

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con resultado perinatal negativo, Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2014 – 2020

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de Investigación: Salud Materno Perinatal

AUTORES:

Carbajal Contreras Jesús Luis
Urdiales Carranza Alejandro

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Díaz Cabrejos Óscar Alberto

**Lambayeque – Perú
2021**

APROBADO POR:



Dr. Iván Randolpho Pinto Tipismana
PRESIDENTE



Dra. Blanca Santos Falla Aldana
SECRETARIO



Dr. Miguel Ángel Marcelo Vereau
VOCAL



Dr. Óscar Díaz Cabrejos
ASESOR METODOLÓGICO

ACTA DE SUSTENTACIÓN



108

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 003-2021-FMH-UNPRG

Siendo las 17:00 HORAS del día 20 de Mayo del 2021, se reunieron vía plataforma virtual, https://meet.google.com/aoi-fbqx-yoh los miembros de jurado evaluador designados por Decreto/Resolución N° 173-2019-UI-FMH, de fecha 22 de Mayo del 2019, conformados por los siguientes doctores:
Presidente Dr. Iván Roldán Pinto Tipismama
Secretario Dr. Diana Santos Palla Aldana
Vocal Dr. Miguel Ángel Marcelo Vercor

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:

Factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con resultado prenatal negativo,
Hospital Regional Duarte las Mercedes de Chiclayo, 2014 -2020

cuyo autor es el (los) bachiller (es):

Jesus Luis Corbalán Contreras

Alfonso Vladimir Carranza

Teniendo como asesor Teórico y Metodológico:

Dr. Oscar Díaz Cabezas

El acto de sustentación fue autorizado por Decreto N° 101 - 2021 -VIRTUAL-UI-FMH de fecha 17 de Mayo del 2021.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 97 (Nueventa y siete) en escala centesimal y 17 (Diecisiete) en la escala vigesimal Categoría Bueno.

Por lo que queda APTO para optar al título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 17:10 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CERTIFICADO: Que, esta copia tiene la misma fuerza que su original.
BYA: Se Legaliza el Documento.

Dr. Juan Humberto Gales Añi
D.M. 11585 RNE 0386
SECRETARIO DOCENTE
FEBRERO 2021

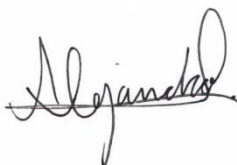
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Jesús Luis Carbajal Contreras y Alejandro Urdiales Carranza investigadores principales, y Óscar Díaz Cabrejos asesor del trabajo de investigación “Factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con resultado perinatal negativo, Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 12 de mayo de 2021



Jesús Luis Carbajal Contreras
Investigador principal



Alejandro Urdiales Carranza
Investigador principal



Dr. Óscar Díaz Cabrejos
Asesor

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a Dios por guiar mi camino y darme fortaleza para continuar cuando se presentaban momentos difíciles. De igual forma a mis padres Esther y Alejandro porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su amor, apoyo y comprensión durante esta larga y hermosa carrera, poner toda su confianza en mí y enseñarme que los sueños se pueden alcanzar con esfuerzo y dedicación. A mi hermana Esther por cuidar de mí en todo momento. Y a Isis por estar conmigo apoyándome siempre.

Alejandro Urdiales Carranza

La obtención del conocimiento, la entereza para afrontar las adversidades y los éxitos que estos traen consigo son sólo un reflejo de la formación que se me ha otorgado con la suma de pequeñas acciones que influyeron en mi persona.

La presente tesis es dedicada a Dios quien Guía mi caminar, bendice con buena salud y sabiduría para mejorar mi vida y la de otros.

A mi madre Itala Contreras quién me ayudo a crecer, fomentó valores e impulsó en el largo camino hacia alcanzar mis sueños.

Y finalmente a cada persona que permanece en mi vida, por su compañía, cariño y confianza.

Jesús Luis Carbajal Contreras

AGRADECIMIENTOS

Expresamos sincero agradecimiento a nuestra querida casa de estudio, que nos albergó durante 7 años y nos regaló experiencias únicas e inolvidables.

