UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES EMBARAZADAS VIH POSITIVO

PRESENTADO POR:

EVER SAVIER SALGADO CRUZ

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

MARVIN RODRÍGUEZ MORENO PHD.

SAN PEDRO SULA, NOVIEMBRE DEL 2016

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES EMBARAZADAS VIH POSITIVO

PRESENTADO POR:

EVER SAVIER SALGADO CRUZ

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

MARVIN RODRÍGUEZ MORENO PHD.

SAN PEDRO SULA, NOVIEMBRE DEL 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTORA

MSC. JULIETA CASTELLANOS

VICE RECTORA ACADEMICA

DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA Y POSTGRADO

MSC. LETICIA SALOMON

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL DE POSTGRADOS MÉDICINA FCM

DRA ELSA YOLANDA PALOU

UNAH- VS
DIRECTOR.
DR. JOSE FRANCISCO HERRERA ALVARDO

SUB DIRECTOR ACDÉMICO
MTE. CARLOS ALBERTO PINEDA

SUD DIRECYOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD SOCIEDAD
DR. FRANCISCO JAVIER SANCHEZ

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE
MSC. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA
DRA. JESSICA PATRICIA SANCHEZ MEDINA

COORDINADORA DE POSGRADOS
MSC. ISABELA ORELLANA RAMIREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
DR. JOSE RAUL ARITA CHAVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MÉDICINA CLINICA INTEGRAL
DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MÉDICINA
DR. JOSE PASTOR LAINEZ MACIS

COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTIFICA POSGRADOS DE MÉDICINA. EUCS
DRA TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADORA POSGRADO DE GINECOOBSTETRICIA
DRA. FRESIA MARIA ALVARADO GAMERO

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 mi madre, hermanos 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.

Agradezco a mi esposa por su comprensión y apoyo incondicional diariamente.

Agradezco a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación, a mis mentores, como mi asesor, por su paciencia día a día, al personal del SAI por su apoyo durante la recolección de datos.

DEDICATORIA

A mi hijo XAVIER ALESSANDRO SALGADO, por ser mi motor diariamente durante estos años de formación.

A mi padre HUMBERTO SALGADO que ya no está conmigo físicamente, pero seguro comparte todos mis triunfos desde el cielo.

INDICE

INTRODUCCIÓN……01

CAPITULO I: EL PROBLEMA…… 05

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…… 05

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA……..... 08

C. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION……...08

1. Conveniencia…… 08

2. Relevancia……..... 08

3.Implicaciones Prácticas……..... 09

4. Valor Teórico…….. 09

5. Utilidad metodológica…….. 09

D. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS…….. 09

1. Objetivo general……..... 09

2. Objetivos específicos…… 09

E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACION……...10

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO…….. 11

A. ATENCIÓN PRENATAL……11

1. Consejería y prevención……12

2. manejo clínico…….....12

3. Exámenes de rutina…….. 14

4. Exámenes especiales…… 15

5. Consejería y apoyo emocional …… 16

a) Criterios Clínicos…… 16

b) Criterios Inmunológicos…….. 17

c) Criterio de Adherencia…….. 17

B. VIH Y EMBARAZO……..... 18

1. Definición……... 18

2. Fisiopatologia …… 20

3. Clínica…… 21

4. Epidemiologia……... 23

5. Factores de riesgo……..24

6. Manejo…….. 25

7. Prevención de la transmisión madre-hijo……28

8. Vías de trasmisión……..30

a) Vía sexual…… 30

b) Uso de sangre y hemoderivados contaminados……30

9. Factores asociados……..…… 32

a) Factores virales…… 32

b) Factores obstétricos…….. 32

10. Diagnóstico……. 36

a) Técnica de Western Blot…… 37

b) Prueba de PCR …… 37

11. Manejo y tratamiento de la mujer embarazada con VIH por escenarios.38

C. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS…….. 44

D. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS……... 52

1. Razonamiento clínico……52

2. Conclusión Diagnóstica…… 53

3. Tratamiento…… 54

E. INVESTIGACIONES RELACIONADAS ……55

CAPITULO III: METODOLOGÍA……..60

A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN …… 60

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN …….. 60

C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN …… 60

D. POBLACIÓN Y MUESTRA ……..61

1. Población o Universo…….. 61

2. Unidad de análisis…… 61

3. Método de muestreo…….. 61

4. Criterios de inclusión…… 61

5. Criterios de exclusión……61

E. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES…….. 62

F. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS…… 64

1. Método de recolección…….. 64

2. Técnica de recolección……..64

3. Instrumento de recolección ……..64

4. Validez del instrumento ……65

5. Confiabilidad…… 66

G. PLAN DE ANÁLISIS……..66

1. Procesamiento de los datos…… 66

2. Presentación de los datos……. 66

3. Análisis e interpretación de la información……. 66

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS……... 68

A. PRINCIPIOS ÉTICOS…… 68

1. Respeto por la dignidad humana……. 68

2. Beneficencia…… 68

3. Justicia ……68

B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN…… 69

CAPITULO V: RESULTADOS…… 70

A. DESCRIPCION DE LA POBLACION……..70

1. Prevalencia……. 70

2. Dimensión-Persona…… 71

a) Edad de las pacientes……... 71

b) Raza……. 72

c) Escolaridad……..73

d) Estado civil …… 74

e) Religión…… 75

f) Ocupación…… 76

g) Nivel socioeconómico……. 77

h) Numero de compañeros sexuales……... 78

i) Uso de drogas ……. 79

j) Historia Ginecoobstetrica…….. 80

k) Número de controles prenatales…….....81

l) Estado inmunológico …….....82

m) Estado nutricional …….....83

n) enfermedades oportunista……..... 84

o) Numero de Hospitalizaciones……..... 85

p) Diagnóstico de las Hospitalizaciones…….....86

q) Estado del Cónyuge……..... 87

r) Antecedentes personales Patológicos..... 88

2. Dimensión-lugar……..... 89

a) procedencia……. 89

3. Dimensión-tiempo…….....90

a) Edad gestacional en el primer control prenatal..... 90

b) Tiempo de ser Seropositiva..... 91

c) Tiempo de recibir terapia antiretroviral.....92

d) Días de Hospitalización..... 93

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN……..94

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES…….. 98

A: CONCLUSIONES..... 98

B. RECOMENDACIONES..... 99

CAPITULO VIII: REFERENCIAS ……100

CAPITULO IX ANEXOS……105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Esquema de Antiretrovirales..... 40

Tabla 2 Intolerancia al Efavirenz..... 40

Tabla 3 Intolerancia al Efavirenz y Zidovudina……... 41

Tabla 4 Contraindicaciones al Efavirenz y nevirapina……...41

Tabla 5 Operacionalizacion de variables……. 62

Tabla 2 Edad de las pacientes..... 71

Tabla 3 Raza..... 72

Tabla 4 Escolaridad.....73

Tabla 5 Estado civil..... 74

Tabla 6 Religión..... 75

Tabla 7 Ocupación..... 76

Tabla 8 Nivel socioeconómico..... 77

Tabla 13 Numero de compañeros sexuales..... 78

Tabla 14 Uso de Drogas ……. 79

Tabla 9 Historia Ginecoobstetrica …… 80

Tabla 10 Número de controles prenatales …….. 81

Tabla 11 Estado inmunológico …… 82

Tabla 12 Estado nutricional …….. 83

Tabla 13 Enfermedades oportunistas…….. 84

Tabla 14 Numero de hospitalizaciones …….. 85

Tabla 15 Diagnostico de las hospitalizaciones …….. 86

Tabla 16 Estado del cónyuge …….. 87

Tabla 17 Antecedentes personales patológicos……. 88

Tabla 18 Procedencia……. 89

Tabla 19 Edad Gestacional primer control prenatal…….. 90

Tabla 20 Tiempo de ser seropositiva …….. 91

Tabla 21 Tiempo de recibir terapia antiretroviral …….. 92

Tabla 22 Días de hospitalización…….. 93

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 Edad de las Pacientes……. 71

GRAFICO 2 Raza……72

GRAFICO 3 Escolaridad…… 73

GRAFICO 4 Estado civil ……74

GRAFICO 5 Religión…….. 75

GRAFICO 6 Ocupación……..76

GRAFICO 7 Nivel socioeconómico…… 77

GRAFICO 8 Numero de compañeros sexuales ……78

GRAFICO 9 Uso de drogas ……..79

GRAFICO 10 Historia Ginecoobstetrica ……80

GRAFICO 11 Número de controles prenatales ……81

GRAFICO 12 Estado inmunológico niveles de CD4 …… 82

GRAFICO 13 Estado nutricional ……..83

GRAFICO 14 Enfermedades oportunistas…… 84

GRAFICO 15 Numero de hospitalizaciones……85

GRAFICO 16 Diagnostico en las hospitalizaciones…….. 86

GRAFICO 17 Estado del cónyuge……87

GRAFICO 18 Antecedentes personales patológicos…… 88

GRAFICO 19 procedencia……89

GRAFICO 20 Edad gestacional en el primer control prenatal……90

GRAFICO 21 Tiempo de ser seropositiva……...91

GRAFICO 22 Tiempo de recibir terapia antiretroviral……92

GRAFICO 23 Días de hospitalización……..93

INTRODUCCION

En todo el mundo, las mujeres se ven afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH), 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.

Hasta ahora desde el descubrimiento del virus de VIH, el desconocimiento de las diferentes situaciones y cuidados en relación tanto a la madre como al niño impide, en muchas ocasiones tomar decisiones de forma adecuada y vivir la maternidad satisfactoriamente.

Para prevenir la transmisión materno infantil es fundamental iniciar el tratamiento antirretroviral a toda mujer embarazada con VIH independientemente de su edad de gestación, estado inmunológico y virológico. Es imprescindible para ello que toda mujer que planifique embarazarse o aquellas que ya lo están conozcan su estado serológico en relación al VIH, por ello es obligatorio que el personal de salud ofrezca a toda mujer embarazada la información adecuada para la realización de la prueba del VIH, previo a la consejería y el consentimiento de VIH; este es el primer paso para poder eliminar la trasmisión madre hijo (a).

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.

Todo profesional de la salud que atienda a una mujer que planifique o que tenga posibilidades de quedar embarazada, debe explicarle la importancia de conocer su estado serológico frente al VIH, ofrecerle la prueba antes de la concepción, se debe insistir sobre la importancia del diagnóstico precoz y las ventajas que ofrecen las intervenciones tempranas.

Su prevalencia a nivel latino americano se estima entre 0.56%.

Existen estudios acerca de las características epidemiológicas similares a la de Honduras, lo que nos estimula a realizar más investigaciones en Honduras

Esta investigación en su aspecto descriptivo caracteriza a la población estudiada en variables demográficas como la edad, escolaridad, estado civil, procedencia, número de controles prenatales, número de compañeros sexuales, uso de drogas, así como estado inmunológico del cónyuge y enfermedades maternas.

Esta tesis se divide en IX capítulos, que se describen a continuación:

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se hace una narración objetiva del problema de investigación y como se manifiesta en la población estudiada y se definen los objetivos de la investigación.

CAPÏTULO II: MARCO TEÓRICO: se presenta el marco referencial que es una forma de contextualizar de manera organizada el problema de investigación planteado y de sustentar teóricamente el estudio, provee el marco de referencia para el análisis de los resultados. Al cual se llega mediante la obtención,

Consulta, extracción y recopilación de la literatura científica más importante y la más reciente posible.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA: se describe detalladamente las fases o etapas que fueron necesarias realizar para desarrollar la investigación y alcanzar los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS: se pretende señalar las consideraciones éticas que se deben tomar en cuenta cuando se realiza un proceso de investigación con el fin de garantizar y proteger los derechos de las personas que están siendo sujeto de estudio, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS: se presenta la información obtenida del análisis los datos recolectados durante el desarrollo de la investigación, con la que se da respuesta a los objetivos y a la pregunta principal.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN SEGUN DE LA LITERATURA: se comparan los resultados obtenidos en la investigación con estudios similares nacionales e internacionales.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Se presentan las conclusiones según resultados obtenidos durante la investigación y se hacen recomendaciones pertinentes a los hallazgos.

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS: Se presenta una lista de libros, artículos científicos, revistas, tesis que se utilizaron para el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO IX: ANEXOS: Se proporciona información adicional relacionada con el contenido del trabajo de investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

En este capítulo se hace una narración objetiva del problema de investigación y como se manifiesta en la población estudiada y se definen los objetivos de la misma.

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estado de embarazo constituye un potencial riesgo de transmisión de la infección VIH para la mujer, y también un riesgo de transmisión vertical por lo que el diagnóstico temprano de la infección VIH durante el embarazo constituye un objetivo primordial para una política general de profilaxis de la transmisión vertical y de los programas de salud de la mujer embarazada. Es por ello que, la serología VIH debe realizarse en toda mujer embarazada y debe incluirse dentro del protocolo a realizar en la primera visita. Este constituye el primer paso para poder ser efectivos en la disminución de la transmisión vertical.

Dentro de las principales causas podemos mencionar relaciones sexuales sin protección, violaciones, consumo de drogas, bajo nivel socioeconómico y educativo en nuestra población, teniendo como consecuencias repercusiones a diversos niveles tanto familiar, institucional y social.

A nivel familiar ocasiona muchos sentimientos de lastima, tristeza, preocupación, existe muchas veces poca aceptabilidad en la sociedad que por costumbre tiende a rechazar a toda persona infectada con el virus del VIH ya sea por desconocimiento o por prejuicios sobre dicha enfermedad.

En las instituciones de salud aumenta los gastos y las atenciones en salud llevando a mayor consumo en el presupuesto de salud del gobierno considerando que este está obligado a suministrar los medicamentos e insumos necesarios a toda paciente VIH positivo para mantener controlada la infección y retardar el mayor tiempo posible la aparición de las manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad.

Los estudios demuestran que los tratamientos con antiretrovirales para la mujer embarazada y el producto son muy efectivos para reducir la transmisión vertical, siempre y cuando la paciente cumpla con el régimen de tratamiento establecido, con un control prenatal adecuado y acompañado de parto por cesárea programado y sustitución de leche materna por otra alimentación. Esto ahorraría vidas y dinero. Es indispensable que toda mujer embarazada o que piense embarazarse sea motivada por su Gineco-Obstetra para hacerse la prueba VIH SIDA, esto permitiría una detección temprana y por tanto un tratamiento oportuno para evitar la transmisión vertical. Aunque oficialmente esto se supone parte del protocolo de atención, aún no es una realidad sobre todo en zonas postergadas del país. Se requiere un mayor esfuerzo para lograr la aplicación voluntaria de la prueba para VIH en la población de mujeres embarazadas y garantizar el adecuado tratamiento a las mujeres que sean identificadas como convivientes con el VIH.

Se ha demostrado que se puede disminuir la transmisión de madre a hijo del 25% - 40% a 0 – 2% con la aplicación de las estrategias de prevención de la transmisión vertical Control Prenatal, Profilaxis y/o tratamiento de la mujer embarazada con ARV, Cesárea electiva, No lactancia materna y Profilaxis del recién nacido.

En la actualidad se dispone de estrategias para minimizar el riesgo de infección para el neonato, por ejemplo el ofrecer tratamiento antirretroviral a la madre durante el embarazo a partir del cuarto mes de gestación ya que es raro que el feto se infecte en el primer trimestre del embarazo.

La cesárea de elección (según valoración del riesgo) o programada y la evitación de la lactancia materna son medidas que han ayudado a que se reduzca las cifras de transmisión vertical.

Los potenciales riesgos en la mujer incluyen:

Menor calidad de vida, por los efectos secundarios y complejidad de los esquemas farmacológicos. Aparición más temprana de resistencias virales, especialmente cuando la supresión de la carga viral es incompleta, lo que limita opciones futuras de tratamiento

Posibilidad En relación al feto se incluyen, los potenciales riesgos de: Teratogenicidad Toxicidad fetal o neonatal Efectos posteriores en el niño, secundarios a la exposición intrauterina, compromiso del SNC en forma de

déficit cognitivo y motores. De alteraciones metabólicas a mediano y largo plazo.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes embarazadas VIH positivo que asisten a la clínica prenatal del hospital Mario Catarino Rivas durante los meses de enero- diciembre del 2015?.

C. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

1. Conveniencia:

La presente investigación tiene el propósito de hacer una caracterización epidemiológica de las pacientes VIH positivo que asisten a control prenatal, para implementar acciones que permitan mejorar la calidad de atención prenatal y minimizar las complicaciones que se presentan durante la gestación.

2. Relevancia:

El beneficio de los resultados obtenidos será para tanto el médico, las familias, las pacientes y los recién nacidos ya que logrando realizar una caracterización epidemiológica de las pacientes embarazadas VIH positivo el médico podrá tener la evidencia suficiente necesaria para implementar acciones eficaces que permitan brindar una atención adecuada.

En la sociedad, garantizar una atención médica de calidad orientada al cuidado integral de la salud, y de esta forma reducir la transferencia del virus al producto.

3. Implicaciones Prácticas:

La investigación ayudará a establecer protocolos de manejo para mejorar la atención, y el control oportuno de las pacientes seropositivas, y que puedan llevar el embarazo a feliz término.

4. Valor Teórico:

En Honduras la investigación es muy insipiente así que todo esfuerzo realizado dentro de esta disciplina tiene gran impacto para el desarrollo del conocimiento y le agrega valor teórico a la literatura existente.

5. Utilidad metodológica:

Se creara un nuevo instrumento de recolección, procesamiento y análisis de datos que se pondrá a disposición de investigadores nacionales o internacionales, además puede servir de modelo para otros residentes que decidan hacer investigaciones futuras.

D. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

1. Objetivo general: describir las características epidemiológicas de las. Pacientes embarazadas VIH positivo de la clínica de atención prenatal del hospital Mario Catarino Rivas durante el periodo de enero 2015 - enero del 2016.

2. Objetivos específicos:

a) Determinar la prevalencia de VIH y embarazo en hospital Mario Catarino Rivas.

b) Describir las características personales de las pacientes embarazadas VIH positivo.

c) Detallar las características de lugar de las pacientes embarazadas VIH positivo.

d) Establecer las características de tiempo de las pacientes embarazadas VIH positivo.

