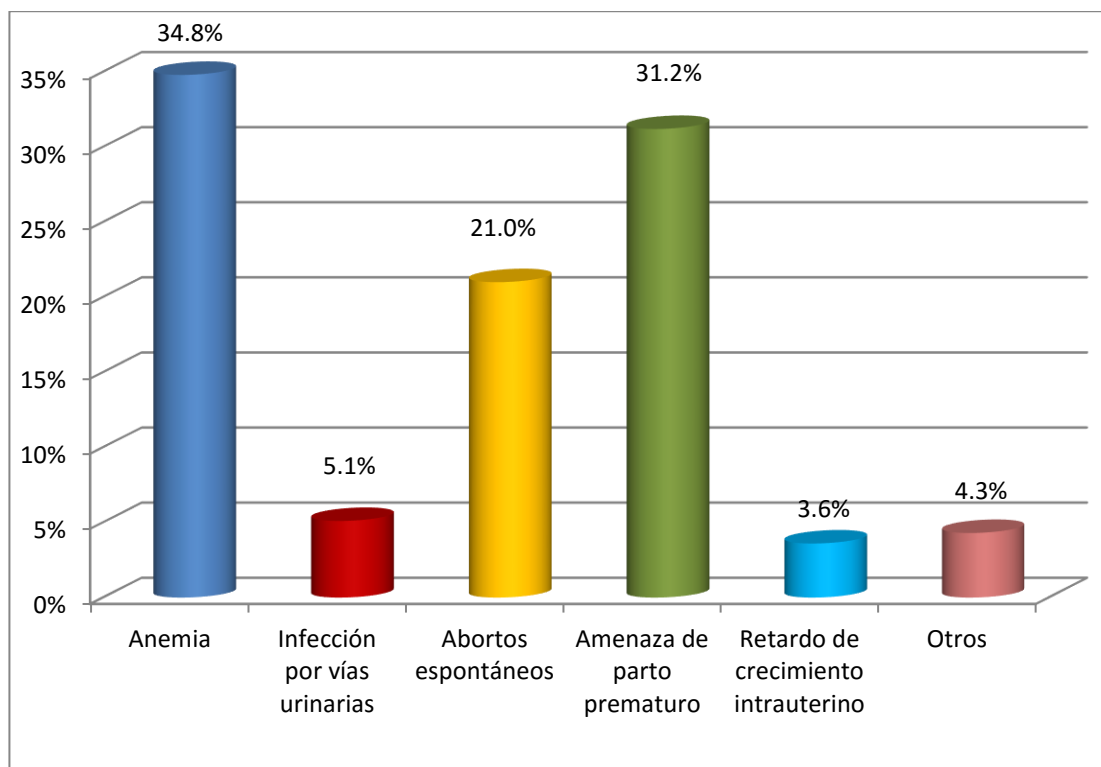
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

El Tabla 7, según complicaciones del embarazo con VIH-SIDA, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el (34,80%) tuvieron anemia, el(5,10%) tuvieron infección por vías urinarias, el (21,00%) tuvieron abortos espontáneos, el (31,20 %) tuvieron amenaza de parto prematuro, el (3,60 %) tuvieron restricción de crecimiento intrauterino y finalmente el (4,30%) tuvieron otras complicaciones.

GRÁFICO 7

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CON VIH-SIDA.



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

Comienzo del tratamiento antirretroviral	Nº	%
Antes del Embarazo	24	17,4%
Durante el Embarazo	40	29,0%
Durante el Parto	13	9,4%
Después del Parto	20	14,5%
Ninguno	41	29,7%
Total	138	100,0%