Agradecemos a nuestro asesor Dr. Oscar Díaz Cabrejos por su tiempo dedicado a orientar nuestra tesis, y así también a los diversos médicos especialistas en materia de investigación que hicieron posible un mejor enfoque de nuestro trabajo.

Al Sr. Juan Ugaz, Dr. Roberto Li Reyes, Lic. Susana Matayana, al personal de archivo y PROCITSS del HRDLM por el apoyo, la buena disposición y el compromiso con la ejecución de nuestra tesis.

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	10
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	16
ANTECEDENTES.....	16
BASE TEÓRICA.....	20
DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	26
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
CAPITULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	29
DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	29
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES.....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
RESULTADO.....	32
DISCUSIÓN.....	43
CAPITULO IV: CONCLUSIONES.....	49
CAPITULO V: RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características epidemiológicas de las gestantes VIH atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	32
Tabla 2: Factores clínicos de las gestantes VIH atendidas en el hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	33
Tabla 3: Resultados perinatales negativos en gestantes VIH atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	34
Tabla 4: Factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con resultado perinatal negativo (APGAR bajo), Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	34
Tabla 5: Factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con resultado perinatal negativo (prematuridad al nacimiento), Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	36
Tabla 6: Factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con resultado perinatal negativo (bajo peso al nacer), Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	37
Tabla 7: Factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con resultado perinatal negativo (VIH), Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	39
Tabla 8: Factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con resultado perinatal negativo (mortalidad perinatal), Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	40
Tabla 9: APGAR bajo vs características clínicas de gestantes VIH atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....	42

Tabla 10: Estado civil de gestantes VIH vs bajo peso al nacer.....42

Tabla 11: VIH en recién nacido vs características clínicas y epidemiológicas de gestantes VIH atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.....43

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con el resultado perinatal negativo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal analítico, en una población conformada por 52 gestantes diagnosticadas con VIH y sus hijos que fueron atendidos en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo en el periodo 2014-2020. Se utilizaron como instrumentos las historias clínicas obtenidas del Área de Archivo y Estadística del hospital, siendo esta información documentada en fichas de registro de recolección de datos. **RESULTADOS:** Se determinó que el diagnóstico de VIH antes de la gestación tiene un RP 0.27, el diagnóstico durante el primer trimestre de gestación tiene un RP 5 y el momento de inicio de TARGA un RP 4.19 con respecto a presentar un APGAR bajo al momento del nacimiento. Mientras que casadas presentaron un RP de 3.28 en relación a un bajo peso al nacer. Finalmente, gestantes VIH que tienen sólo nivel de instrucción primario tienen un RP de 6.78, las que no recibieron TARGA un RP de 6.78 y las cesareadas un RP de 0.111 ante un resultado VIH positivo. Todos con un nivel $p < 0.05$ e intervalos de confianza adecuados. Se encontraron un total de 7 recién nacidos VIH (13.5%). **CONCLUSIONES:** Existe asociación entre los factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con el resultado perinatal negativo. Se demostraron como factores protectores maternos a: momento del diagnóstico antes de la gestación y parto vía cesárea, mientras que factores de riesgo al nivel de escolaridad primaria, estado civil casada, momento del diagnóstico en el I trimestre y no haber recibido TARGA con respecto a algún resultado perinatal negativo.