E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACION.

1. ¿Cuál es la prevalencia de mujeres VIH positivo en el hospital Mario Catarino Rivas?

2. ¿Cuáles son las características personales de las pacientes embarazadas VIH positivo?

3. ¿Cuáles son las características de lugar de las pacientes embarazadas VIH positivo?

4. ¿Cuáles son las características de tiempo de las pacientes embarazadas VIH positivo?

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta el marco utilizado como referencia que es una forma de presentar de forma organizada el problema de investigación planteado y de sustentar teóricamente el estudio, contiene el marco de referencia para el análisis de los resultados. Al cual se llega mediante la obtención, consulta, extracción y recopilación de la literatura científica más importante y la más reciente posible.

A. ATENCIÓN PRENATAL

El objetivo de brindar Atención Integral a la Embarazada VIH positiva es con el objetivo de prevenir la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/ Hija se debe fundamentar en un abordaje integral para contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer y a prevenir la transmisión del VIH en los niños y niñas perinatalmente expuestos al VIH.

A toda mujer embaraza en control prenatal se le ofrecerá la prueba de VIH Se debe brindar consejería en VIH/SIDA y en prevención de la transmisión de madre a hijo (a) a toda embarazada que acuda a control prenatal La consejería en VIH/SIDA constituye una estrategia valiosa e indispensable para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hija / hijo (Paredes, 2013) (trentini, 2010).

Se recomienda que, una vez que la paciente es derivada a los Centros de Atención VIH, sea manejada en conjunto por un equipo multidisciplinario, los

controles de embarazo deberán ser hechos por un profesional de salud especializado en este ámbito cuya atención deberá ser en una unidad de Alto Riesgo Obstétrico, debido a la complejidad del manejo y por considerarse un embarazo de esta condición. (trentini, 2010).

Toda mujer embarazada con diagnóstico de VIH recibirá Terapia Antirretroviral inmediatamente que se capta y se programará cesárea para las 38 semanas de gestación según las Normas Nacionales y estará sujeta a Inicio de TARV independientemente de la edad gestacional, niveles de CD4 y carga viral, evaluación clínica, laboratorial y psicológica de la paciente. Referir al servicio correspondiente para programación de cesárea a las 38 semanas de gestación. Los SAI son centros de referencia donde la mayoría de las personas atendidas llegan con diagnóstico de infección por VIH. Si el diagnóstico se realizó en un laboratorio privado deberá realizarse el procedimiento de acuerdo al algoritmo nacional de la Secretaría de Salud.

1. Consejería y prevención

En embarazadas con diagnóstico de VIH positivo las actividades de prevención secundaria y terciaria se dirigen a prevenir nuevas infecciones, autocuidado, para prevenir re-infecciones:

a) Se dará consejería sobre sexualidad y planificación familiar

b) Se recomendará el uso de preservativos en las relaciones sexuales

c) Se brindará los beneficios del Programa de Prevención de la Transmisión Madre a Hijo/Hija

d) Fortalecer la adherencia, explicar la importancia de evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco

e) Se brindará consejería sobre alimentación infantil

f) Se recomendará compartir su resultado de VIH con la pareja y promover su integración a los grupos de auto apoyo.

Considerando que el embarazo en las mujeres con VIH, con lleva una serie de riesgos y connotaciones diferentes (posibilidad de patologías y/o infecciones asociadas u oportunistas, posibilidad de trasmisión vertical de la infección), la atención integral de la embarazada con VIH requiere de un manejo multidisciplinario en los diferentes niveles de la red de servicios de salud garantizando un sistema de referencia y respuesta efectiva que le permita una atención continua entre los diferentes servicios asistenciales.

2. Manejo Clínico

Es importante hacer una historia clínica completa y detallada de la paciente desde la primera cita de control prenatal

a) Fecha de diagnóstico, motivo de diagnóstico y mecanismo de transmisión. Lugar de procedencia, historia de consumo de tóxicos, anterior o actual; así como evaluación de necesidad de soporte social psiquiátrico, especialmente si

existe consumo de tóxicos. Derivación a los profesionales correspondientes si procede.

a) Evaluación clínica: estado clínico. Antecedente de infecciones oportunistas

b) Historia de uso de ARV, anterior y actual (estudio de resistencias, antecedentes de toxicidad por ARV). En gestantes no controladas en dicha institución, se solicitara un informe de su infectólogo de referencia. (trentini, 2010). (Padilla Pérez, 2009) (Pérez, 2013).

Se debe realizar anamnesis, examen físico completo y exámenes complementarios para estadificar la infección VIH. Las gestantes infectadas por el VIH deberán ser atendidas durante el embarazo, parto y posparto por un profesional de salud capacitado, para llevar a cabo el control de cada una de las pacientes con privacidad, responsabilidad y eficacia. . (clinic barcelona, 2010) (ops, 2010) Se ha demostrado que se puede disminuir la transmisión de madre a hijo del 25% - 40% a 0 – 2% con la aplicación de las estrategias de prevención de la transmisión vertical: (tetrini, 2010)

Aparte de los exámenes de rutina que se piden a las pacientes embarazadas sin ninguna patología de base se deben pedir además Exámenes complementarios específicos al ingreso:

3. Exámenes de rutina

a) Hemograma completo

b) Tipo y Rh sanguíneo

C) Química sanguínea: Urea, creatinina, glicemia en ayunas, ALT, AST, proteínas totales y albúmina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos

D) General de orina (glucosuria, proteinuria, hematuria)

E) Examen general de heces con estudio coproparasitológico con tinción especial para coccidios y técnica de Baermann, si el caso amerita

F) Serología por Toxoplasma, Sífilis, VHB, VHC y Citomegalovirus (CMV)

G) Serología para hepatitis: HbsAg (antígeno de superficie para hepatitis B), anticuerpos IgM contra hepatitis C

Serología para Sífilis: RPR (Si es positivo confirmar con prueba treponémica)

H) Cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFG) por fórmula (MDRD o Crockroft-Gault)

I) Riesgo cardiovascular, RCV (mediante la ecuación Framinghan, SCORE u otras)

J) Determinación de estado inmunológico, CD4

K) Determinación de Carga Viral

4. Exámenes especiales

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.

5. Consejería y apoyo emocional

Además de la evaluación médica, la paciente debe tener una evaluación socioeconómica, sicológica y/o consejería, a fin de lograr el mejor suceso de la terapia a largo plazo. Según normas nacionales los siguientes criterios definen el inicio de la terapia ARV: Vigilar la adherencia y la aparición de efectos adversos al tratamiento ARV, Control de la carga viral plasmática y CD4 Monitoreo del bienestar fetal, Brindar orientación, consejería y soporte emocional, Informar sobre la importancia del parto seguro y la alimentación segura del niño/niña, Promover conductas de autocuidado, Recomendar el uso del condón en las relaciones sexuales, para prevenir posibles reinfecciones y/o adquirir o transmitir infecciones de transmisión sexual, Informar sobre el uso de anticonceptivos para la planificación de su familia, posterior al parto,Informar la importancia del seguimiento del niño/niña hasta los 18 meses de edad y conocer su estado serológico.

a) Criterios Clínicos:

i. Todo paciente infectado con síntomas causados por el VIH que se encuentra en la categoría “C” del sistema de clasificación utilizado por el CDC.

ii. Toda persona que necesite de terapia post exposición ocupacional al VIH.

b) Criterios Inmunológicos:

i. Todo paciente con conteo de linfocitos T-CD4 menor o igual a 250 células/ µl

ii. Todo paciente infectado con síntomas causados por el VIH que se encuentra en la categoría “B” del sistema de clasificación utilizado por el CDC, con un conteo de linfocitos T-CD4 entre 250 – 350 células/ µl.

iii. Todo paciente con un conteo de linfocitos T-CD4 entre 250 – 350 células/ µl, y con descenso del conteo > 25% del valor anterior evaluado en cuatro meses.

c) Criterio de Adherencia:

Adherencia es la habilidad de un paciente para seguir un plan de tratamiento. Seguir un plan de tratamiento significa tomar sus medicamentos diariamente y a la hora indicada. La adherencia es un factor importante para lograr que la TARGA alcance sus metas de suprimir la carga viral y restablecer la inmunidad del paciente. Sin una adherencia mayor del 95% no se alcanzan las metas de la TARGA. Hay contra indicaciones al inicio de la TARGA por los efectos secundarios de los medicamentos que deben ser tomados en cuenta. Toda embarazada con SIDA o con CD4 < ó igual a 250 células /ml recibirá TARGA y se programará cesárea a las 38 semanas de gestación. Acciones: Evaluación clínica, laboratorial y psicológica de la paciente, servicio de consejería Programación de cesárea a las 38 semanas de gestación. Paciente sin indicación de TARGA, asegure la profilaxis de transmisión madre a hijo/a.

En embarazadas con diagnóstico de VIH positivo las actividades de prevención primaria y secundaria se dirigen a prevenir nuevas infecciones, al autocuidado para prevenir re-infecciones, nuevos embarazos y prevenir la transmisión en el niño o niña. (Paredes, 2013), (Harkaitz Azkune, 2011), (Sidibé, 2015), (VIH GESTACION, 2006), (acog, 2013) Ambos tipos son de estructura viral y genómica muy parecidos Castillo, 2014)

B. VIH Y EMBARAZO

1. Definición

El Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH son las siglas de un retrovirus RNA que ataca el sistema inmune y causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH destruye gradualmente la capacidad de luchar contra infecciones y ciertos tipos de cáncer), (Britto, 2011)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia retrovirus, del cual conocemos dos tipos: prevaleciendo el VIH-1, siendo el que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y a la muerte; VIH-2, se da principalmente en habitantes o visitantes del África Occidental, transmitiéndose con menor eficacia, pero que también termina en SIDA y ocasiona la muerte.

El virus VIH- 1 tiene varios serotipos y se clasifican en 3 grandes grupos: M (main), O (outlier) y N (New, No M, No O). El primero causa la mayoría de las infecciones que registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Dentro de este grupo se han identificado

las cepas recombinantes, las cuales han incorporado genes de combinaciones de algunas de las cepas. El grupo O aparece en cierta parte de África y tiene el inconveniente de que los exámenes de laboratorio para su detección no son sensibles y el N se ha identificado poco, generalmente en Camerún.

Actualmente, a pesar del incremento del número de casos en todo el mundo, ciertos países muestran una estabilidad como resultado de las campañas educativas y el trabajo de promoción en la prevención del VIH. La cantidad de hombres infectados es mayor que la de mujeres, pero estas se mantienen con el virus de VIH consta de cuatro capas básicas:

Un núcleo cilíndrico con dos bandas idénticas de RNA unidas por la proteína p9, copias de la enzima transcriptasa reversa y proteínas nucleares. Capa de proteínas de la cápside constituido por el antígeno p24. Capa de la matriz compuesta por el antígeno p17, que sirve como revestimiento interno de la envoltura viral externa. Doble capa de lípidos de la envoltura, derivada de la membrana plasmática de la célula huésped. (R, 2002)

El genoma de VIH-1 es relativamente pequeño, constituido por genes que codifican proteínas estructurales, reguladoras y accesorias. La partícula viral se une a las células huésped susceptible, que incluyen linfocitos T, monocitos, macrófagos, células dendríticas foliculares y células de microglia. Se produce un enlace de alta afinidad entre la gp 120 de la superficie viral y la molécula receptora CD4 de la célula huésped. El sistema inmunitario del adulto tiene

varios componentes críticos para la infección por VIH como son los linfocitos B y T, células presentadoras de antígenos, antígenos de histocompatibilidad mayor (tipo I y II), células natural killer, citoquinas y complemento. Siempre antes de una infección o estimulación antigénica, los linfocitos B se encuentran como células “ingenuas”. Después de su estimulación, forman dos subgrupos específicos para VIH, los que secretan activamente anticuerpos contra el virus. De manera similar hay linfocitos T “inocentes” y otros con memoria específica por una exposición previa al virus. En la gran mayoría de las personas infectadas, la invasión por VIH trastorna las reacciones inmunitarias normales e induce una disfunción crónica, progresiva, multifacética, que en un momento dado las hace vulnerables a infecciones oportunistas, cáncer, afecciones neurológicas y muerte prematura aumento progresivo. (Castillo, 2014)

2. Fisiopatologia

Este es considerado uno de los puntos más discutidos de la enfermedad, en esencia, se está de acuerdo en que la infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ocasiona sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta, debido a los efectos de la inmunosupresión. El virus del VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos a causa de la replicación viral dentro de ellos. Una vez que esta se inicia se inmortaliza en

el tiempo. El organismo trata de reponer la mayoría de las células inmunológicas destruidas, pero nunca logra toda la cantidad que se destruyó. Por otra parte, las manifestaciones clínicas aparecerán cuando el equilibrio se incline a favor de la destrucción y no de la reposición celular, de manera que lleva al agotamiento del sistema inmunológico. Lo anterior explica la razón por la cual el comienzo de la terapia antirretroviral se debe de iniciar antes de que aparezcan los primeros síntomas. El hecho de inmortalizar la infección desempeña un rol importante en los reservorios del virus como lo son: el cerebro, los ganglios linfáticos y células del sistema reticuloendotelial (castillo, 2014)

3. Clínica

La infección inicial por VIH en adultos a menudo es seguida, 2 a 6 semanas después, por un síndrome viral agudo caracterizado por fiebre, faringitis, mialgia, adenopatía hipersensible, exantema inespecífico, cuadro de 7 a 14 días de duración. Se observa un descenso agudo en los linfocitos circulantes, con normalización bastante rápida de las cifras, aunque los CD4+ no vuelven por c Conforme aumentan las titulaciones de anticuerpos contra VIH, la carga viral circulante desciende y las personas infectadas entran a un período asintomático que a menudo dura de 3 a 11 años. Durante este período asintomático hay una replicación viral extremadamente intensa, así como destrucción y reposición de CD4+. Debe tenerse en cuenta que antes de causar la depleción gradual de

células CD4+, la infección por VIH causa disfunción de éstas. También causa disfunción en monocitos y macrófagos que incluye alteración de la quimioprofilaxis, citotoxicidad mediada por células dependiente de anticuerpos, actividad antimicrobiana intracelular y alteración de la producción de citoquinas. (Osorio, 2014) D) (Padilla Pérez A. I., 2000) (OMS, 2016)

i. Condiciones clínicas

Son variadas las razones que explican el por qué la mujer es más susceptible de adquirir la infección por VIH que el hombre, por lo que el personal de salud debe ser consciente de dichos factores y así crear un ambiente comprensivo y empático para obtener una buena relación médico-paciente.

La mayoría de las mujeres descubren su portación o enfermedad durante el embarazo o posterioridad al parto al pesquisarse la infección en su descendencia. En relación a la necesidad de testear a todas las mujeres en su consulta pre y/o post concepcional, el American College of Obstetricians and Gynecologists, Con respecto a la Consejería pre y postconcepcional, entendida como un “diálogo confidencial entre una consultante y un consejero(a) con el objetivo de habilitar a la mujer para el enfrentamiento del estrés, la toma de decisiones relacionadas con el VIH/SIDA durante el embarazo y la discusión de elementos para la prevención de la transmisión vertical”.

ii. Gravidez

Afortunadamente, el estado gravídico no parece alterar la evolución o la historia natural de la infección por VIH, ya que si bien es cierto se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, estas vuelven a su línea basal después del parto. En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad médica crónica, la incidencia de patología obstétrica no aumenta permaneciendo el aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pretérmino y muerte fetal dentro de prevalencias esperables. Sin embargo, en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario (CD4 < 300/dl) el riesgo de las complicaciones infecciosas se incrementan. (Clinic, Barcelona ,2010)

4. Epidemiologia

Si se compara en términos mundiales, la epidemia del VIH en las Américas se encuentra relativamente controlada. Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA, la infección por VIH afectaba a 1 de cada 200 adultos de 15 a 49 años de edad en América del Norte y América Latina a finales del Siglo XX. La tasa de prevalencia era de alrededor de 0,56%. En el Caribe, esa tasa es casi cuatro veces más alta, y se piensa que 1,96% de los adultos del grupo de edad sexualmente más activo vive actualmente con el VIH. Mientras la subregión del Caribe ocupa el segundo lugar en cuanto a la magnitud de la infección por VIH,

sus tasas aún se encuentran por debajo de las de África al Sur del Sahara, donde 1 de cada 12 adultos está infectado por el virus que produce el SIDA**.** (Elizabeth Pisani, 200

5. Factores de riesgo

A nivel mundial, el principal factor de riesgo de contagio en la mujer para la adquisición del 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. (Clinic Barcelona, 2010)

Socioculturalmente, la mujer no tiene el poder de decidir cuándo, cómo, dónde y con quién tener relaciones sexuales. Es menos probable que tenga el poder de negociar el uso de protección o la existencia de otras parejas sexuales de su compañero. Adicionalmente la exigencia de la virginidad lleva a comportamientos sexuales de riesgo como las relaciones anales. También la mujer tiene menos acceso a información, a servicios de salud sexual y limitación a pruebas diagnósticas de ITS/VIH, la violencia contra la mujer limita la libertad física y mental. Existe menos control en la decisión acerca del uso de protección, de la distribución de los recursos y el acceso a los servicios de salud, lo cual hace más difícil y peligra que ella se rehúse al coito inseguro. El sexo forzado, la violencia o las amenazas de violencia y el abuso sexual en la niñez y adolescencia limitan y obstaculiza la capacidad de la mujer para exigir relaciones sexuales sin riesgo. (Padilla, Pérez, 2013)

A nivel mundial, el principal factor de riesgo de contagio en la mujer en la adquisición del 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. En la mayoría de los casos, estas mujeres tenían relaciones sólo con su pareja estable lo que avala la vulnerabilidad de ellas al contagio, el cual está en directa relación con el comportamiento de su pareja (bisexualidad, drogadicción, promiscuidad). En América Latina se estima que 1,4 millones de personas viven con VIH/SIDA y que 150.000 adquirieron la infección durante el año 2000, siendo la principal modalidad de contagio, al igual que en Chile, la exposición homosexual, observándose un crecimiento sostenido de la transmisión heterosexual, relegando a un tercer lugar la vía sanguínea y la de la transmisión vertical, esta última estimada en un 1,5% del total de los casos, excluyendo a aquellos sin diagnóstico definitivo. (MSELLATI, 2009), (BSR, 2016), (Latin American and Caribbean Epidemiological Network, 2000)

6. Manejo

En todos los casos se deben ajustar las decisiones según las condiciones de cada paciente, sin embargo, con una carga viral reciente mayor de 1.000 copias puede estar indicada la cesárea, por la evidencia de la disminución de la probabilidad de transmisión durante el parto. Por esta razón se recomienda realizar una carga viral a las 34-36 semanas de gestación.