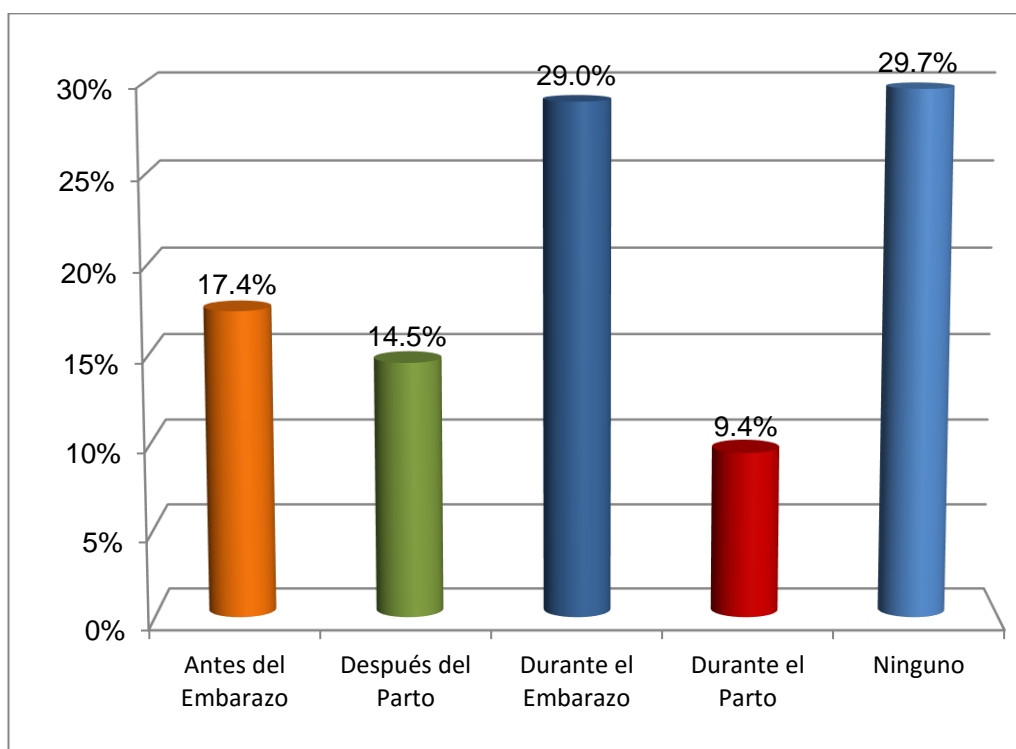
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

El Tabla 8, reúnen los indicadores según Comienzo del tratamiento antirretroviral, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el 29,7 % no tiene ningún tratamiento, el 29,0% tuvieron tratamiento durante el embarazo, el 17,4 tuvieron antes del embarazo, el 14,5 % tuvieron después del embarazo, finalmente el 9,4 % tuvieron durante el parto.

GRÁFICO 8

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.



Fuente: Tabla 8.

TABLA 9

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN NÚMERO DE EMBARAZOS DEL PACIENTE.

Número de embarazos del paciente	Nº	%
1 embarazo	59	42,8%
2 Embarazo	44	31,9%
3 Embarazo	15	10,9%
4 a mas	20	14,4%
Total	138	100,0%

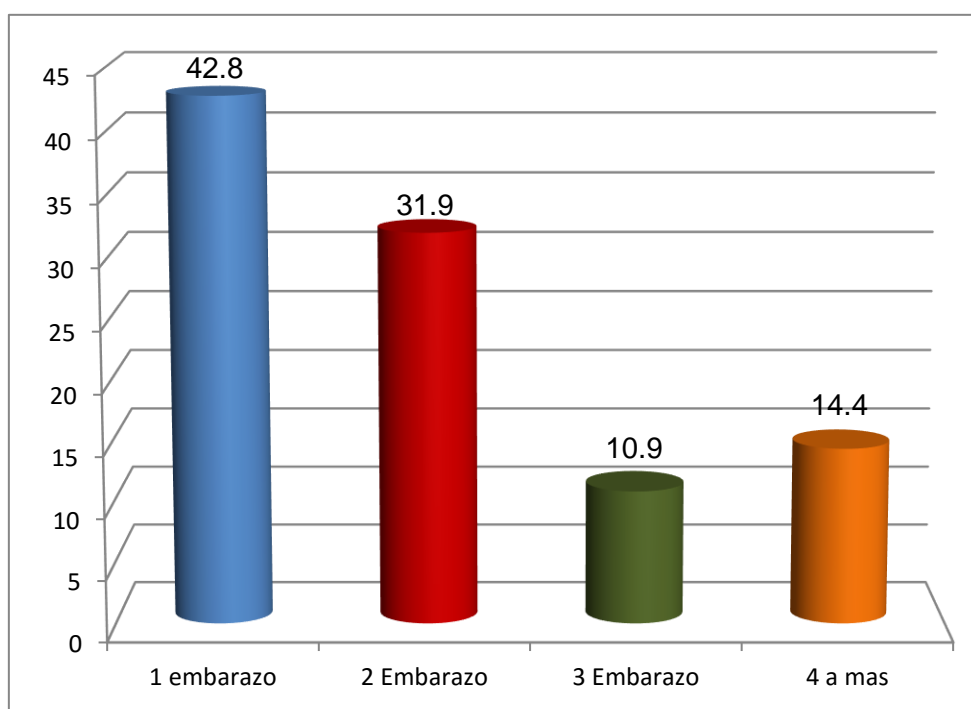
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