Palabras claves: VIH, gestantes, transmisión vertical, resultado perinatal negativo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the association between clinical and epidemiological factors of HIV pregnant women with a negative perinatal result at Regional Docente Las Mercedes Hospital of Chiclayo, 2014-2020. **MATERIALS AND METHODS:** Analytical cross-sectional study, in a population made up of 52 pregnant women diagnosed with HIV and their children who were treated at the Las Mercedes Regional Teaching Hospital in Chiclayo in the period 2014-2020, using the clinical records obtained from the Archives and Statistics Area as instruments from the hospital and this information was documented in data collection records form. **RESULTS:** It was determined that the HIV diagnosis before pregnancy has a PR 0.27, the diagnosis during the first trimester of gestation has a PR 5 and the time of initiation of HAART a PR 4.19 with respect to presenting a low APGAR at the time of birth. While married women presented a PR of 3.28 in relation to low birth weight. Finally, pregnant women with HIV who have only a primary level of education have a PR of 6.78, those who did not receive HAART a PR of 6.78 and those with cesarean delivery a PR of 0.111 with respect to the HIV positive result. All with a $p < 0.05$ level and adequate confidence intervals. A total of 7 HIV newborns (13.5%) were found. **CONCLUSIONS:** There is an association between clinical and epidemiological factors of HIV pregnant women with a negative perinatal result. The following were demonstrated as maternal protective factors: time of diagnosis before gestation and cesarean delivery, while risk factors at the level of primary schooling, married marital status, time of diagnosis in the first trimester and not having received HAART with respect to any negative perinatal result.

Keywords: HIV, pregnant, vertical transmission, negative perinatal result.

INTRODUCCIÓN

El VIH sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo (1). Este tiene impacto sobre la vida reproductiva: desde la concepción por el riesgo de transmisión sexual, hasta la posibilidad de la temible transmisión vertical (2).

El estudio sobre las gestantes con VIH se concentra en la salud del neonato y la prevención de la transmisión vertical (3).

En el Perú la infección por el VIH es un importante problema de salud pública, su prevención y control son prioridad del MINSA (1).

En madres con VIH se registró un riesgo mayor de recién nacidos con prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia perinatal, convulsiones, sepsis perinatal, dificultades para la alimentación y muerte perinatal (4, 5).

También se ha documentado que niveles mayores de educación en gestantes VIH (Secundaria completa y estudios superiores) está relacionado con un aumento en la búsqueda de orientación y apoyo médico, lográndose así un tratamiento y control oportuno (6). Con respecto a características obstétricas el 72.1% fueron diagnosticadas tardíamente en la gestación (III trimestre e intraparto) y el 34.9% tuvo controles obstétricos inadecuados (7). En nuestro país, poco se conoce sobre los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes diagnosticadas con VIH, así como la morbilidad y mortalidad perinatal asociada a esta enfermedad, por lo que es de suma importancia brindar mayor información acerca de esta problemática.

Al final del presente estudio, se podrá conocer cuál es la relación existente entre los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH positivas con el resultado perinatal negativo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, y con esta información poder desarrollar medidas preventivas que contribuirán a disminuir las complicaciones perinatales causando un impacto positivo en la salud de este grupo poblacional.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con el resultado perinatal negativo en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020?

HIPÓTESIS

Existe una asociación entre el grado de instrucción, procedencia rural, recuento de CD4, carga viral, número de controles prenatales, momento del diagnóstico, momento del inicio del TARGA de gestantes VIH, cesárea programada de gestantes VIH con el resultado perinatal negativo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con el resultado perinatal negativo en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Especificar los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.
2. Analizar el resultado perinatal negativo en relación a gestantes VIH en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.
3. Establecer el porcentaje de transmisión vertical de los hijos nacidos de las gestantes VIH en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

ARANGO C. y cols (8) en el estudio “Calidad del seguimiento a la exposición perinatal al VIH y cumplimiento de las estrategias reconocidas para disminuir su transmisión en un centro de referencia en Medellín” de las 106 parejas madre/hijo con exposición al VIH, tuvieron diagnóstico antes de su embarazo el 39,6%; y durante este el 58,5 %; recibió tratamiento antirretroviral en su mayoría (95%), sin embargo un importante porcentaje (23,9%) lo inició tardíamente en el tercer trimestre. El 90% dieron a luz vía cesárea y no se reportó transmisión vertical. Se encontraron 19 pacientes con carga viral ≥ 1000 copias, de las cuales sólo para 9 de ellas este examen de CV había sido realizado posterior a las 34 semanas (8,4%). De los niños evaluados, el porcentaje de partos prematuros fue del 20%, de bajo peso, definido como menor de 2500 gramos el 24,5% y con restricción del crecimiento intrauterino 11%.