Cuando las cargas virales son menores de 1.000 copias/mm3 y la gestante recibe tratamiento, no ha sido posible determinar la utilidad de la cesárea en comparación con el parto vaginal, dada la probabilidad de transmisión con esta carga viral, menor de 2%, es de resaltar que en mujeres no infectadas con VIH, el riesgo de complicaciones y muertes post-cesárea es 6 a 7 veces mayor que post-parto vaginal; 50 sin embargo datos recientes, en mujeres infectadas con VIH, no identificaron un riesgo mayor. Para disminuir este riesgo se recomienda el tratamiento de la vaginosis o la cérvico-vaginitis bacteriana o bien, el uso de antibióticos profilácticos. En la decisión de realizar una cesárea se debe considerar el acceso, la adherencia y el tipo de terapia anti-retroviral, el antecedente de control prenatal adecuado, eficacia en la disminución de la carga viral y edad gestacional a la captación. (R, 2002)

Aunque raramente se van a plantear conflictos de interés entre la madre y el niño, el principio general deberá ser tratar adecuadamente a la madre. De hecho, un adecuado control de la replicación vírica en la madre es probablemente la mejor medida para disminuir el riesgo de transmisión vertical. El adecuado tratamiento de la madre incluye otros factores, además de la terapia antirretrovírica, en relación con las necesidades concretas que puedan existir: acceso ágil a programas de salud, profilaxis de infecciones oportunistas, etc. En este sentido, la evaluación inicial de la mujer embarazada infectada por el VIH ha de incluir al menos:

a) Situación inmunológica mediante la determinación de linfocitos CD4.

b) Riesgo de progresión mediante la determinación de la carga vírica.

c) Serología de virus de hepatitis B y C.

d) Historia previa y actual de antirretrovíricos.

e) Edad gestacional.

f) Necesidades de soporte (social, psiquiátrico, metadona,..).

g) Prueba de resistencias a antirretrovíricos. En caso de diagnosticarse la infección por el VIH en el embarazo puede ser muy útil para optimizar la terapia, especialmente en la paciente con fracaso virológico. En la paciente estable con carga vírica indetectable, aparte de las dificultades técnicas en su determinación en esta situación, no está indicado*.*

h) Necesidades obstétricas. Como ya hemos comentado, estas gestantes presentan con frecuencia otros problemas (tabaquismo, escaso incremento ponderal...), otras patologías médicas (como infección por el virus de la hepatitis C, enfermedades de transmisión sexual, displasia cervical y cáncer de cuello uterino, tuberculosis...), necesidad de otros tratamientos (psicofármacos, etc.) así como factores psicosociales (falta de apoyo familiar o social) que pueden complicar la gestación y obligan independientemente de la infección por el VIH a un control más exhaustivo. Por todos estos factores, estas gestantes tienen un mayor riesgo de presenta (Nuñez, 2005)r patologías obstétricas como son la rotura prematura de membranas, el parto prematuro (especialmente en las

pacientes tratadas con tratamiento antirretrovírico) y el retraso de crecimiento intrauterino. Teniendo en cuenta estos aspectos, los controles periódicos deben ser algo más frecuentes, debe realizarse un estudio completo de enfermedades de transmisión sexual, citología cervicovaginal,

Descartar una seroconversión a infecciones con riesgo perinatal (toxoplasma, citomegalovirus), realizar las vacunaciones necesarias

(Tétanos, virus de la hepatitis B). (Ida nzales, gpcvih, 2010), (Latin American and Caribbean Epidemiological Network, 2000) (ministerio salud, 2009), (http://especiales.universia.net.co/vih-sida/destacado/riesgo-de-aborto-espontaneo-en-mujeres-con-vih.html, 2016) 12(30171 García)

7. Prevención de la transmisión madre-hijo.

Se han descrito varias estrategias para disminuir la transmisión perinatal, entre las que se encuentran: * Identificar y tratar los factores de riesgo modificables. * Disminuir la carga viral. * Disminuir la exposición al virus. * Estimulación del sistema inmune (inmunización pasiva o activa). En la actualidad la mayoría de los esfuerzos se destinan a disminuir la carga viral. Todas las posibles intervenciones dependerán del momento o periodo del embarazo, y sabemos muy bien que en nuestro medio no siempre disponemos de los medios adecuados para prevenir o abordar estas diferentes situaciones, que no sólo dependen de la infraestructura o de programas de prevención y educación sino de la situación de nuestros pacientes .Habíamos descrito previamente que sin

intervención alguna la tasa de transmisión perinatal llega hasta un 25% aproximadamente. Los datos reportados en Colombia son los siguientes: Probabilidad de transmisión vertical: * Con tratamiento ARV prolongado: 0% - 3% * Sólo profilaxis intraparto: 5.7% - 20% * Captación antes de las 28 semanas: 1.8% * Captación entre semanas 29 y 37: 4.1% En América Latina se ha demostrado que los programas encaminados al cuidado materno son efectivos en la reducción de la transmisión vertical; en el caso de Colombia, sin embargo, reportan que en la región Caribe estos cuidados son de menor calidad y las mujeres entran a estos programas mucho más tarde durante la gestación. Idealmente todo el cuidado debería iniciarse mucho antes del parto. Obteniendo, como siempre es debido, una historia completa y un buen examen físico. Recalcando obviamente que toda mujer embarazada debe realizarse una prueba diagnóstica para VIH y repetirla en el tercer trimestre sobre todo si tiene factores de riesgo. Empezando con la fecha y método del diagnóstico, la presencia de signos o síntomas asociados al VIH, la presencia o historia de enfermedades oportunistas o malignidades asociadas al VIH, conteos previos de CD4 o carga viral y el uso previo de ARV. Una historia obstétrica completa con datos sobre embarazos previos. (Panel sobre Tratamiento de mujeres embarazadas con VIH y la prevención de la transmisión perinatal., 2010) (MORA, 2013)

8. Vías de trasmisión

a) Vía sexual: Representa la principal vía de infección en Cuba y en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral; también se incrementan los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como la presencia de alguna infección de transmisión sexual al momento de las relaciones sexuales desprotegidas.

b) Uso de sangre y hemoderivados contaminados: esta vía se logró controlar en Cuba y sobre ella se mantiene vigilancia epidemiológica, pero no es posible eliminar por completo la posibilidad de trasmisión, dada la existencia del período de ventana (corresponde a los primeros meses de la infección, en que las pruebas serológicas son negativas por la ausencia de anticuerpos. Por su parte, la drogadicción como vía de transmisión no es un problema de salud en este medio. Cabe señalar que el VIH no está en el aire como otros agentes (Mycobacterium Tuberculosis), es el contacto con las secreciones infectadas lo que resulta potencialmente contaminante, pero se toman las medidas de precaución universales para que el personal sanitario no se contamine, por lo cual no se justifican las acciones de rechazo y estigma durante la atención a estos pacientes.

Momentos de la transmisión materno infantil del VIH

a) Transmisión Intrauterina (25%): El VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto, esto ocurre por vía transplacentaria o por transfusión materno-

fetal, especialmente por microdesprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua basal con la contaminación directa de células del trofoblasto. (Tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH, 2016)

ii. Transmisión Intraparto (40%): Es lo más común. Por contacto directo del feto con sangre materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, microtransfusiones materno-fetales durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción del

Virus por el tracto digestivo del niño. También en nacimientos múltiples el primer gemelar se infecta más (el doble), tanto en partos vaginales como en cesáreas. (Guia de prevencion y control de la transmision materno infantilndel vih y sifilis congenita y de atencion integral de niños con vih sida, 2011)

iii. Transmisión por leche Materna (35%): El virus se ha aislado de células del calostro, de histiocitos y de extractos no celulares en leche de mujeres infectadas. Los factores que se asocian a una mayor transmisión son:

iv. Mayor carga viral plasmática del VIH

v. Mayor carga viral del VIH en la leche materna

vi. Mayor deterioro inmunológico de la madre

vii. Presencia de mastitis

viii. Lesiones sangrantes en los pezones en lactantes

ix. Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes (Guia de prevencion y control de la transmision materno infantilndel vih y sifilis congenita y de atencion integral de niños con vih sida, 2011).

9. Factores asociados

a. Factores virales:

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

b. Factores obstétricos:

Situaciones que produzcan soluciones de continuidad en la barrera placentaria como corioamnionitis, y en relación con los procederes obstétricos se deben evitar técnicas invasivas tales como amniocentesis, cordocentisis, biopsia de vellosidades coriónicas, y monitorización de la frecuencia cardíaca fetal con electrodo interno, etc. También se sabe que aumenta la transmisión cuando existe una ruptura prematura de membranas de más de 4 h, vía del parto, hemorragia intraparto. La cesárea electiva evitaría el contacto del feto con las secreciones cérvico-vaginales maternas y, por tanto, ayudaría a prevenir la transmisión directa o perinatal. Se ha demostrado que en los embarazos múltiples la frecuencia de infección es mayor en el primer feto, que sería el más

expuesto, y en la experimentación animal se observó la transmisión por vía oral en los recién nacidos debido a la deglución durante el parto de líquidos maternos infectados. En aquellos lugares del mundo subdesarrollado donde no se cuente con condiciones para terminar el embarazo por cesárea, se debe evitar la ruptura artificial de membranas, la episiotomía de rutina y si se requiriera instrumentación en el periodo expulsivo el fórceps sería preferible al vaccuon. Se debe utilizar antibióticos profilácticamente lo mismo en la cesárea de urgencia que en la electiva. Los cuidados del post parto incluyen la vigilancia estrecha para detectar signos de sepsis, los cuales son frecuentes en estas pacientes, ya sean urinarios, respiratorios o a nivel de heridas quirúrgicas. Se debe instruir a las madres sobre los cuidados perineales y el manejo correcto de los loquios y los apósitos sanitarios. (Guia de prevencion y control de la transmision materno infantilndel vih y sifilis congénita y de atencion integral de niños con VIH sida, 2011),

En 1994 se demostró la utilidad de Zidovudina (AZT) en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hija/hijo, mediante el Protocolo 076 (EUA, Francia, es importante afirmar que si la embarazada cumple criterios clínicos, inmunológicos y virológicos) para inicio de terapia antirretroviral de acuerdo a las normas de atención del adulto, el embarazo no será razón para diferir el tratamiento. Sin embargo son necesarias algunas consideraciones especiales relacionadas con el embarazo, que incluyen la necesidad de modificar dosis por

los cambios fisiológicos en la madre, las posibilidades de efectos adversos sobre el feto, y la efectividad del medicamento en reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hija/hijo.

Complicaciones en las gestantes infectadas de VIH

Las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de aborto espontáneo que se asocia directamente con el estadio de la enfermedad e inversamente con el número de CD4 y el tiempo de progresión de la infección. Distintos estudios realizados antes de la introducción del TARV mostraban un incremento de los malos resultados obstétricos en mujeres infectadas por el VIH (prematuridad, recién nacidos de bajo peso y retraso del crecimiento). (Carlos Eduardo Fonseca, 2004)

a). Aborto espontáneo

Riesgo de aborto espontáneo en mujeres con VIH, puesto que la mayor incidencia de abortos en mujeres embarazadas con VIH, se relaciona con la transmisión materno-fetal del virus. 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.

i. 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 anormalidades 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).

ii. Frecuencia**:** La tasa natural de fracaso de las gestaciones es muy elevada, aunque la mayor parte ocurre en las primeras semanas. Se estima que uno de cada cinco embarazos detectados termina por aborto espontáneo en las primeras semanas. La cifra aumenta a más del 30% en estudios de mujeres embarazadas cuyos niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana ha descendido después de haber confirmado el embarazo.

iii. Prevención**:** Las posibilidades de aborto espontáneo pueden limitarse mucho con una atención especial por parte de la madre y una vigilancia médica acentuada, especialmente si dependen de limitaciones físicas de la madre. El riesgo asociado a enfermedades sistémicas se combate tratándolas antes del eventual embarazo y vigilando el estado de la madre durante éste.

iv. Anemia: El estudio nacional del Ministerio de Salud Pública (MSP), estimó que la mitad de las mujeres en edad fértil presentaban anemia. En el grupo de embarazadas y mujeres en período de lactancia, aproximadamente seis de cada diez mujeres presentaban anemia.

En casos de anemia se suministran suplementos de micronutrientes para su corrección, pero si hay progresión de la anemia a pesar del suplemento, se puede sospechar que está relacionada con el suministro de Zidovudina (AZT), por lo que se recomienda cambiar el medicamento de acuerdo con la documentación del caso y la solicitud del médico tratante. Si se cambia la Zidovudina (AZT) por la Estavudina (D4T) en caso de anemia, el día de la cesárea electiva no se debe administrar la dosis de la mañana de Estavudina debido a que tiene un efecto antagónico con la Zidovudina, es decir, inhibe su efecto.(Guia de prevencion y control de la transmision materno infantilndel vih y sifilis congenita y de atencion integral de niños con vih sida, 2011), 2006)

10. Diagnóstico

En Estados Unidos y en el mundo entero los métodos más populares son aquellas pruebas que pesquisan anticuerpos específicos contra antígenos virales, siendo la utilizada en su screening, la técnica de inmunosorción ligada a enzimas (ELISA) y para la confirmación de la infección, la técnica de Western blot. 2.2.1. Prueba de ELISA La prueba de ELISA utiliza antígenos derivados del virus íntegro y los une a recipientes de microtitulación. Se coloca el suero o

plasma de la paciente en los recipientes y si hay anticuerpos contra VIH, se unen al antígeno presente. Se proporciona, además, un sustrato cromógeno para la enzima potencialmente unida y se lee la intensidad del color que se genera en un espectrofotómetro. La lectura del color es proporcional a la cantidad del complejo unión enzima-anticuerpo adherido al antígeno deVIH que se encuentra en el recipiente. Las pruebas que se disponen en el comercio tienen tasas de sensibilidad y especificidad entre 98 -100

a) Técnica de Western Blot

La técnica de Western blot se realiza con una tira de nitrocelulosa a la que se han agregado proteínas de la cubierta de VIH. Se aplica suero de la paciente en las tiras: cualquier anticuerpo presente contra dicho virus se une a su antígeno respectivo. Esto produce una serie de bandas oscuras. Mediante la comparación de la localización de las bandas con las de testigo, es posible determinar si el suero de la paciente contiene anticuerpos específicos para VIH. Ocasionalmente se encuentran respuestas indeterminadas en personas con infección reciente y en el proceso de estructuración de una respuesta completa de anticuerpos. En estos casos se determina una repetición de la prueba en uno a dos meses.

b) Prueba de PCR

Las pruebas de PCR son sensibles y útiles para confirmar el estado de infección. Puede detectar cantidades muy pequeñas de virus y no depende de

una respuesta de anticuerpos a la infección. Se usa en clínica para establecer el estado de infección en lactantes hijos de madres infectadas y potencialmente en período de ventana entre la infección y la aparición de anticuerpos específicos detectables. Esta técnica y otras de amplificación se han perfeccionado para cuantificar RNA de VIH. Existe interés considerable en el perfeccionamiento de pruebas confiables que permitan la detección del Virus utilizando líquido oral u orina, porque son fáciles de obtener sin molestias para la paciente ni riesgos para el recolector; pudiendo ser además, especialmente útiles en niños y adultos con vasos venosos de difícil acceso. La valoración del estado infeccioso por VIH en niños menores de seis meses es complicada por la inmunología del embarazo y la lactancia temprana. Las pruebas más frecuentes que se usan en adultos dependen de la detección de anticuerpos IgG contra el virus. Durante el embarazo, la IgG materna cruza fácilmente la placenta hacia la circulación fetal, donde persiste hasta 18 meses después del nacimiento. Por este motivo, la valoración del estado de la infección por VIH en los lactantes requiere de pruebas diferentes a las de ELISA y Western blot. Las alternativas que se presentan son el cultivo del virus y PCR, así como la determinación de anticuerpos IgA contra antígenos de VIH. (MORA, 2013).