El Tabla 9, según número de embarazos del paciente, donde se puede apreciar en las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – SIDA en el hospital María Auxiliadora, el 42,8 % tuvieron un embarazo, el 31,9% tuvieron dos embarazos, el 14,4% tuvieron más de cuatro embarazos y finalmente el 10,9 % tuvieron más de tres embarazos.

GRÁFICOS 9

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SEGÚN NÚMERO DE EMBARAZOS DEL PACIENTE.



Fuente: Tabla 9.

DISCUSIÓN

Las características epidemiológicas de nuestra población de gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana presenta rasgos epidemiológicos similares a los estudios realizados en otros países sobre todo en el ámbito latinoamericano, siendo los más destacables: control prenatal, tratamiento antirretroviral, complicaciones en pacientes embarazadas con VIH –SIDA.

Los grupos etéreos más afectados, son los que están en edad reproductiva entre 21 a 27 años con un 26.1% , también hay un buen porcentaje de 15 a 20 años con un 23,9% están entre las edades de 28 a 33 años con un 14,5% están entre las edades de 34 a 39 años , También podemos exponer un porcentaje significativo de las embarazadas con 81.2% tienen secundaria, el 10,1 % tienen primaria, y finalmente el 8,7% tiene grado de instrucción superior . Galdós Rodríguez; Oscar (13), se presenta presento mayor frecuencia en edades entre los 15 a 29 años (adolescentes y jóvenes) tuvieron la mayor incidencia en el 2015, agrupando al 52% de los casos nuevos de VIH/SIDA, poco más de la mitad (53,4%) de los casos nuevos de VIH/SIDA, tuvieron nivel

educativo secundario; también más de un tercio (39,7%) tuvieron residencia habitual en el distrito Tacna. Es por ello que deberíamos brindar mayor información a los usuarios para que los jóvenes estén más informados y puedan actuar con responsabilidad frente a su vida sexual activa

Las publicaciones actuales de algunos autores están centradas, en su mayoría, en resaltar aspectos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana, en su interacción con tratamientos antirretrovirales conocidos o en investigación, dedicándose, en menor proporción a estudios de tipo epidemiológico.

Uno de los resultados que llama la atención respecto a la sección de número de controles prenatales que 62,3% tiene más de 6 controles, el 22,5% tienen 4 a 6 controles, el 12,3% tienen 1 a 3 controles, y finalmente el 2,9 % no tiene ningún control. , esto podría deberse a que toman conciencia sobre el bienestar del feto.

Otro resultado que llama la atención es que el lugar de residencia, el 100,0 % son de zona urbana y finalmente el 0,0 % de zona rural.