PICO MAWYIN T. y cols (9) en su estudio “Factores de riesgo para transmisión vertical VIH sida en hospital especialidad Mariana de Jesús, periodo 2013 – 2015” realizado en Ecuador encontraron lo siguiente: transmisión vertical del 1,69%; gestantes con cargas virales > 1000 copias representaron el 57,15%; en gestantes con CD4 menor a 350 (57%), se concluyó como factor de riesgo para transmisión madre-hijo; en su mayoría partos por cesárea (85,7%); todos los nacidos fueron a término según test de Capurro; 57% de los recién nacidos fueron bajo peso y RCIU, se evidenció también que el 47% de los recién nacidos tuvieron un peso adecuado para su edad gestacional cuando las gestantes recibieron tratamiento profiláctico, fueron detectadas oportunamente, y tuvieron un adecuado control.

M. BARRAL M. y cols (10) realizaron un estudio en Brasil que incluyó un total de 262 mujeres portadoras del VIH en donde encontraron una edad media de 27 años. El 68.7% tenía cuatro o menos años de escolaridad. El tipo de parto fue cesárea en el 61,5% de los casos. Ninguno de los factores estudiados mostró asociación significativa con los resultados

bajo peso al nacer y prematurez. La transmisión vertical tuvo una tasa de 3,8%. El análisis multivariado mostró que las mujeres que iniciaron la atención prenatal en el tercer trimestre tuvieron 7% más de probabilidad de recién nacidos con bajo peso. Igualmente, gestantes con cinco o menos visitas tuvieron un mayor riesgo de 8% para el parto antes de las 37 semanas de gestación. Este estudio demostró que las embarazadas con VIH, que tienen una atención adecuada, son susceptibles a los mismos factores que afectan los resultados del embarazo en mujeres sin VIH. Los resultados indeseables (peso al nacer ≤ 2500 g, puntaje de Apgar ≤ 7 en el quinto minuto, parto ≤ 37 semanas y transmisión vertical) parecen estar relacionados con la realización de atención prenatal inadecuada y el comportamiento materno.

DÍAZ VEGA A. y cols (11) realizaron un estudio en México encontraron que con respecto a gestantes VIH; el 52% estuvieron comprendidas en un grupo etario entre 20 a 24 años, 72% vivían en unión libre, Predominaron las amas de casa en un 78%, el 40% tenían el nivel de secundaria completa, 80% de las pacientes finalizaron su embarazo por vía cesárea, 64% asistieron mínimamente a 5 controles prenatales, 66% conservaron niveles normales de CD4. El 14% de los recién nacidos tuvieron un parto pretérmino. Finalmente los factores de riesgo para una transmisión vertical fueron: no inicio de TARGA, recuento de CD4 menor a 200 y la carga viral materna.

SANTANA AZEVEDO D. y cols (12) en su investigación realizada con historias clínicas de 168 mujeres con VIH y sus recién nacidos en Fortaleza, Brasil, encontraron que predominó la cesárea (92,8); 61,9% tenían entre 19 y 29 años; 56% tenían educación primaria completa/incompleta; 53% tuvieron menos de seis controles; 53% fueron diagnosticadas antes de la gestación; 25% el iniciaron terapia en el tercer trimestre; 86,3% cesárea electiva; 89,3% de los recién nacidos tuvieron peso acorde a la edad gestacional; y 84,5% tuvieron un peso ≥ 2.500 g. También se halló diferencia estadísticamente significativa entre diagnóstico antes de la gestación y el inicio del control prenatal, número de controles e inicio de TARGA antes del tercer trimestre de embarazo. Se concluyó que gestantes con diagnóstico de VIH antes de su embarazo, iniciaron sus controles prenatales de manera más adecuada y temprana e inicio precoz de TARGA.