11. Manejo y tratamiento de la mujer embarazada con VIH por escenarios

a) Manejo de la embarazada captada en etapas tempranas del embarazo o con menos de las 34 semanas de gestación

b) Manejo de la embarazada con VIH sin tratamiento previo captada en etapas finales del embarazo (después de las 34 semanas) o diagnosticadas en el momento del parto

c) Manejo de la embarazada captada en etapas finales del embarazo y sin diagnóstico previo

Manejo de la embarazada captada en etapas tempranas del embarazo o con menos de 34 semanas de gestación

Manejo pre parto:

d) La TARV es importante tanto para la salud de la mujer como para evitar la transmisión madre hijo/hija

e) La instauración de la TARV se regirá por las recomendaciones generales del tratamiento a pacientes adultos

f) Utilizar esquemas de triple terapia según Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH

g) En casos de vómitos, efectos secundarios u otros síntomas propios del embarazo y que obliguen a la suspensión de los ARV, estos deben suspenderse simultáneamente para evitar el desarrollo de resistencia (a

Excepción de los casos en que se utilice NVP, los INTI deberán suspenderse mínimo una semana después de haber descontinuado la NPV)

Esquema de tratamiento ARV de primera línea para embarazadas con VIH

Tabla 1 Esquema de Antiretrovirales

Esquema básico para embarazadas primera línea	INTI		INNTI
Iniciar TARV independientemente de la edad gestacional y niveles de CD4	Tenofovir (300mg)/ Emtricitabina (200mg) c/24 horas	Más	Efavirenz 600mg c/ 24 horas

Esquemas alternativos de tratamiento ARV para embarazadas con VIH En casos de intolerancia o contraindicación del Efavirenz

En casos de contraindicación a Tenofovir

Tabla 2 Intolerancia al Efavirenz

Opción	A		B
1	Tenofovir (300mg)/ Emtricitabina (200mg) c/24 horas	Más	Nevirapina 200 mg c/12 horas

En casos de contraindicación a Efavirenz y Nevirapina

Tabla 3 Intolerancia A Efavirenz Y Zidovudina

Opción	A	Mas	B
2	Zidovudina (300mg)/ Lamivudina (150mg) c/12 horas		Efavirenz 600mg c/ 24 horas o Nevirapina 200 mg c/12 horas

Intolerancia a o contraindicaciones a Efavirenz y nevirapina

Tabla 4 contraindicaciones a Efavirenz y nevirapina

Opción	A		B
3	Zidovudina (300mg)/ Lamivudina (150mg) c/12 horas o Tenofovir (300mg)/ Emtricitabina (200mg) c/24	Más	Lopinavir (200 mg)/ Ritonavir (50 mg) 2 Tabletas c/12 horas hasta las

	horas		34 SG, aumentar a 3 Tabletas en las últimas 4 semanas hasta el final del embarazo

a) Recomendaciones especiales:

i. Manejo intraparto

A toda embarazada se le deberá realizar cesárea electiva a las 38 semanas de gestación ; si la embarazada completo al menos 4 semanas de TARV o no completo 4 semanas de TARV se le dará el siguiente esquema terapéutico:

Iniciar una dosis de carga intravenosa de AZT (2mg/kg), pasar en una hora, más una mono dosis de NVP de 200mg, se le debe continuar la infusión de AZT a 1mg/kg/hora hasta el momento del pinzamiento del cordón. Después del parto, se continuara con AZT+3TC 1 tableta cada 12 horas por una semana mínimo para disminuir el riesgo de resistencia a los INNTI

i. Manejo post parto

Después del parto la mujer continuara con el seguimiento clínico, inmunológico y virológico según pautas descritas en el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH

Después de finalizado el embarazo y si en el esquema terapéutico el tercer fármaco fue EFV o NVP, deberá continuar con este mismo y su seguimiento se regirá por el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH

Si durante el embarazo utilizó el esquema terapéutico que incluyo LPV/rtv y si no existen contraindicaciones, este deberá ser sustituido por EFV

Se le debe recomendar y asegurarle la alimentación exclusiva con formula láctea para el niño y evitar la lactancia mixta

La paciente debe ser referida al servicio de Pediatría del CAI correspondiente para el control del recién nacido perinatalmente expuesto al VIH

Se debe realizar intervenciones para reforzar la adherencia (consejería, visita domiciliaria, estimular la integración a grupos de auto apoyo)

El manejo del recién nacido se regirá por El Manual de Atención Integral del Niño/Niña con VIH

G) Manejo de la embarazada con VIH sin tratamiento previo captada en etapas finales del embarazo (después de las 34 semanas) o diagnosticada en el momento del parto.

Si la mujer se presenta en el momento del parto se debe manejar de acuerdo a la siguiente pauta:

i. Manejo pre parto:

Toda embarazada con diagnóstico de VIH se le debe iniciar TARV inmediatamente que se capte

Utilizar esquemas de triple terapia según Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH

ii. Manejo intraparto:

Iniciar una dosis de carga intravenosa de AZT (2mg/kg), pasar en una hora, más una monodosis de NVP de 200mg. Se le debe continuar la infusión de AZT a 1mg/kg/hora hasta el momento del pinzamiento del cordón. Después del parto se continuara con AZT+3TC, 1 tableta cada 12 horas por una semana mínimo para disminuir el riesgo de resistencia a los INNTI. Si no se cuenta con AZT IV se dará profilaxis con AZT+3TC, 1 tableta cada 12 horas más AZT 300mg a las 12, 9, 6 y 3 horas antes de la cesárea, más la dosis única de NVP, que se repetirá si a las 48 horas no se ha realizado la cesárea.

iii. Después del parto se deberá remitir al nivel de atención competente para evaluar la incorporación a la TARV de acuerdo al Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH y se debe asegurar la asistencia del recién nacido por el servicio de Pediatría para su control y manejo.

H). Manejo de la embarazada captada en etapas finales del embarazo y sin

Consideraciones generales:(padilla Pérez 2013)

C. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

En el enfoque epidemiológico el estudio es de un grupo de individuos, de sus problemas de salud/enfermedad en su entorno o ambiente externo. El enfoque epidemiológico de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad

de atención por parte de grupos de población específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Además, intenta mejorar la atención para todos pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran; por lo que se puede afirmar que es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. La hipótesis en que se basa el informe de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, mejor se comprenderán las necesidades de atención de la población, favoreciendo la efectividad de las intervenciones (liu, 2012)

El enfoque epidemiológico, incluye una serie de indicadores y subindicadores, dentro de los indicadores se encuentran los siguientes:

a. Persona: El término persona proviene del latín *persōna*, y éste probablemente del etrusco *phersona* (‘máscara del actor’, ‘personaje’), el cual según el Diccionario de la lengua española procede del griego πρόσωπον [*prósôpon*]. El concepto de persona es un concepto principalmente filosófico, que expresa la *singularidad* de cada individuo de la especie humana en contraposición al concepto filosófico de “naturaleza humana” que expresa lo común que hay en ellos. En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia identidad. El ejemplo excluyente suele ser el

hombre, aunque algunos extienden el concepto a otras especies que pueblan este planeta.

El indicador persona incluye los siguientes subindicadores:

i. Edad: con origen en el latín *aeta*, es un vocablo que permite hacer mención

Al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales

ii. Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

Se define la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir el establecimiento de vínculos de este tipo.

Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona. Es importante señalar aquí que

estos son los posibles estados civiles que una persona puede tener para el Estado ya que por ejemplo una persona puede responder que se encuentra ‘en pareja’ ante la pregunta pero si esa pareja no ha sido consumada legalmente en las oficinas del Estado, la misma no cuenta con validez a la hora de realizar diferentes tipos de trámites.

i. Escolaridad: tiempo durante un alumno asiste a la escuela o alguna Institución de enseñanza.

ii. Historia Ginecoobstetrica.

La Obstetricia (del latín *obstare* «estar a la espera») es la ciencia de la salud o especialidad médica que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio[1] (incluyendo la atención del recién nacido) la historia ginecoobstetrica la podemos definir utilizando la siguiente clasificación Gx Px Cx Ax, donde Gx corresponde al número de gestaciones de la gestante (por ejemplo, "G:1" significa "1 gestación"), Px corresponde al número de partos eutócicos (sin complicaciones) y Cx al número de cesáreas de la paciente (por ejemplo, "C:1" significa "1 cesárea"). Ax es el número de abortos de la gestante. Todos estos datos están incluidos en los antecedentes gíneco-obstétricos de la paciente.

v. Inmunización: La inmunización es la administración de un agente a un organismo para generar una respuesta inmune. Si el agente provoca que el organismo lleve a cabo una respuesta inmune se habla de inmunización activa. Si es el propio agente el que aporta la inmunización se habla de inmunización

pasiva. En el primer caso la respuesta es adaptativa y el organismo podrá responder de nuevo al mismo agente. La inmunización es la base de las vacunas frente a patógenos. En salud pública la inmunización ha demostrado ser una actividad de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos.

vi. Estado Nutricional: Estado nutricional es la situación en la que se encuentra Una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

vii. Antecedente Patológico: refiere a las diferentes patologías que ha padecido Un individuo a lo largo de su vida.

viii. Diagnóstico gestacional: La edad gestacional es el término común usado Durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Debe medirse a más tardar en el segundo control prenatal y se divide según el número de semanas gestacionales en: Prematuro extremo si es

menor de 28 semas de gestación, muy prematuro si se encuentra ente 28y 32 SG y prematuro si tiene una edad gestacional comprendida entre 32 y 36 SG, a término de las 37-42 SG y posterior a esta fecha se denomina postermino

ix. Controles Prenatales: Control prenatal es el conjunto de acciones y Procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

x. Diagnóstico al momento de la cesárea: se refiere a la indicación obstétrica Para la evacuación del producto por vía abdominal.

xi. Tipo de cirugía: la cirugía se divide en base a su necesidad en: Cesárea de Urgencia: Es el parto por vía abdominal en trabajo de parto asociado a factores como sufrimiento fetal, cesáreas anteriores, distocias o falta de progreso en el trabajo de parto, presentación pélvica, embarazos múltiples, fetos transversos, pelvis estrecha, hemorragia del tercer trimestre.

Cesárea en curso de parto o de recurso: Se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o

descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (Protocolos de cesarea del hospital clinic de Barcelona, 2009)

Cesárea electiva: Según (Ortega-Medrano, 2013) definen la cesárea electiva como la cesárea que se programa para ser realizada en una fecha determinada, por alguna indicación médica ó a petición materna y que se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

xi. Profilaxis Preoperatorio: La profilaxis antibiótica se ha definido como el uso de antimicrobianos con el fin de prevenir enfermedades causadas por agentes infecciosos sensibles a estos. En cirugía se utiliza específicamente con la finalidad de disminuir las infecciones postoperatorias. Los antibióticos profilácticos se prescriben en el preoperatorio de aquellas cirugías que impliquen un riesgo elevado de infección a nivel de la herida quirúrgica

xii. Categoría del cirujano: Medico Ginecólogo, Médico Residente

xiii. Antecedente de Ruptura de Membranas: se refiere a la condición de las Membranas ovulares al momento de la cesárea, y el tiempo de evolución de la misma en caso de tener membranas ovulares rotas. Ruptura de membranas: Se refiere a la disrupción de las membranas amnióticas, que ocurre antes del inicio del trabajo de parto y cuyo signo es la hidrorrea vaginal (evidenciada en el examen físico ginecológico de la parturienta, como una clara salida de líquido a través del cuello uterino).Evolución-RPM: Se refiere al tiempo transcurrido entre el momento de la RPM y el nacimiento, medido en horas.

a. Índice o tasa de Cesárea: Proporción existente entre las cesáreas realizadas y el total de partos.

b. Índice o tasa de Infección del Sitio quirúrgico: Proporción existente entre las cesáreas realizadas y el total de pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico.

c. Tiempo: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos,

Estableciendo un pasado, un presente y un futuro. El término *tiempo* proviene del latín *tempus*. Como definición general, se entiende al tiempo como la duración de las cosas que se encuentran sujetas al cambio. Sin embargo su significado varía según el punto de vista que se tome y la disciplina en la que sea tratado.

i. Tendencia: La palabra tendencia tiene su origen en el latín. Proviene del Participio tendens, tendentis del verbo tendo, tendere, tetendi, tentum cuyo significado es extender, estirar, tender, tensar, dirigirse a. Este verbo se asocia a la raíz indoeuropea *ten- (extender, estirar). A la raíz verbal se le añade el sufijo -nt-ia que significa cualidad de un agente. Es una corriente o preferencia donde ocurre un evento en un tiempo determinado.

ii. Duración de la cirugía: Tiempo transcurrido en minutos desde el inicio del Procedimiento quirúrgico hasta su finalización.

iii. Jornada: Jornada de trabajo *es* el tiempo en el cual el trabajador debe prestar el servicio prometido. Se divide en Matutina: 7:00 – 13:00, Vespertina: 13: 00- 19:00. Nocturna: 19:00 – 07:00

d. Lugar

Proviene del latín “locus” aludimos al espacio que ocupa un cuerpo. Todos los objetos los ocupan, y los hechos también necesitan de un espacio para ocurrir.

i. Procedencia: Del latín *procedens*, procedencia es el origen de algo o el Principio de donde nace o el lugar de donde deriva.

Lugar de trabajo: es un espacio de terreno limpio y firme donde se realizan

D. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Estudia el problema de salud-enfermedad de un individuo, para lo cual recorre varias fases con sus distintas actuaciones, tratando de responder a las clásicas “preguntas”, qué, cómo y por qué para terminar actuando sobre el problema.

1. Razonamiento clínico: El razonamiento clínico es la médula espinal de la Práctica médica, en él confluyen los tres saberes: conocer, hacer y saber ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integral de los problemas clínicos del paciente. Hay diversas definiciones y enfoques del concepto de razonamiento clínico: Facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos. Algunos autores consideran que es una combinación entre el razonamiento

hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones. (Jaime Claudio Villarroel Salinas1, 2014)

i. Síntomas: es un término con origen en el latín *symptōma* que, a su vez, Procede de un vocablo de la lengua griega. El concepto permite nombrar a la señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro. En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo

ii. Signos: Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente Fiables, y observadas en la exploración médica.

iii. Laboratorio: prueba específica o examen de rutina que nos ayuda al Diagnóstico y manejo de una patología. El cultivo de secreción nos permite conocer el agente patógeno responsable de producir la infección y ayuda a determinar el tratamiento adecuado.

2. Conclusión Diagnóstica: Es el procedimiento por el cual se identifica una Enfermedad, entidad nosológica síndrome a cualquier condición de salud-enfermedad (el estado de salud también se diagnóstica). El diagnóstico es una palabra que tiene su origen etimológico en el griego y más aún en la unión de tres vocablos de dicha lengua. En concreto, es un término que está formado por el prefijo *diag-* que significa “a través de”; la palabra *gnosis* que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo *–tico* que se define como “relativo a”

Por lo tanto, puede decirse que el diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. (Bautista, 2001)

i. Clasificación de ISQ: la infección incisional del sitio quirúrgico la podemos Clasificar en:

La ISQ superficial: se limita a la piel y el tejido adiposo subcutáneo

La ISQ profunda: involucra y/o afecta tejidos blandos más profundos, como los músculos y la fascia.

La ISQ de un *órgano o espacio* afecta al órgano o espacio que fue manipulado durante la intervención quirúrgica.

3. Tratamiento: El origen etimológico del término tratamiento tenemos que dejar patente que este se encuentra en el latín. Así, podemos observar perfectamente que emana de la suma del verbo *tractare*, que puede traducirse como "tratar", y del sufijo *–miento*, que es sinónimo de "instrumento o resultado". El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos. De forma que, según el contexto: es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Tratamiento Médico: consiste en la aplicación de antibiótico de amplio Espectro, por un tiempo determinado, ante una infección.

Tratamiento Quirúrgico: se refiere a los procedimientos realizados como ser Curaciones simples, desbridamiento quirúrgico y drenaje de colecciones

E. INVESTIGACIONES RELACIONADAS.

Lisbeth Angelina Yugcha Mora realizo una investigación en la universidad de Guayaquil Ecuador 2013 sobre la Incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres embarazadas. Hospital “Dra. Matilde hidalgo de procel”. Encontraron que que las pacientes embarazadas con VIH según el grupo de edad el mayor porcentaje corresponde entre 26-29 años que representan el 44%; seguidas por los 18-21 años de edad que representan el 30%; entre 22-25 años representan el 11%; 34-37 años representan el 7%;entre 30-33 años representan el 4%; y entre 38-41 años representan el 4%. las pacientes embarazadas con VIH su estado civil con mayor porcentaje se encuentra en unión libre representan el 63%, solteras representan el 26%; casadas representan el 11%; divorciadas y viudas representan el 0%. Que las pacientes según el nivel de educación secundaria representan el 63%; primaria representa el 29%; nivel superior y ningún nivel representa el 4%. Y con respecto al inicio de vida sexual lo iniciaron representan el 63%; primaria representa el 29%; nivel superior y ningún nivel representa el 4%.y la ocupación de las pacientes ama de casa representan el 74%; comerciante representan el 18%; estudiante y otra ocupación representa el 4%. Y con respecto al número de parejas sexuales mayor porcentaje las mujeres que tienen 2 parejas

sexuales que representan el 37%; seguidas por las que tienen 1 pareja sexual que representa el 33%; 3 parejas sexuales que representan el 15%; 4 parejas sexuales que representan el 7%; 5 parejas sexuales que representan el 4% y 8 parejas sexuales que representan el 4%. Y la edad gestacional en la que fueron captadas se encontró que que cuya edad gestacional con un mayor porcentaje se encuentra en el III trimestre que representa el 63%; en el I trimestre representa el 30% y el II trimestre representa el 7%. Y los controles prenatales a los que asistieron se distribuyó de la siguiente forma mayor controles prenatales se realizaron fueron entre 5-6 controles que representan el 41%;entre 3-4 representan el 26%; entre 7-8 representan el 15% entre 1-2 representan el 11%; y entre 9-10 representan el 7%. Y el diagnostico de VIH que corresponde al mayor porcentaje fueron las que le diagnosticaron la infección durante este embarazo que representa el 85% y las que le diagnosticaron antes del embarazo representan el 15% y el tratamiento antirretroviral en el embarazo determinaron que pertenecen al mayor porcentaje las que iniciaron su tratamiento antirretroviral en el I trimestre de embarazo representan el 56%; II trimestre representan el 26% y en el III trimestre representan el 18%.(yugscha) (Mora, 2013)

Sánchez y colaboradores en un estudio realizado en lima los años 1996 /1997 encontraron que el 1% de gestantes evaluadas durante su control phrenatal eran VIH positivas, mientras que otro estudio de corte transversal en 12436

mujeres embarazadas en el instituto materno perinatal reporto una prevalencia de infección por VIH en adolescentes del 0.5%

En Cuba desde que se empezaron a detectar epidemiológicamente los casos VIH + en el país a partir del Primero de enero de 1986 al 31 de diciembre de 1999, se han reportado 2 686 casos seropositivos al VIH (2 049 masculinos y 637 femeninos), de ellos desarrollaron el SIDA 1 004 y han fallecido 695 por SIDA. En este período nacieron 64 niños, hijos de 62 madres seropositivas al VIH (tabla 1) de un total de 637 mujeres seropositivas al VIH/SIDA

Detectadas en el país. Hay 2 madres que han parido en 2 ocasiones para 64 (10,04 %) de 637.

Recomendaciones para el parto y profilaxis del recién nacido expuesto

Las recomendaciones durante el parto van dirigidas a decidir sobre la realización de la cesárea, la prevención del parto pretérmino, la reducción del tiempo entre la ruptura prematura de membranas y el parto a menos de 4 horas y a minimizar la exposición fetal a la sangre materna.