Este resultado se compara con el trabajo de investigación de Saras Aragundi, Cristian, D,(5) donde En Ecuador todavía hay un gran porcentaje de mujeres que no controlan su embarazo y donde la

transmisión vertical alcanza incluso el 50%, en la ciudad de Guayaquil se considera el centro de desarrollo económico del país cuya población en los últimos 20 años ha duplicado su Población Es el primero en presentar el mayor número de casos de transmisión vertical y se sabe que en PVS 4 personas que viven con el VIH ,esto se debe a muchos factores como la población rural lo que muchas mujeres se dedican a la prostitución en bares y pululan en las calles de Nuestra ciudad, también debemos considerar a la población.

En cuanto a las Complicaciones en Pacientes Embarazadas Portadoras del Virus del VIH – SIDA” en el Hospital María Auxiliadora, el 34,80 % tuvieron anemia, el 31.20% tuvieron amenaza de parto prematuro, el 21,00% tuvieron abortos espontáneos , el 5,10% tuvieron infección por vías urinarias , el 4,30% tuvieron otras complicaciones y finalmente el 3,60% tuvieron restricción de crecimiento intrauterino.

La incidencia de casos de aborto espontáneos se debe a que muchas de las gestantes no se realizaron su examen de VIH o prueba de Eliza durante su embarazo y al enterarse presentaron anemia por el bajo nivel inmunológico.

Este resultado se compara con el trabajo de investigación de Baque Merchán; Monserrat A (6), los resultados indican que las principales complicaciones fueron Infección en Vías Urinarias con el mayor porcentaje, seguido de anemia y 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.

En cuanto al Comienzo del Tratamiento Antirretroviral, donde se pudo apreciar en las Complicaciones en Pacientes Embarazadas Portadoras del Virus del VIH – SIDA” en el Hospital María Auxiliadora, el 29,7 % no tiene ningún tratamiento, el 29,0% tuvieron tratamiento durante el embarazo, el 17,4 tuvieron antes del embarazo, el 14,5 % tuvieron después del embarazo, finalmente el 9,4 % tuvieron durante el parto.

Por lo que se puede apreciar es que la gran parte de nuestros pacientes del hospital maría auxiliadora no comienzan el tratamiento antirretroviral por el nivel económico.

Este resultado se compara con el trabajo de Lara Espinoza; Nelly (10) donde el universo estuvo conformado por 30 gestantes con VIH positivo que recibieron tratamiento antirretroviral en el centro

materno infantil San José durante el periodo enero 2009-octubre del 2010; y la muestra, por 25 gestantes portadoras de VIH positivo.

Según su artículo de Peña; a, Cerón; i, Budnik; i, Barttlet; D La tasa de Transmisión vertical fue 2,1%. De los recién nacidos, 85,4% presentó efectos adversos atribuibles a la exposición a TARV destacando la presencia de anemia (70,8%).La exposición materna al uso de IP demostró ser un factor de riesgo independiente para el desarrollo de alteraciones metabólicas en los recién nacidos (8)

Esto se debe a que el VIH –SIDA debe ser detectada a tiempo para que sea tratada con antirretrovirales según el manejo del MINSA, al no recibir a los tratamientos la madre corre el riesgo de presentar diferentes complicaciones durante el embarazo esto se debe porque hay un bajo nivel inmunológico.

CONCLUSIONES

1. Las principales complicaciones que se presentaron en Pacientes Embarazadas Portadoras del Virus del VIH – SIDA en el Hospital María Auxiliadora durante 2012 – 2016 fueron: Anemia (34,80 %), Amenaza de Parto Prematuro (31,20%), Abortos Espontáneos(21,00%) , Infección de Vías Urinarias (5,10%) , Restricción de Crecimiento Intrauterino (3,60%) y otras complicaciones (4,30%).
2. El momento de diagnóstico de la infección de las Pacientes Embarazadas Portadoras del Virus del VIH – SIDA en el Hospital María Auxiliadora durante 2012 – 2016 fueron: Detección Antes del Embarazo (39,1%), Detección Durante el Embarazo (34,1%), Detección Durante el Parto (18,1%), Detección Después del Parto (8,7%).
3. El número de controles prenatales que tienen aquellas embarazadas con VIH-SIDA que asisten a sus Controles Prenatales durante 2012 - 2016 fueron: de 6 a más controles (62,3%), de 4 a 6 controles (22,5%), de 1 a 3 controles (12,3%), y con ningún control (2,9 %).