En todos los casos se deben ajustar las decisiones según las condiciones de cada paciente, sin embargo, con una carga viral reciente mayor de 1.000 copias puede estar indicada la cesárea, por la evidencia de la disminución de la probabilidad de transmisión durante el parto.46-49 Por esta razón se recomienda realizar una carga viral a las 34-36 semanas de gestación.

Cuando las cargas virales son menores de 1.000 copias/mm3 y la gestante recibe tratamiento, no ha sido posible determinar la utilidad de la cesárea en comparación con el parto vaginal, dada la probabilidad de transmisión con esta carga viral, menor de 2%.

Es de resaltar que en mujeres no infectadas con VIH, el riesgo de complicaciones y muertes post-cesárea es 6 a 7 veces mayor que post-parto vaginal; 50 sin embargo datos recientes, en mujeres infectadas con VIH, no identificaron un riesgo mayor. Para disminuir este riesgo se recomienda el tratamiento de la vaginosis o la cérvico-vaginitis bacteriana o bien, el uso de antibióticos profilácticos.

En la decisión de realizar una cesárea se debe considerar el acceso, la adherencia y el tipo de terapia anti-retroviral, el antecedente de control prenatal adecuado, eficacia en la disminución de la carga viral y edad gestacional a la captación. La programación de la cesárea debe hacerse para la semana 38, para disminuir la posibilidad de inicio de trabajo de parto o de ruptura prematura de membranas, aunque debe preverse un aumento en el riesgo de dificultad respiratoria en el recién nacido.

En el caso que se opte por parto vaginal, de todas maneras se debe asegurar la aplicación endovenosa de ZDV, o tan pronto se diagnostique ruptura prematura de membranas. Deben evitarse la amniotomía, uso de electrodos en el cuero cabelludo fetal, toma de muestras de sangre de cuero cabelludo fetal, uso de

instrumentos para asistir el parto (espátulas o fórceps) y otros procedimientos que causen trauma en el niño. La no realización de episiotomía podría disminuir la exposición del niño a la sangre materna. La ruptura prematura de membranas de más de 4 horas de evolución, dobla el riesgo de transmisión intra-parto.

El midazolam y preparaciones con ergotamina no deben usarse en pacientes que reciben inhibidores de la proteasa (nelfinavir) o efavirenz, por interferencia entre medicamentos. El niño debe ser limpiado y bañado antes de aplicar inyecciones (p.ej. vitamina K), tomar muestras o realizar otro tipo de procedimiento invasivo. (Orozco, 2012) (Baque., 2013) (Sanchez, 2003)

CAPITULO III: METODOLOGÍA

A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: Se hace énfasis en la medición numérica y análisis estadístico

(Sampieri Fernández Baptista, 2010)

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas.

Kerlinger (1985) lo define como “una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido porque son inherentementes no manipulables ”

La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Se detallan ordenadamente las características, propiedades, cualidades y atributos del problema sin tratar de determinar relación, asociación o causalidad.

D. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población o Universo

Selltiz (1974) la define como el conjunto de todos los casos que concuerdan como una serie de especificaciones.

La población de estudio fue constituida por 64 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA y embarazo que asistieron a la consulta externa de alto riesgo y el SAI del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas en el período comprendido entre enero 2015 y diciembre 2015, los datos necesarios para el desarrollo de la investigación se recolectaron mediante la revision de las historias clinicas.

2. Unidad de análisis: “Quienes van hacer medidos ” (Sampieri, Fernandez Baptista, 2010)

La unidad de análisis fue constituida por las pacientes.

3. Método de muestreo

Probabilístico, porque todos los casos tenían la misma probabilidad de participar en la investigación.

4. Criterios de inclusión

Paciente con diagnóstico de VIH y embarazo que asistieron a la consulta externa de alto riesgo del Hospital Dr Mario Catarino Rivas en el período comprendido de enero 2015 a diciembre del 2015.

5. Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas.

E. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

TABLA 5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

variables	Definición teórica	Definición operacional	dimensiones	Indicadores
Características epidemiologicas	Se refiere a las características de las personas como ser edad, sexo, raza, nivel de instrucción, situación económica o condiciones genéticas. Pueden agrupar diferente nivel de daño en algunas poblaciones.	Índice sumativo de los indicadores de la variable caracteristicas epidemiologicas	persona	a) Edad b) procedencia c) Raza d) Escolaridad e) Estado civil f) Religión g) Nivel socioeconómico h) Ocupación i) Numero parejas sexuales j) Uso de drogas - Alcohol - Marihuana - Cocaína - Otros

				k) HGO l) Semanas gestacionales m) Numero controles prenatales n) Estado inmunológico(nivel cd4) o) Estado nutricional IMC p) Enfermedades oportunistas q) Hospitalizaciones r) Diagnósticos s) Estado del cónyuge t) Indecentes personales patológicos
			Lugar	A) Procedencia
			tiempo	a) tiempo de ser seropositiva b) tiempo de tomar

				ARV c) tiempo de hospitalizaciones d) tendencia num controles cada mes

F. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Método de recolección

Se utilizó la encuesta que es un “procedimiento que consiste en hacer las mismas preguntas a la población en estudio obteniéndose información sobre un hecho de interés a través de la interrogación escrita” (Zacarias Ortez, 2001)

2. Técnica de recolección

La técnica de la encuesta es el cuestionario, es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación (Zacarias Ortes, 2001)

3. Instrumento de recolección

Es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que ésta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación (Zacarias Ortes, 2001)

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 23 preguntas: 14 preguntas abiertas y 9 preguntas categorizadas

Las variables y sus dimensiones se midieron de la siguiente manera:

Dimensiones de persona: preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 19, 10, 11, 12, 13,14, 15, 16, 17, 18

Dimensión lugar: pregunta 19

Dimensión tiempo: preguntas 20, 21, 22, 23.

4. Validez del instrumento:

Es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernandez Sampieri, 2010).

Se determinó la evidencia relacionada con la validez de contenido, que es el grado en que la medición representa el concepto medido, mediante el juicio de expertos que evaluaron y analizaron las preguntas del cuestionario, basándose en una matríz de adecuación que contiene los criterios:

a. Induce a una respuesta determinada
b. Sencillez en la redacción
c. Ambigüedad
d. Relación con el tema
e. Claridad
f. Adaptada al contexto de aplicación

Sin propuesta de cambios por parte de los jueces, el instrumento antes de su aplicación fue aprobado por el asesor metodológico.

5. Confiabilidad

Se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernandez Sampieri, 2010). Se determinó la confiabilidad en relación con el calificador, donde dos expertos calificaron los resultados obtenidos y se calculó la proporción de coincidencia entre ambos observadores que fue de 0.85

G. PLAN DE ANÁLISIS

1. Procesamiento de los datos

Los datos recolectores se organizaron, clasificaron y resumieron mediante una base de datos que se construyó con el programa estadístico SPSS versión 18.0

2. Presentación de los datos

Los datos se presentan en de tablas de distribución de frecuencias y gráficos: para las variables cualitativas gráficos circulares y para las variables cuantitativas gráficos de barra.

3. Análisis e interpretación de la información

Se utilizaron medidas de resumen estadístico para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

a. Para las variables cualitativas: medidas de frecuencia como el porcentaje y una medida de tendencia central (moda).

b. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).

CAPITULO IV CONSIDERACIONES ETICAS

A. PRINCIPIOS ETICOS

Como toda investigación en seres humanos esta se realizó de acuerdo con tres principios éticos fundamentales

Como toda investigación en seres humanos esta se realizó de acuerdo con tres

1. Respeto por la dignidad humana

La dignidad humana es el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado...sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona. Nuestras ideas, con el único límite del respeto a la dignidad de los demás

2. Beneficencia

Del latín beneficencia, la beneficencia es la virtud de hacer bien. Quien practica la beneficencia se denomina benefactor

3. Justicia

(Del latín *iustitĭa*), que, a su vez, viene de *ius* — derecho — y significa en su acepción propia «lo justo», tiene varias acepciones en el Diccionario de la lengua española, más conocido como DRAE. La primera dice que la justicia es un «*Principio moral que lleva a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece*»; también viene definida en segundo lugar como «*Derecho, razón, equidad*»;

B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN Categoría I (sin riesgo): se trata de una investigación observacional en la que no se realiza ninguna manipulación o intervención de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participantes.

CAPITULO V: RESULTADOS

A. DESCRIPCION DE LA POBLACION

La población objeto de estudio fue de 64 pacientes con diagnóstico de embarazo más infección de VIH, atendidas en la consulta externa de alto riesgo del hospital Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula, durante el periodo comprendido entre enero del 2014 a mayo del 2016, que presentan las siguientes resultados:

1. Prevalencia:

P = # de casos del período / Total de pacientes X 100

P = 64 / 2804 X 100

P = 2.28 %

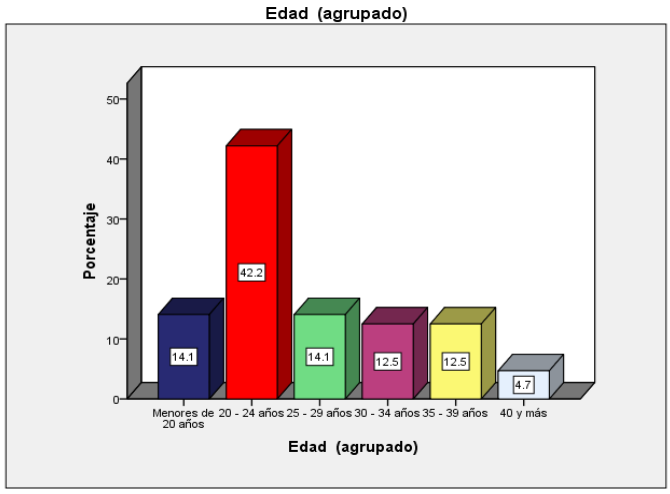
2. Dimensión Persona

a) Edad de las pacientes:

Tabla 6 Edad de las pacientes

N	Válidos	64
	Perdidos	0
Media		25.95
Mediana		24.00
Moda		20
Desv. típ.		7.007
Rango		28
Mínimo		15
Máximo		43

GRAFICO 1 Edad de las Pacientes



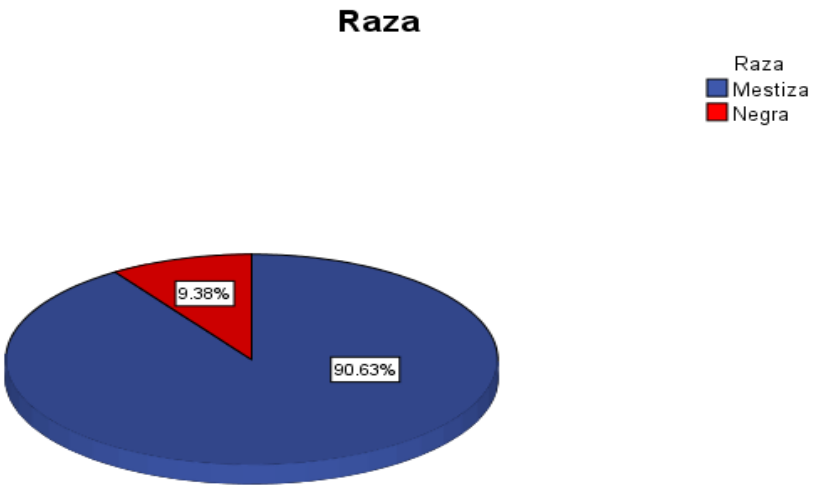
La edad más frecuente fue 20 años, el promedio de edad es de 26 ± 7 años, la paciente con mayor edad tenía 43 años, la de menor edad 15 años, el 50% más joven tenía menos de 24 años.

b) Raza

Tabla 7 Raza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mestiza	58	90.6	90.6	90.6
	Negra	6	9.4	9.4	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 2 Raza



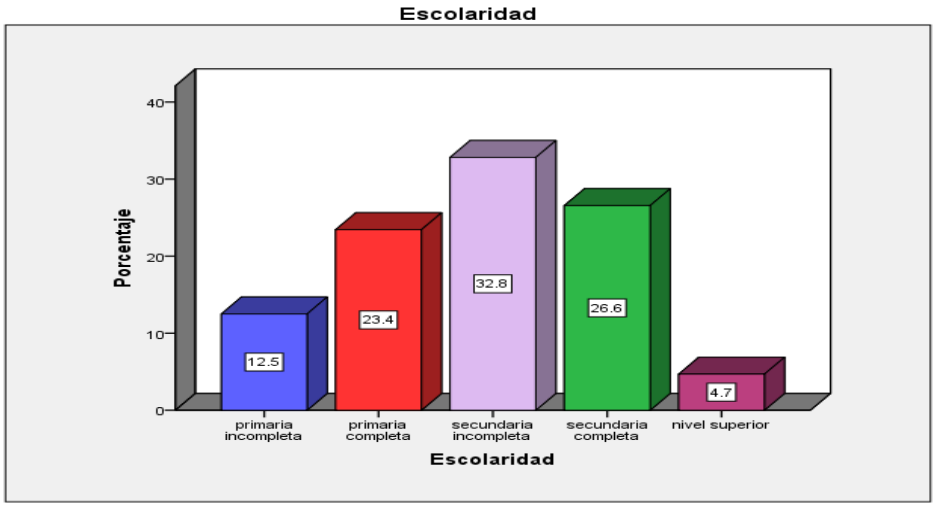
La raza más frecuente fue la mestiza (91%).

c) Escolaridad

Tabla 8 Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	primaria incompleta	8	12.5	12.5	12.5
	primaria completa	15	23.4	23.4	35.9
	secundaria incompleta	21	32.8	32.8	68.8
	secundaria completa	17	26.6	26.6	95.3
	nivel superior	3	4.7	4.7	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 3 Escolaridad



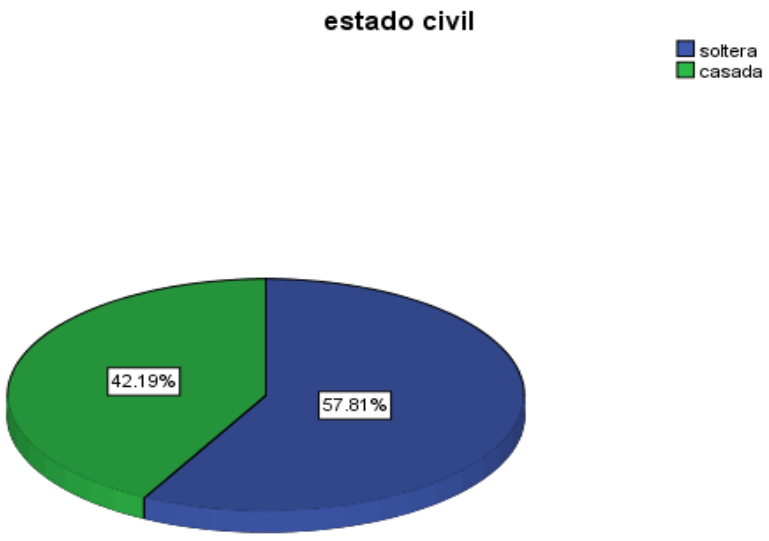
La escolaridad mas frecuente fue secundaria incompleta (33%). Seguida de secundaria completa (27%)

d) Estado civil

Tabla 9 Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	37	57.8	57.8	57.8
	Casada	27	42.2	42.2	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 4 Estado civil



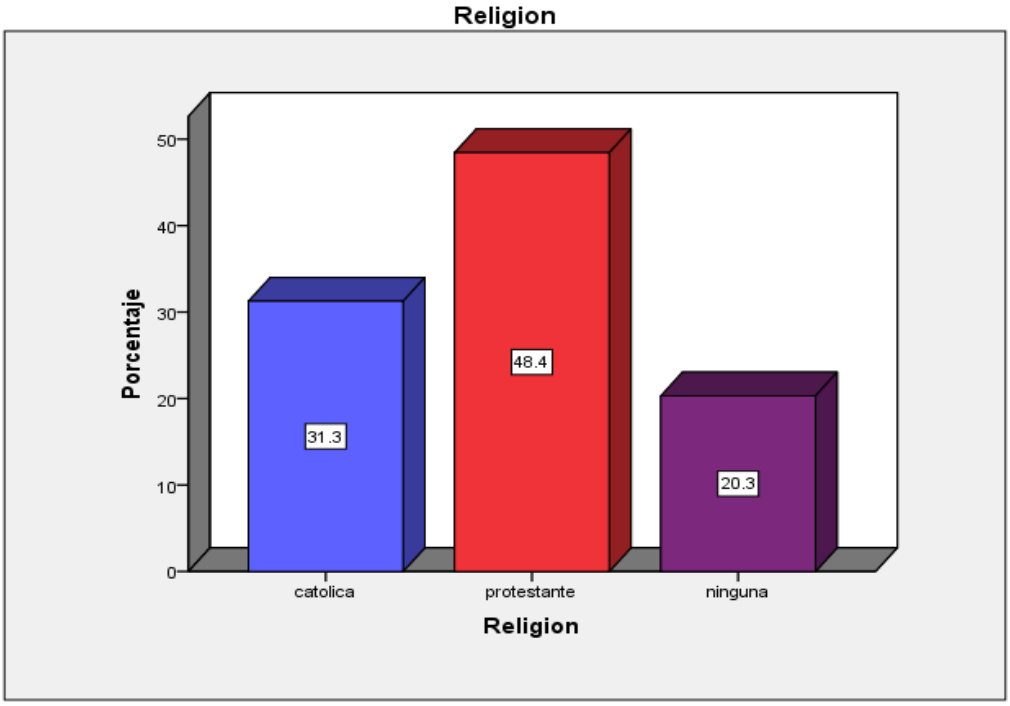
El estado civil que más predomino fue casada (58%).

e) Religión

Tabla 10 Religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	20	31.3	31.3	31.3
	Protestante	31	48.4	48.4	79.7
	Ninguna	13	20.3	20.3	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 5 Religión



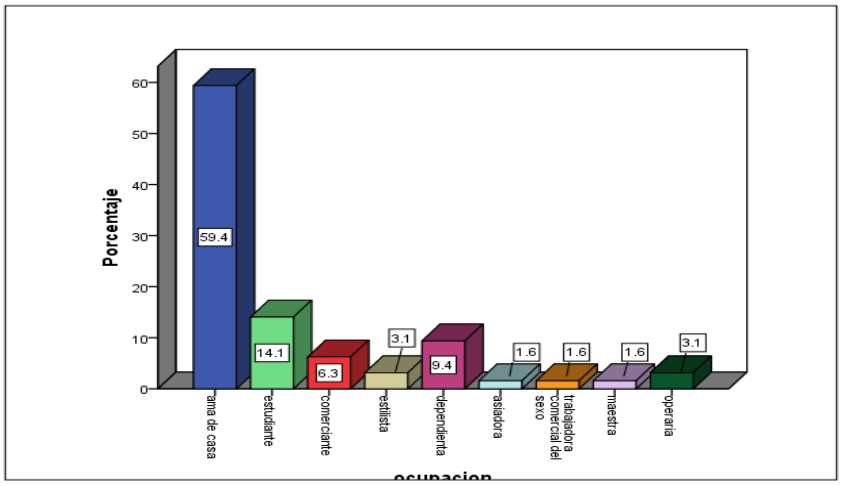
La religión que más predomino fue la protestante (48%), el 20% no pertenece a ninguna religión.

f) Ocupación

Tabla 11 ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ama de casa	38	59.4	59.4	59.4
	Estudiante	9	14.1	14.1	73.4
	Comerciante	4	6.3	6.3	79.7
	Estilista	2	3.1	3.1	82.8
	Dependienta	6	9.4	9.4	92.2
	Asiadora	1	1.6	1.6	93.8
	trabajadora comercial del sexo	1	1.6	1.6	95.3
	Maestra	1	1.6	1.6	96.9
	Operaria	2	3.1	3.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 6 Ocupación



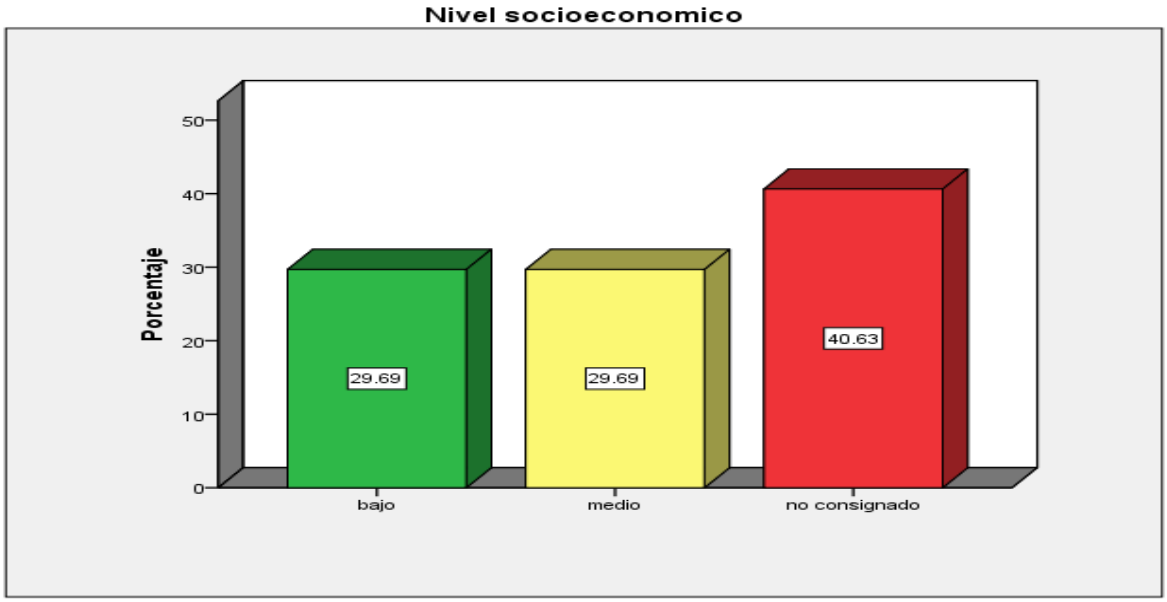
La ocupación mas frecuente fue ama de casa (59%), seguido de estudiantes (14%) y operaria (9%

g) Nivel socioeconómico

Tabla 12 Nivel socioeconómico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	19	29.7	29.7	29.7
	Medio	19	29.7	29.7	59.4
	no consignado	26	40.6	40.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 7 Nivel socioeconómico



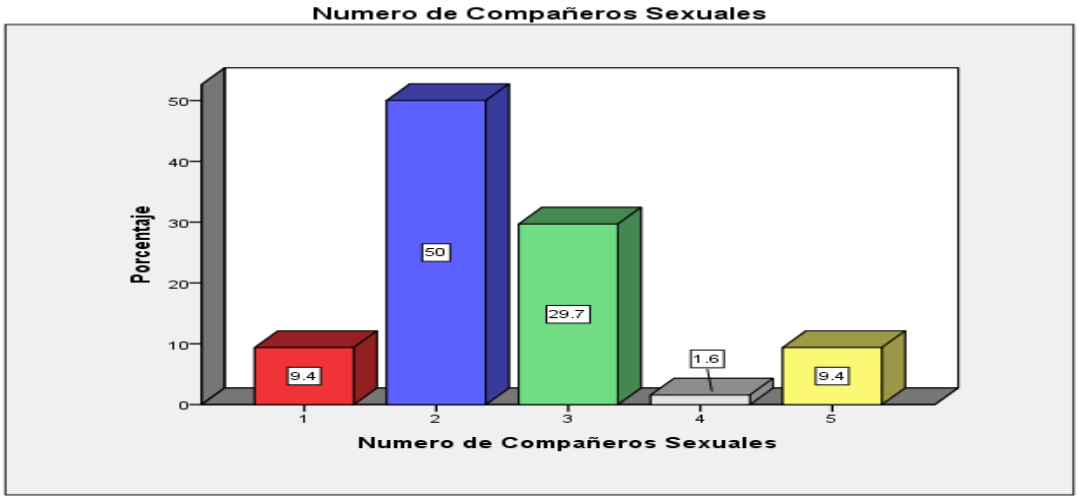
El nivel socioeconómico de las pacientes era medio y bajo (30%)

h) Numero de compañeros sexuales

Tabla 13 Numero de compañeros sexuales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	6	9.4	9.4	9.4
	2	32	50.0	50.0	59.4
	3	19	29.7	29.7	89.1
	4	1	1.6	1.6	90.6
	5	6	9.4	9.4	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 8 Numero de compañeros sexuales



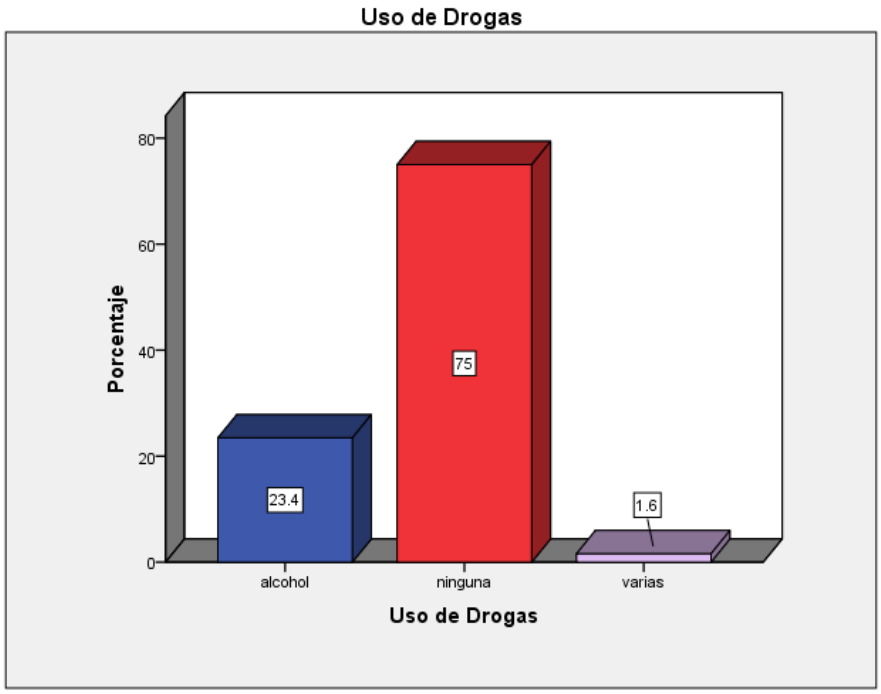
El 50% de las pacientes ha tenido dos compañeros sexuales, más del 40% de las pacientes ha tenido tres o más compañeros sexuales

i) uso de drogas

Tabla 14 Uso de drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	15	23.4	23.4	23.4
	ninguna	48	75.0	75.0	98.4
	Varias	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 9 Uso de drogas



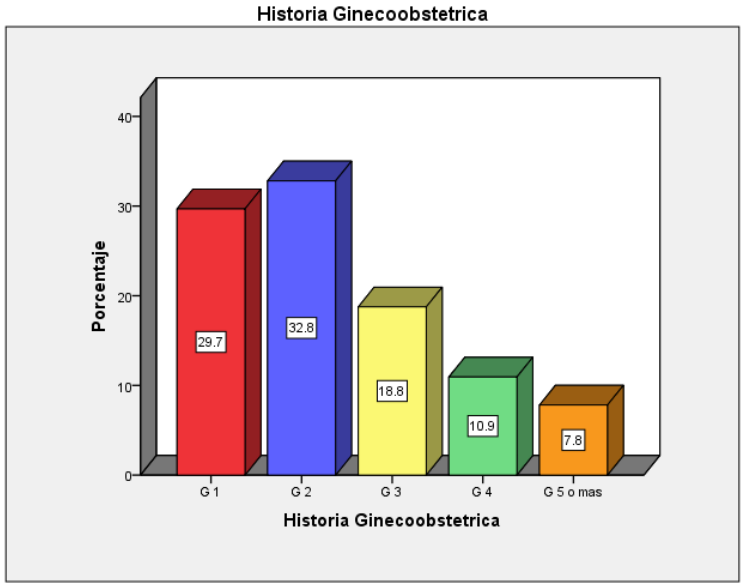
El 23% de las pacientes consumía alcohol, y el 1.6% otras drogas (marihuana, cocaína y heroína.

j) Historia Ginecoobstetrica

Tabla 15 historia Ginecoobstetrica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	G 1	19	29.7	29.7	29.7
	G 2	21	32.8	32.8	62.5
	G 3	12	18.8	18.8	81.3
	G 4	7	10.9	10.9	92.2
	G 5 o mas	5	7.8	7.8	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 10 Historia Ginecoobstetrica



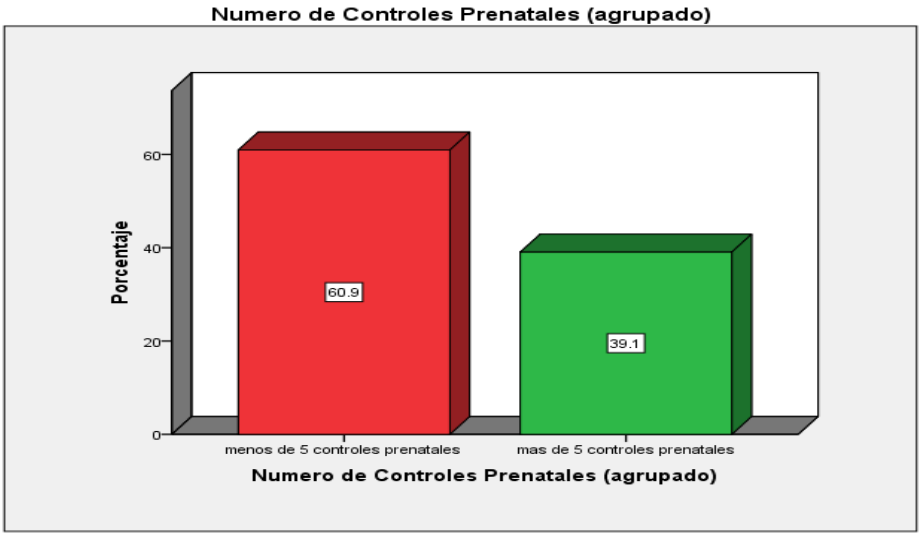
El 33% de las pacientes era secundigesta el 30% primigesta y el 38% multíparas.

k) Número de controles prenatales

Tabla 16 Número de controles prenatales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 5 controles prenatales	39	58.2	60.9	60.9
	más de 5 controles prenatales	25	37.3	39.1	100.0
	Total	64	95.5	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.5		
Total		67	100.0		

GRAFICO 11 Número de controles prenatales



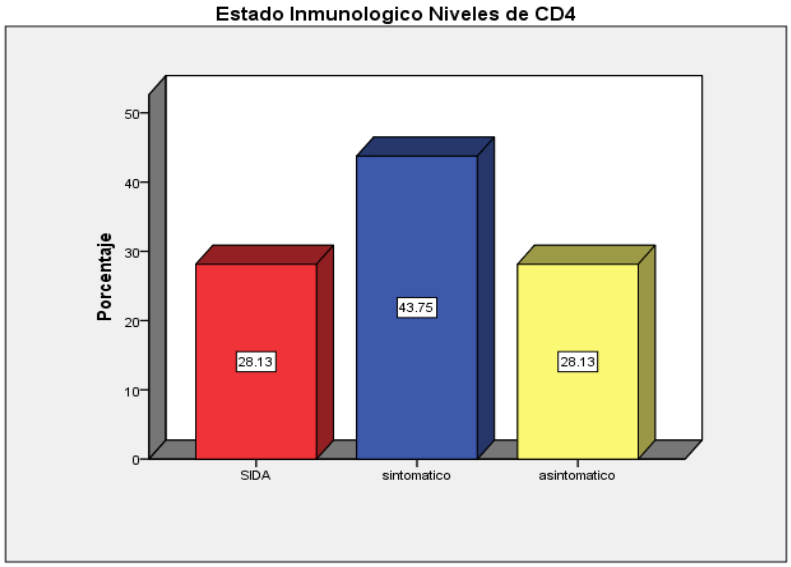
La mayoría de las pacientes asistió a menos de cinco controles prenatales (61%).

l) Estado inmunológico

Tabla 17 estado inmunológico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIDA	18	26.9	28.1	28.1
	Sintomático	28	41.8	43.8	71.9
	Asintomático	18	26.9	28.1	100.0
	Total	64	95.5	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.5		
Total		67	100.0		

GRAFICO 12 Estado inmunológico niveles de CD4



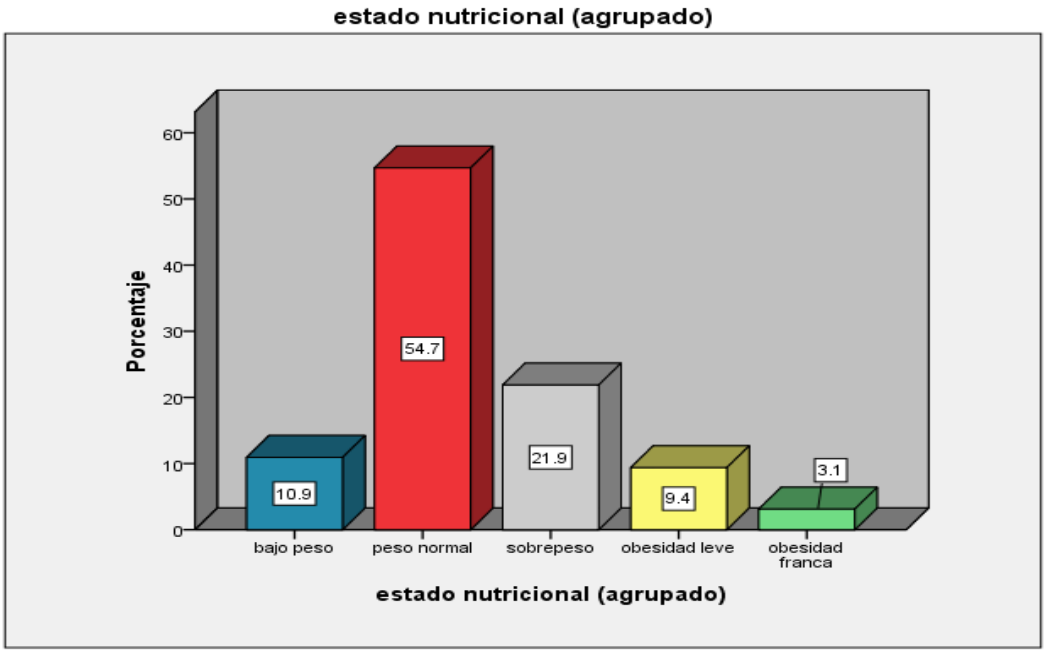
El 43% de las pacientes estaban en la categoría clínica de sintomático, seguido de asintomática y SIDA en un 28%.

m) Estado nutricional

Tabla 18 Estado nutricional

N	Válidos	64
	Perdidos	3
Media		23.89
Mediana		22.00
Moda		22
Desv. típ.		5.161
Mínimo		17
Máximo		40