4. Los pacientes que reciben a tiempo su tratamiento fueron: no recibieron ningún tratamiento (29,7 %), reciben tratamiento durante el embarazo (29,0%), recibieron tratamiento antes del embarazo (17,4%), recibieron tratamiento después del embarazo (14,5 %), recibieron tratamiento durante el parto (9,4 %).

RECOMENDACIONES

1. A las Obstetras se les recomienda sobre el valor de los controles prenatales más que todo si se tratan de pacientes gestantes portadora de VIH; puesto que las pacientes no llevan un adecuado control.
2. Al MINSA para que el equipo de profesionales de la salud, impartan los conocimientos adquiridos a las usuarias que asisten a las instituciones hospitalarias implementar los servicios con material de difusión para la prevención del VIH.
3. A las Obstetras deben darle importancia sobre el VIH, realizar los tamizajes de VIH en la primera consulta prenatal, se les debe de brindar consejería sobre los beneficios del tamizaje prenatal para VIH. Después de obtener el consentimiento de la mujer para que se realice la prueba de ELISA-VIH y tomar decisiones según el manejo de transmisión vertical de VIH en el embarazo, para así permitir que las pacientes tengan un parto en óptimas condiciones, con el propósito de disminuir las complicaciones en gestantes con VIH, con un buen control; para que así beneficien la salud materna y perinatal.
4. AL MINSA DEBE implementar programas de prevención de VIH y protocolo en la gestante infectada y seguimiento de los niños para la prevención del VIH - SIDA.

5. Al MINSA actualizar mediante capacitaciones al personal sobre las nuevas normas técnica del VIH –SIDA, de esa manera uniformizar la atención de esa población de alto riesgo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. MILLIEZ, J. Derechos a la maternidad segura y la salud del recién nacido: cuestiones éticas. Int J Gynaecol Obstet. 2009 Agosto.
2. WINN, H y HOBBS, Clinical Maternal-Fetal Medicine. Parthenon Publish Group 2000; Cap 26
3. Guía sobre VIH .Riesgos sobre el VIH –Sida
4. MARÍN, V.La transmisión del VIH de la madre al bebé en el embarazo
5. SARAS ARAGUNDI; Cristian, D; " Factores de riesgos en la exposición perinatal del virus inmunodeficiencia humana "VIH". A realizarse en el hospital especializado "Mariana de Jesús" de enero del 2014 a diciembre del 2014. (Ecuador 2014)
6. BAQUE MERCHÁN; Monserrat A; "Complicaciones de mujeres infectadas con VIH en etapa gestacional en edades de 20 a 40 años en el hospital maternidad marianita de Jesús en el periodo de junio a diciembre del 2014 Hospital Maternidad Mariana de Jesús.
(Guayaquil; ecuador 2013)

7. MEZA R. LIDA Y. TORRES M, ROSA. (2016) Rev. Cielo. vol.(48), pp.353-363. *Impresa* ISSN 0121-0807.Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA.

8. PEÑA, A y CERÓN, I y BUDNIK, I y BARTTLET; D, Revista "Chilena de Infectología" No.6 vol.(30) *impresa* ISSN 0716-1018
Prevención de la transmisión vertical y efectos secundarios de la terapia anti-retroviral en hijos nacidos de madres seropositivas para VIH en el área sur-oriente de Santiago, Chile: perspectiva de 15 años. (Santiago 2013)

9. MENDEZ CORDOBA, L.C Recién Nacidos detectados como portadores de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), fruto de gestantes sin prueba de tamizaje para VIH de los dos últimos trimestres. (Colombia ,2008)

10. LARA ESPINOZA; Nelly, B Tratamiento Antirretroviral en Gestantes Portadoras de VIH positivo centro de Salud Materno Infantil San José 2009 – 2010. (Lima 2010)