GRAFICO 13 Estado nutricional



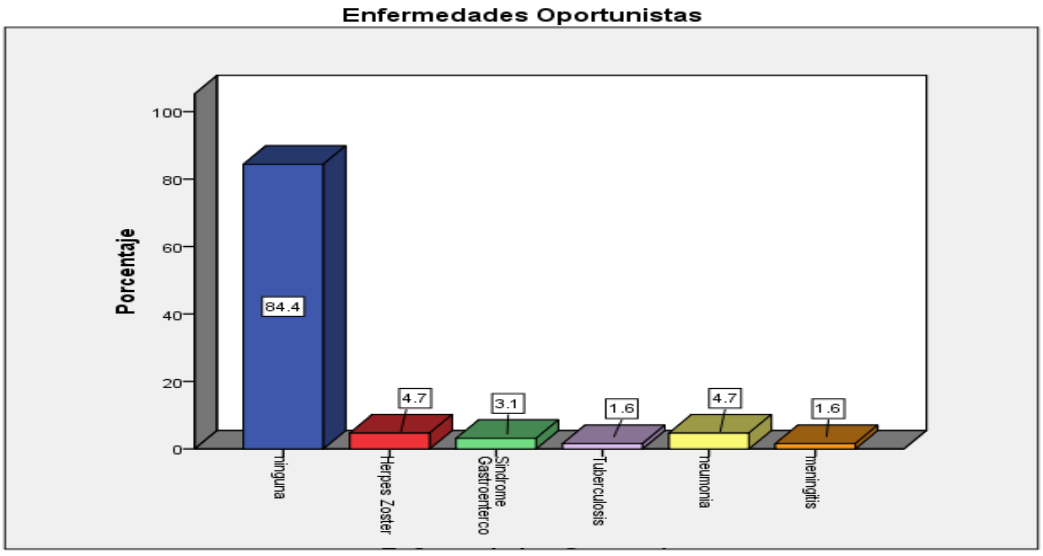
El 55% de las pacientes tenían peso normal, el 22% tenía sobrepeso, solo el 11% estaban con bajo peso

n) enfermedades oportunistas

Tabla 19 Enfermedades oportunistas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	54	84.4	84.4	84.4
	Herpes Zoster	3	4.7	4.7	89.1
	Síndrome Gastroenterico	2	3.1	3.1	92.2
	Tuberculosis	1	1.6	1.6	93.8
	Neumonía	3	4.7	4.7	98.4
	Meningitis	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 14 Enfermedades oportunistas



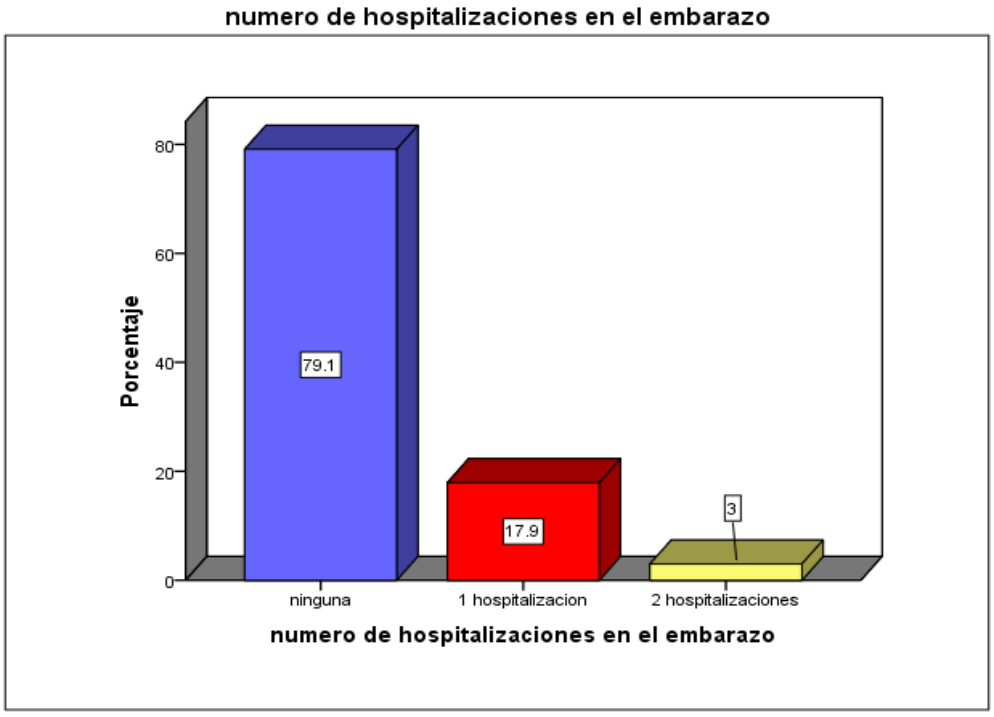
Las enfermedades oportunistas que se presentaron con mayor frecuencia fueron neumonía (5%), y herpes zoster (5%)

o) Numero de Hospitalizaciones

Tabla 20 Numero de hospitalizaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	8	12.5	12.5	12.5
	1 hospitalización	54	84.4	84.4	96.9
	2 hospitalizaciones	2	3.1	3.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 15 Numero de hospitalizaciones en el embarazo



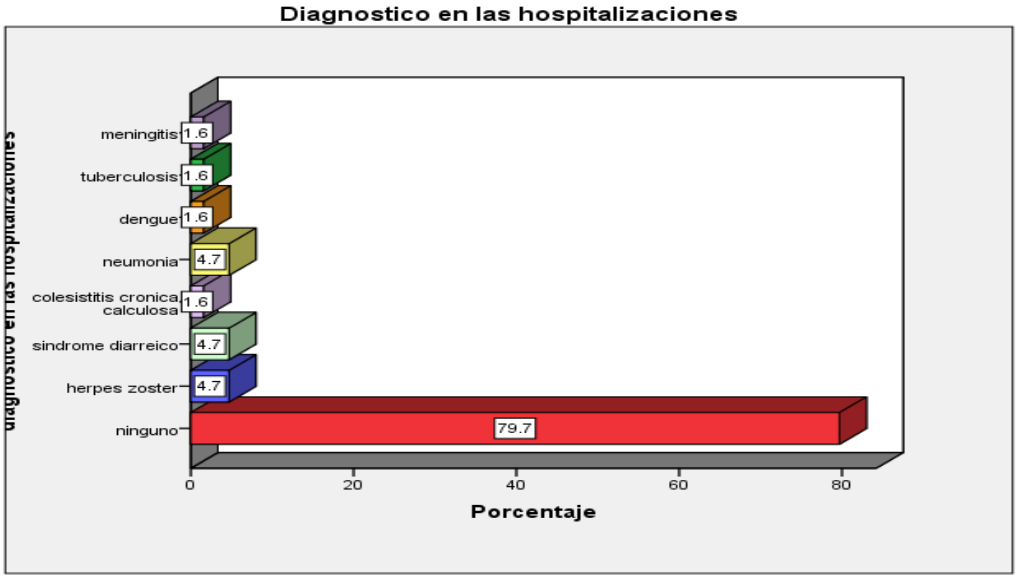
Solo el 18% de las pacientes fueron hospitalizadas durante el embarazo.

p) Diagnóstico de las Hospitalizaciones

Tabla 21 Diagnostico de las hospitalizaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	51	79.7	79.7	79.7
	herpes zoster	3	4.7	4.7	84.4
	síndrome diarreico	3	4.7	4.7	89.1
	colecistitis crónica calculosa	1	1.6	1.6	90.6
	Neumonía	3	4.7	4.7	95.3
	Dengue	1	1.6	1.6	96.9
	Tuberculosis	1	1.6	1.6	98.4
	Meningitis	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 16 Diagnostico en las hospitalizaciones



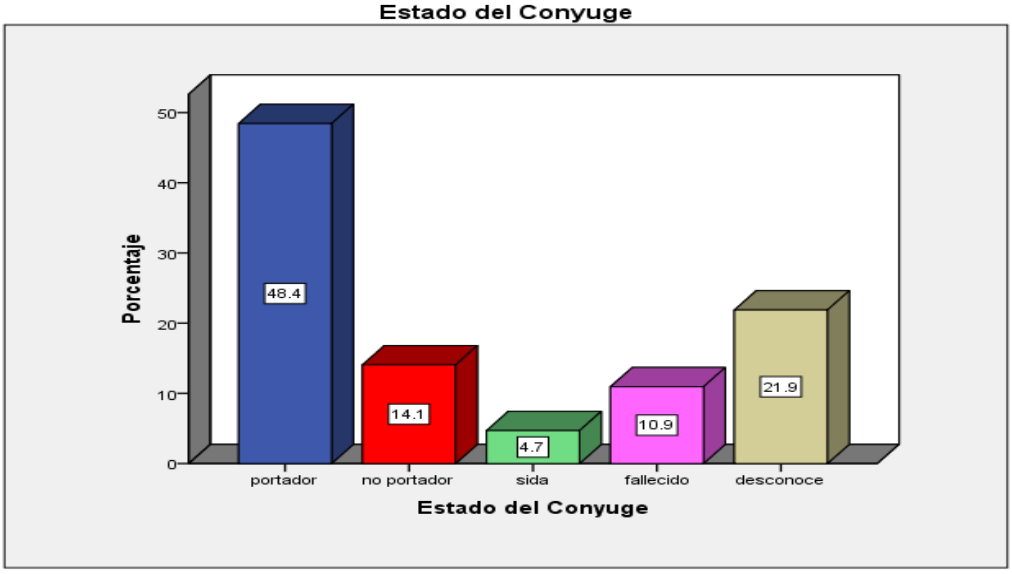
El diagnostico durante las hospitalizaciones que más predomino fue herpes Zoster (5%), síndrome gastroenterico (5%) y neumonía (5%).

q) Estado del Cónyuge

Tabla 22 Estado del cónyuge

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Portador	31	48.4	48.4	48.4
	no portador	9	14.1	14.1	62.5
	Sida	3	4.7	4.7	67.2
	Fallecido	7	10.9	10.9	78.1
	desconoce	14	21.9	21.9	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 17 Estado del cónyuge



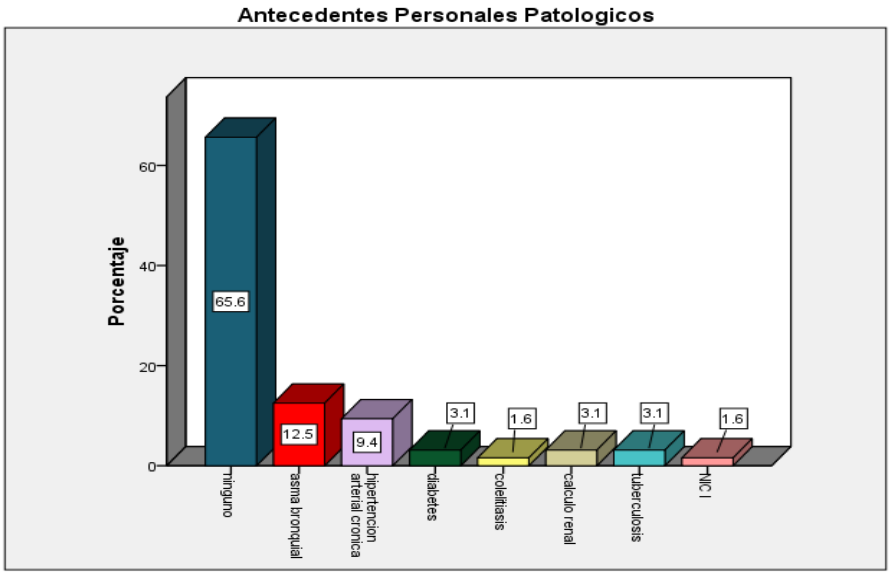
El estado del cónyuge que más predomino fue portador (48%), 11% fallecido, 14% no portador y el 22% desconoce.

r) Antecedentes personales Patológicos

Tabla 23 Antecedentes personales patológicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	42	65.6	65.6	65.6
	asma bronquial	8	12.5	12.5	78.1
	hipertensión arterial crónica	6	9.4	9.4	87.5
	Diabetes	2	3.1	3.1	90.6
	Colelitiasis	1	1.6	1.6	92.2
	calculo renal	2	3.1	3.1	95.3
	Tuberculosis	2	3.1	3.1	98.4
	NIC I	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

GRAFICO 18 Antecedentes personales patológicos



El 13% tenía el antecedente patológico de asma bronquial, 9% hipertensión arterial crónica, 3% diabetes, litiasis renal, tuberculosis, 1% con NIC I

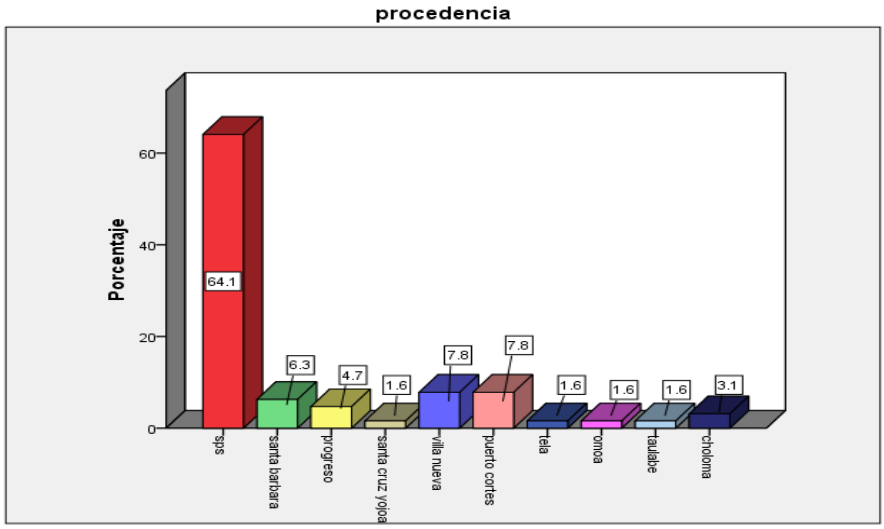
2. Dimensión-Lugar

a) Procedencia

Tabla 24 Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sps	41	61.2	64.1	64.1
	santa bárbara	4	6.0	6.3	70.3
	Progreso	3	4.5	4.7	75.0
	santa cruz yojoa	1	1.5	1.6	76.6
	villa nueva	5	7.5	7.8	84.4
	puerto cortes	5	7.5	7.8	92.2
	Tela	1	1.5	1.6	93.8
	Omoa	1	1.5	1.6	95.3
	Taulabe	1	1.5	1.6	96.9
	Choloma	2	3.0	3.1	100.0
	Total	64	95.5	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.5		
Total		67	100.0		

GRAFICO 19 Procedencia



La procedencia de las pacientes más frecuente fue San Pedro Sula (64 %), seguida de Villanueva (8 %) Puerto Cortés (8 %).

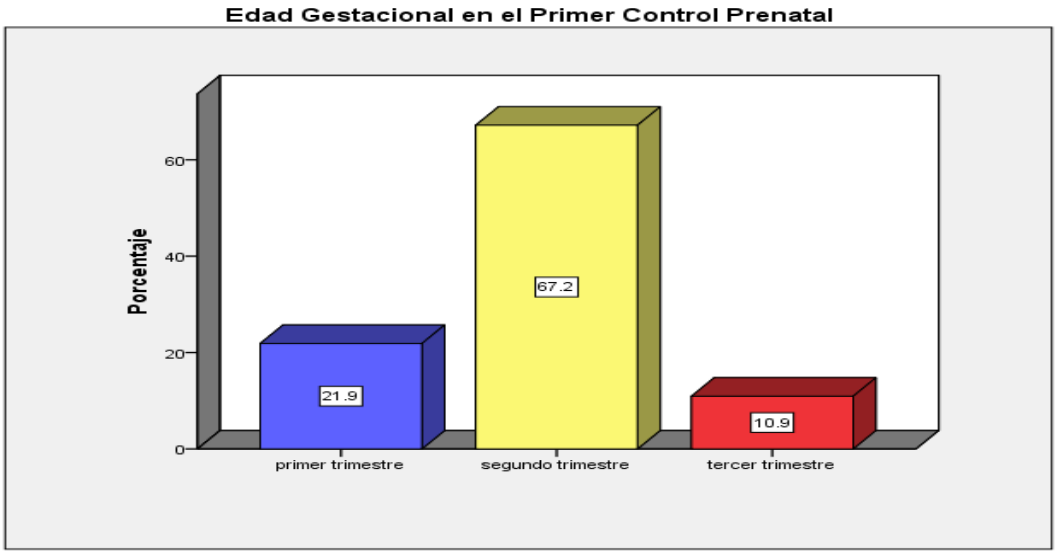
3. Dimensión-Tiempo

a) Edad gestacional en el primer control prenatal

Tabla 25 Edad Gestacional primer control prenatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	primer trimestre	14	20.9	21.9	21.9
	segundo trimestre	43	64.2	67.2	89.1
	tercer trimestre	7	10.4	10.9	100.0
	Total	64	95.5	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.5		
Total		67	100.0		

GRAFICO 20 Edad gestacional en el primer control prenatal



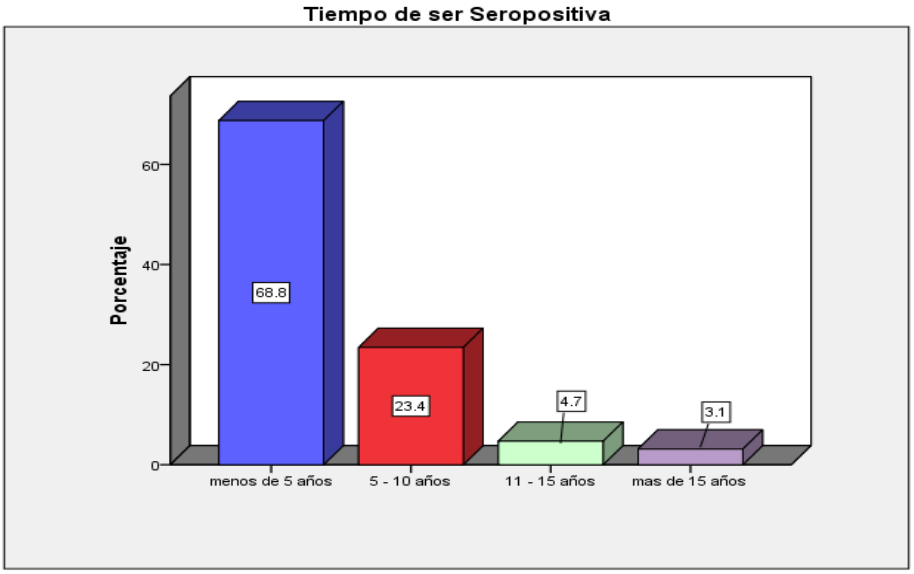
La mayoría de las pacientes se presentaron a la primera cita del control prenatal durante el segundo trimestre (67%), 22% en el primer trimestre y el 11% hasta el tercer trimestre.

b) Tiempo de ser Seropositiva

Tabla 26 Tiempo de ser seropositiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 5 años	44	65.7	68.8	68.8
	5 - 10 años	15	22.4	23.4	92.2
	11 - 15 años	3	4.5	4.7	96.9
	más de 15 años	2	3.0	3.1	100.0
	Total	64	95.5	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.5		
Total		67	100.0		

GRAFICO 21 Tiempo de ser seropositiva



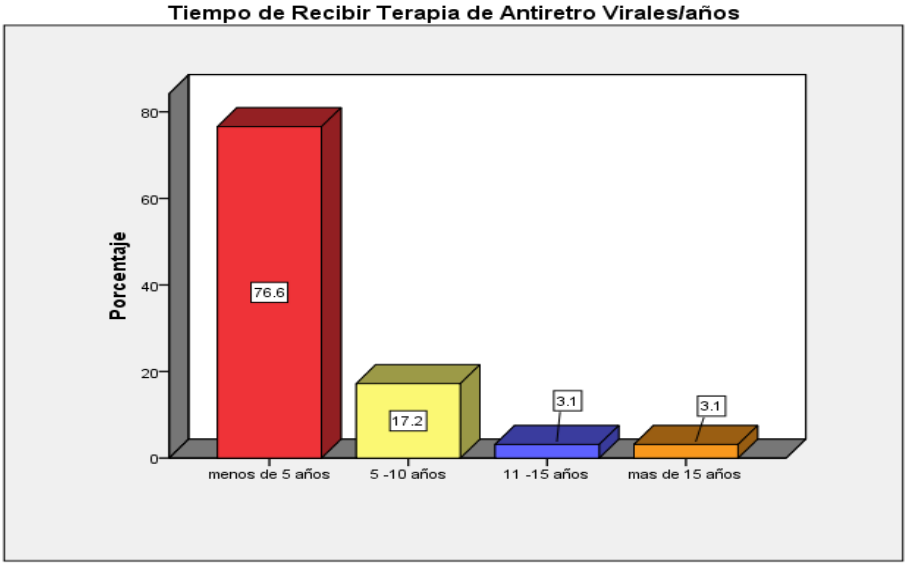
El 60% de las pacientes tenía menos de 5 años de ser seropositiva, 23% de cinco a diez años, 4% de once a quince años y 3% más de quince años.

c) Tiempo de recibir terapia antiretroviral

Tabla 27 Tiempo de recibir terapia antiretroviral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 5 años	49	73.1	76.6	76.6
	5 -10 años	11	16.4	17.2	93.8
	11 -15 años	2	3.0	3.1	96.9
	más de 15 años	2	3.0	3.1	100.0
	Total	64	95.5	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.5		
Total		67	100.0		

GRAFICO 22 Tiempo de recibir terapia antiretroviral



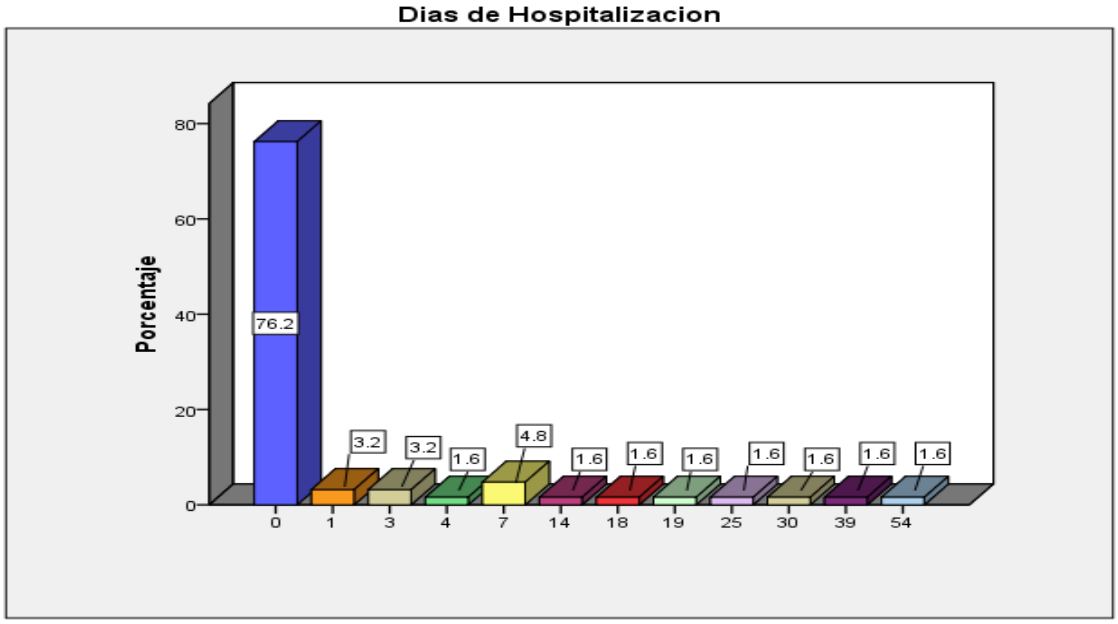
El 77% de las pacientes tenía menos de cinco años de recibir terapia antiretroviral, 17% de cinco a diez años, 3% de once a quince años y 3% más de quince años

d) Días de Hospitalización

Tabla 28 Días de hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	48	71.6	76.2	76.2
	1	2	3.0	3.2	79.4
	3	2	3.0	3.2	82.5
	4	1	1.5	1.6	84.1
	7	3	4.5	4.8	88.9
	14	1	1.5	1.6	90.5
	18	1	1.5	1.6	92.1
	19	1	1.5	1.6	93.7
	25	1	1.5	1.6	95.2
	30	1	1.5	1.6	96.8
	39	1	1.5	1.6	98.4
	54	1	1.5	1.6	100.0
	Total	63	94.0	100.0	
Perdidos	Sistema	4	6.0		
Total		67	100.0		

GRAFICO 23 días de hospitalización



El 24% de las pacientes estuvo hospitalizado, el máximo de días de hospitalización fueron 54 y el mínimo un día.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El análisis de la situación actual de la infección por VIH en Honduras demuestra la presencia de un problema de salud pública de características pandémicas, que se ha extendido en el territorio nacional, y experimenta un proceso acelerado que involucra a todos los sectores más pobres de la sociedad.

En la mujer con la infección por el VIH, el embarazo constituye uno de los momentos más críticos por lo que se deben tomar todas las acciones y poner todo el esfuerzo posible para que tanto la madre como el feto gocen del pleno bienestar y salud. La secretaria de salud de Honduras tiene como objetivo estandarizar conceptos y manejos antes durante y después del embarazo, brindando un enfoque unificado para la prevención de la transmisión vertical para disminuir los casos de infección pediátrica por VIH. Construyendo un programa nacional de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo o hija.

Según las normas de VIH y embarazo de la secretaria de salud del año 2007, refieren que en 1996 en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, se realizó una investigación sobre VIH Y embarazo que reporto una prevalencia de VIH de 0.5% y una tasa de 36% de transmisión vertical; Comparando estos resultados con los hallazgos de este estudio se puede observar que la prevalencia de VIH y embarazo en el hospital Dr. Mario Catarino Rivas es superior encontrando 2.8%.

Con respecto a las características epidemiológicas de las pacientes embarazadas portadoras de VIH, Mendoza (2014) realizó una investigación en la sala de maternidad del hospital nacional Daniel A. Carrión del Callao de Lima Perú, encontrando que la edad más frecuentes de las pacientes era 24 a 28 años, con un promedio de 28 +/- 7 años, solteras en su mayoría, habiendo cursado la mayor parte de ellas la secundaria completa, que procedían del área urbano marginal de la ciudad de Callao y con antecedentes de multiparidad, estos resultados concuerdan con los datos obtenidos en este estudio donde la edad más frecuente de las pacientes estudiadas fue 20 años +/- 7, procedían también del área urbano marginal de San Pedro Sula, siendo su nivel educativo más alto secundaria incompleta, solteras, multíparas la gran mayoría y bajo nivel socioeconómico, además en Ecuador Yugcha Mora (2013) encuentra datos similares en una investigación realizada en el hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel , con promedio de edades de 24 a 26 años, solteras en un 85%, de las cuales 63% cursaron la secundaria. El 74% eran amas de casa, de bajo nivel socioeconómico y mestizas. En este estudio prevaleció también la raza mestiza en un 91%, 48% de las mujeres pertenecen a la religión protestante, siendo la ocupación más frecuente ama de casa.

Con respecto a los compañeros sexuales los resultados de esta investigación demuestran que el 50% de las pacientes refirieron haber tenido dos parejas sexuales, pero el 41% habían tenido más de dos, datos que concuerdan con la

investigación de Yugcha y Mendoza quienes encontraron que la mayoría de las pacientes habían tenido dos compañeros sexuales en 37 y 62% respectivamente.

Merchán 2012 - 2013 realizo una investigación en la universidad de Guayaquil ecuador sobre complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - sida (20 a 30 años"), al interrogar sobre hábitos encontraron que la droga más usada fue alcohol en un 20% concordando con este estudio donde la principal droga usada fue alcohol en un 20%, difiriendo en lo que respecta a la paridad en vista que el 45% de su estudio las pacientes eran primigestas.

El control prenatal es una estrategia muy importante para el cuidado de la madre y el niño y se vuelve indispensable en condiciones donde la madre o el feto se encuentren en riesgo de poder enfermar o morir como es el caso del VIH SIDA, por lo tanto la asistencia a los controles prenatales debe ser regular para recibir la terapia antiretroviral profiláctica que disminuya el riesgo de transmisión vertical del virus, el 67% de las pacientes estudiadas fueron captadas hasta el segundo trimestre del embarazo, a diferencia de la investigación de Merchan y Yugcha Mora quienes encontraron que la mayoría de sus pacientes tuvieron su primer control prenatal en el III trimestre en un 63% y 62% respectivamente. Pero si concuerdan en el número de controles prenatales donde Merchan encontró que el 41% había tenido más de 5 controles prenatales igual que

Mendoza donde el 65% tuvo más de 4 controles prenatales y en este estudio el 23% tuvo más de 4 controles prenatales.

El sida es un síndrome que produce pérdida de peso en los pacientes que la padecen a pesar de esto el 54% de las pacientes estudiadas tienen un índice de masa corporal normal y apenas el 11% presento bajo peso y un 22% tenían sobrepeso.

En cuanto a la comorbilidad Mendoza (2004) encontró que el 18% de las pacientes presentaron síndrome anémico, a diferencia de las pacientes estudiadas en esta investigación donde el 4% padecieron enfermedades oportunistas como Herpes Zoster y neumonía, estando hospitalizadas la gran mayoría una ocasión durante el embarazo.

Al conocer el estado inmunológico del cónyuge en este estudio el 48% eran portadores de VIH, no concordando con Mendoza quien encontró que apenas el 12% eran portadores, y Merchán 2013 encontró que el 20% de sus pacientes era portadores.

Merchán (2004) encontró que el 85% de sus pacientes fueron detectadas con VIH en el último embarazo dato que no coinciden con este estudio donde la mayoría 68% se diagnosticó en los últimos 5 años.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de VIH en embarazadas en el hospital Mario Catarino Rivas es de 2.28% superior a la reportada en la literatura internacional.

2. Las características personales de las pacientes embarazadas VIH positivo atendidas en el SAI son: adultas jóvenes, solteras, con nivel educativo medio incompleto, de bajo nivel socioeconómico, multíparas, con múltiples compañeros sexuales, adictas al alcohol.

3. Las pacientes son captadas con mayor frecuencia durante el segundo trimestre del embarazo y cumplieron con el número mínimo de controles prenatales establecidos en la norma.

4. Alta prevalencia de la categoría de sintomático, con menos de cinco años de ser seropositivos y de haber iniciado la terapia antiretroviral, con compañeros sexuales en estado de portador.

5. Las enfermedades oportunistas más frecuentes que afectan a estas pacientes son neumonía y herpes zoster siendo hospitalizadas la mayoría una ocasión permaneciendo hospitalizadas en promedio siete días

6. La procedencia más frecuente fue del área urbana marginal de san pedro sula, siendo referidas al SAID de los centros de salud.

B. RECOMENDACIONES

1. Establecer un programa multidisciplinario que contemple acciones extra hospitalarias orientadas a mejorar la calidad de vida de las pacientes embarazadas VIH positivas.

2. Mejorar la captación temprana de las pacientes embarazadas seropositivas para reducir el riesgo de transmisión vertical

3. Crear una base de datos de las pacientes atendidas en el SAI para facilitar el acceso a la información

4. Garantizar que la historia clínica cumpla con los criterios establecidos en la norma

5. Elaborar un programa de información, comunicación y educación para concientizar a las pacientes y familiares orientado a lograr la adherencia al tratamiento.

CAPITULO VIII: REFERENCIAS

(2006). *(guia de prevencion y control de la transmision materno infantilndel vih y sifilis congenita y de atencion integral de niños con vih sida, 2011).* montevideo.

(2010). (ops) *panel sobre tratamiento de mujeres embarazadas con vih y la prevención de la transmisión perinatal.* estados unidos.

(2011). (oms)*Guia de prevencion y control de la transmision materno infantilndel vih y sifilis congenita y de atencion integral de niños con vih sida. http://especiales.universia.net.co/vih-sida/destacado/riesgo-de-aborto-espontaneo-en-mujeres-con-vih.html*. (19 de octubre de 2016). recuperado el 19 de octubre de 2016, de http://especiales.universia.net.co/vih-sida/destacado/riesgo-de-aborto-espontaneo-en-mujeres-con-vih.html

Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (vih-sida) (ops) – guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y y monitorización adultos y. (2016). *guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral*, 2 80.

tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión vertical de la infección por vih.(oms) (20 de octubre de 2016). recuperado el 20 de octubre de 2016, de c:\users\user\desktop\articulos\j.html

acog. (2013). el vih y embarazo. *acog*, 3,4.

baque., a. m. (2013). *"complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del vih - sida de 20 a 30 años". a realizarse en el hospital materno infantil del guasmo "matilde hidalgo de procel".* guayaquil.

Britto, j. b. (2011). *prevalencia de embarazo en adolescentes en la e.s.e alejandro prospero reverend de santa marta.* colombia: keywords. pregnancy, teenagers.

BSR. (20 de octubre de 2016). *Tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH*. Recuperado el 20 de octubre de 2016, de bsr: C:\Users\User\Desktop\ARTICULOS\13.html

Carlos Eduardo fonseca, f. e. (2004). *manejo de la infección materna con vih y del recién nacido expuesto*.* colombia.

Castillo, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *medisan*, 1,21.

clinic barcelona. (2010). infección por vih y gestación. *bcnatal*, 1,27.

Elizabeth Pisani, P. C. (2001). *VIHySIDA en las americas.* Río de Janeiro,: epired.

Harkaitz Azkune, M. I. (2011). Prevención de la transmisión del VIH (vertical, ocupacional y no ocupacional). *elsevier informa*, 617.

Latin american and caribbean epidemiological network. (2000). (ops) *hiv and aids in the americas:.* washington: map.

ministerio salud. (2009). *sindrome de inmnodeficiencia adquirida.* santiago: serie guias clinicas minsal.

Mora, l. a. (2013). incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres embarazadas. hospital “dra. matilde hidalgo de procel”. 1, 55.

Msellati. (2009). *seguridad y aceptabilidad de la desinfección vaginal con cloruro de benzalconio en las mujeres embarazadas infectadas por el vih en áfrica occidental:.* africa: anrs 049b phse ii.

Nuñez, i. g. (2005). *sidaertical en cuba en el niño por transmicion v.* la habana.

oms. (20 de octubre de 2016). *gtm-mdcjxb.* recuperado el 20 de octubre de 2016, de c:\users\user\desktop\articulos\oms vih.html

OPS. (2006). infección por virus de la para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas. *guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral*, 2 80.

ops. (2010). *Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.* washintongton: SBN:.

Orozco, a. r. (2012). *vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de vih en.* bogota.

Osorio, D. R. (2014). *Factores asociados a infección por VIH-1 en hijos de.* lima peru: escuela de posgrado.

Padilla Pérez, A. I. (2000). *Estudio de la transmisión perinatal del virus.* bogota: Toxicología y Legislación Sanitaria.

Padilla Pérez, a. i. (2009). Estudio de la transmisión perinatal del virus. *Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pediatría,*, 14 30.

Paredes, d. s. (2013). manual de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del vih de madre a hijo o hija. *its/vih/sidahonduras,*, 48 51.

R, E. V. (2002). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 160,166.

Sanchez, j. R. (2003). *caracteristicas de gestantes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (vih) atendidas en el hos´pital nacional Daniel A Carrion del Callao.* lima.

Sidibé, M. (2015). *informe sobre la epidemia mundial de sida.*

trentini, m. e. (2010). infeccion por vih y embarazo, transmision vertical y diversas funciones o trabajos

CAPITULO IX ANEXOS

Instrumento

1) Edad _____

2) Raza

a) mestiza

c) negra

3) Escolaridad

a) Primaria incompleta

b) Primaria completa

c) Secundaria incompleta

d) Secundaria completa

e) Nivel superior

4) Estado civil

a) Soltera

b) Casado

5) Religión

a) Católica

b) protestante

c) ninguna

d)

6) Ocupación_____

7) Nivel socioeconómico

a) bajo

b) medio

c) alto

d) no consignado

8) Numero de compañeros sexuales

a) 1
b) 2
c) 3
d) 4
e) Más de 4

9) Uso de drogas

a) Alcohol
b) Marihuana
c) Cocaína
d) Heroína
e) Ninguna

10) Historia Ginecoobstetrica

a) G: 1
b) G: 2
c) G: 3
d) G: 4

e) G: 5 o mas

11) Numero controles prenatales _____

12) Estado inmunológico niveles CD4_____

13) Estado nutricional IMC

a) Peso _____
b) Talla_____

14) Enfermedades oportunistas_____

15) Numero de hospitalizaciones durante el embarazo_____

16) Diagnósticos en las hospitalizaciones_____

17) Estado del cónyuge

a) portador
b) no portador
c) SIDA
d) Fallecido
e) Desconoce

18) Antecedentes personales patológicos_____

19) procedencia

20) edad gestacional en el prime control prenatal

21) Tiempo de ser seropositiva-_____

22) Tiempo de recibir terapia antiretroviral_____

23) Tiempo de hospitalizaciones_____