11. REYES V; MARY FELISSA. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. (Lima 2014)
12. GARCIA, J. G., MAS, E. C., LÓPEZ-VILCHEZ, M. Á., BUSCATO, M. J. M., & SIERRA, A. M. (2017, JUNE)
13. MED. GALDOS RODRÍGUEZ OSCAR. boletín epidemiología (Tacna) vol.52 2015 (2015)
14. MUNEVAR; R y YURIAN; R, (2016) Rev. Cubana Obstet Ginecología VIH/SIDA en gestantes 2005 vol. (48), núm. 3
15. ENRIQUE; R., SEPÚLVEDA Álvaro, CANDIA; Paula, SEPÚLVEDA; Carolina, LATTES; Karina VIH/sida: comportamiento epidemiológico de la transmisión vertical en el contexto general de la infección en Chile.
16. SOTO LÓPEZ; J, Maldonado; Shetty Prevención del VIH -1 perinatal. Estados Unidos. vol; (4): pg. 83 – 93
17. Shetty A, K y Maldonado .Y. Prevención Madre del niño transmisión de VIH-1: (2001); Vol. 2 (4): pg75-82

18. Normas de Manejo de ETS-VIH SIDA – Materno Perinatal -
Minsa: <http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/campanas/.../NormaTecnicaTV2005.doc>
19. Diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición), Real Academia Española, (2001).
20. SOTO L; J y MALDONADO LOPEZ; S, "Prevención de perinatal VIH - 1" (2001); Vol. 2(4): pg. 83-93.
21. Revista chilena de obstetricia y ginecología "Infección por virus de la inmunodeficiencia humana en el binomio madre-hijo". (2000) Santiago; vol.67 N.(1)
22. TREJOS HERRERA; Ana M, (Colombia 2011). "Neonatos afectados con VIH /sida; Revista; julio a diciembre 2011; Vol. 27 N 2.
23. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología (2005) "Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto" vol. (56) No.1 pg. (68-81) .
24. 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](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/uruguay_art.pdf)

25. Prevención de la transmisión materno infantil del VIH después del parto revista de internet 2016 citado 12/6/2016]
 VIH y Embarazo: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/24/71/prevencion-de-la-transmision-maternoinfantil-del-vih-despues-del-parto>.
26. Embarazo, parto y postparto en la mujer VIH positivo - GeoSalud www.geosalud.com/vih-sida/embarazo-y-parto-en-la-mujer-vih-positivo.htm.
27. VALERA LÓPEZ, J. Editorial Médica Panamericana, (2009) El Embarazo en Adolescencia. Hematología. N 4a.
28. Sistema Nacional de Salud Vol. 28–Nº 6-2004 Dirección Internet: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol2_8_6infecciones.pdf
29. Seguridad de los antimicrobianos durante el embarazo. En: The Medical Letter. Compendio de terapéutica antimicrobiana (ed. española). Barcelona: Prous Science SA, 2001; pg176-180
30. 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

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad -----

2. Estado civil

Soltera ()

Casada ()

Unión libre ()

Divorciada ()

3. Lugar de residencia

Urbana ()

Rural ()

4. Nivel de educación

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

5. Embarazos ha tenido

1 ()

2 ()

3 ()

4 a mas ()

6. Número de controles prenatales que se realizó durante el embarazo

Ninguno ()

1 a 3 ()

4 a 6 ()

6 a más ()

7. Tiempo de detección durante infección por VIH

Antes del embarazo ()

Durante del embarazo ()

Durante el parto ()

Después del parto ()

8 .cuándo recibió el tratamiento antirretroviral

Antes del embarazo ()

Durante del embarazo ()

Durante el parto ()

Después del parto ()

Ninguno ()

II COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CON VIH-SIDA

1) AMENAZA DE PARTO PREMATURO : SI () NO ()

2) ANEMIA : SI () NO ()

3) INFECCION DE VIAS URINARIAS : SI () NO ()

4) RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO SI () NO ()

5) ABORTO ESPONTANIO SI () NO ()

6) Otros.....