MARECOS M. y cols (13) en su estudio “Trasmisión Vertical del VIH en Gestantes del Hospital San Pablo, Paraguay” se encontró que el momento diagnóstico de la enfermedad fue: 24%, 31% y 45% en el I, II y III trimestre respectivamente; así mismo, todas recibieron

TARGA antes del parto. El parto fue predominantemente vía cesárea. En cuanto a los recién nacidos, 97% tuvieron un peso > 2500 gr, 100% con APGAR > 7 y 97% a término.

MIRANDA CASTILLO P. (14), en un estudio descriptivo sobre gestantes VIH de un hospital Nicaraguense, se reportó con respecto a características maternas que la mayoría eran convivientes, con nivel educativo secundario. Además el 48.3% tuvo un diagnóstico temprano en la gestación. Casi la totalidad (97.8%) de las participantes recibieron TARGA durante su gestación.

LAZO CÁRDENAS A. (15) con los resultados obtenidos en su estudio realizado en el Hospital San José del Callao, Lima; concluyó que la edad que posee mayor número de gestantes en tratamiento con TARGA se encuentra entre 31 y 40 años de edad, con un porcentaje de 61,5%. En el presente trabajo se llegó a demostrar que respecto a la educación el 47,44% terminaron secundaria y un 32,05% presentó educación superior, demostrando así que las mujeres con cierto grado de educación buscan orientación, apoyo médico para un tratamiento y control oportuno. Con respecto al estado civil las gestantes solteras son las de más alta frecuencia en este grupo ocupando el 39,74%. Con respecto a los controles prenatales el 67.95% no tuvo control alguno.

SILVA RAMOS J. (6) realizó un estudio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima donde se incluyó a gestantes VIH; las cuales fueron en su mayoría jóvenes entre 21 y 30 años (58%), convivientes (69%), con escolaridad secundaria (70%), diagnosticadas en el primer trimestre de gestación (39%), con controles prenatales adecuados (63%), con cesárea (75%) y TARGA después del parto (62%). En cuanto a los recién nacidos de estas madres presentaron un 45% bajo peso al nacer y 38% prematuridad.

MENDOZA SÁNCHEZ J. (7) en su estudio realizado en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Lima en gestantes con VIH; encontró que estas fueron en su mayoría amas de casa (90%), con un rango etario de 14 a 28 años (81,4%), convivientes (72,1%) y con estudios secundarios (90,7%). En cuanto a sus características obstétricas más frecuentes: tuvieron diagnóstico en el tercer trimestre de la gestación (60,5%), controles prenatales adecuados (65,1%), parto a término (88,4%) y vía cesárea (76,7%). Finalmente se reportaron 3 recién nacidos con VIH.

BASE TEÓRICA

VIH:

Según la OMS, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca a las células del sistema inmune, alterando o bloqueando sus funciones. El deterioro progresivo del sistema inmune producido por esta enfermedad conlleva a la denominada “inmunodeficiencia”, considerada así cuando el sistema pierde la capacidad de asumir su rol de lucha contra las infecciones y enfermedades. El término “síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)” comprende a las fases más avanzadas del VIH y es definido por la existencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados a esta enfermedad (16).

Las relaciones sexuales (vaginal, anal u oral), la transfusión sanguínea contaminada o la presencia de uso compartido de agujas, jeringas u otros instrumentos punzantes en relación a una persona infectada portadora del VIH se consideran las vías más comunes de transmisión de esta enfermedad. No obstante, también es posible la transmisión madre-hijo durante la gestación, parto y lactancia (16).

VIH EN GESTANTES Y DIAGNÓSTICO PRECOZ (17,18):

La infección por el VIH en mujeres en edad reproductiva tiene gran trascendencia por el potencial impacto en la población pediátrica, ya que la TV es la principal, y casi única, forma de contagio del VIH en los niños (17).

Durante el control prenatal, las mujeres embarazadas deben recibir asesoría y consejería en VIH y en el caso de aceptar mediante consentimiento informado, también debe realizarse una prueba diagnóstica para VIH, que incluye la prueba de tamizaje con Elisa y la confirmación con *Western Blot*. Por esta razón, la demanda inducida del control prenatal es una prioridad en la acción de salud pública (18).

TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH Y SU PREVENCIÓN (19-29):

La transmisión del VIH al niño sucede por tres mecanismos diferentes (19,20):

1. Transmisión intra-parto. Representa entre 40 y 80% de los casos y es causada por el contacto fetal con la sangre y el líquido amniótico (19,20).
2. Transmisión *in útero*. Ocasionalmente se ha identificado VIH en el tejido fetal a la octava semana de gestación. Es responsable del 10% al 25% de los casos (19,20).

3. Transmisión a través de la leche materna. La lactancia materna es el mecanismo de transmisión en 14% a 30% de los casos (19,20).

Según la OMS en ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15% - 45%, intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5% (21).

La carga viral es el factor más importante para la transmisión vertical y está asociada a la transmisión que ocurre con la lactancia materna. Por lo anterior, se debe iniciar y/o continuar la terapia antirretroviral de alta efectividad, con el objetivo de mantener niveles indetectables de carga viral (22).

Entre las distintas estrategias para prevenir la transmisión, las que se han perfilado como más importantes en los últimos años, además de la recomendación de evitar la lactancia, son la administración de tratamiento antirretroviral durante la gestación, el parto y al recién nacido, así como la cesárea programada (23,24). Ambas medidas son las piedras angulares en que se sustenta la disminución de la TV en los países desarrollados (25,26).

Con el fin de evitar la TMI del VIH, los protocolos del Ministerio de Salud del Perú, en base a las recomendaciones internacionales propone el uso de antirretrovirales combinados en la gestante infectada y el recién nacido expuesto, la culminación del embarazo mediante cesárea electiva, así como la alimentación al recién nacido con leche artificial que, aplicados oportunamente, reducen la TMI a menos del 2%, siendo primordial para ello el acceso temprano al control prenatal y el tamizaje para VIH (27-29).

DIAGNÓSTICO EN RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS A VIH:

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 (30).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR VIH (31-37):

Existen diferentes patologías que son frecuentes en los recién nacidos que han sido expuestos a la infección (31):

- Coinfecciones maternas, idóneos de ser transmitidas al niño durante el embarazo y/o el parto. Además, es necesario descartar la infección congénita por citomegalovirus a través una PCR o cultivo en orina al nacimiento.
- Hijos de madre con diabetes gestacional, esta patología es más prevalente en el caso de madres con infección por VIH (31).
- Prematuridad, es la complicación perinatal más frecuente en las gestantes que reciben TARGA; se discute si dicha asociación se debería al uso de inhibidores de la proteasa (32).
- Malformaciones, no obstante no se ha descrito una mayor incidencia de malformaciones en los niños que usaron antirretrovirales. Hay que recordar que sólo el efavirenz se incluye en la Categoría D.
- Restricción del crecimiento intrauterino, es la complicación más frecuente en gestantes de edad avanzada, asociadas otras patologías obstétricas como eclampsia o pre-eclampsia, síndrome HELLP; toxicomanías y en algunas infecciones congénitas conocidas como toxoplasmosis, citomegalovirus y VIH.
- Síndrome de abstinencia, que se presenta cuando existe el antecedente de consumo de drogas o la clínica neonatal sugestiva (33).

Se ha descrito que los recién nacidos de estas madres tienen mayor riesgo de prematurez, bajo peso, muerte *in útero*, asfixia perinatal, sepsis perinatal, convulsiones, dificultades para la alimentación y muerte perinatal (34, 35). El bajo peso o el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) están más relacionados en madres VIH positivas, con CD4 menor de 500/mm³, fumadoras y de mayor edad (36, 37).

FACTORES ASOCIADOS A LA GESTANTE VIH POSTIVA (13, 38, 39):

❖ Factores Sociodemográficas (13):

- Edad materna,
- Antecedentes de gestaciones previas,
- Estado civil
- Escolaridad
- Procedencia (13)

❖ **Factores maternos (13, 38, 39):**

- Avance de la enfermedad: La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades. Asociado este proceso a un aumento de Carga viral y disminución de Linfocitos T CD4 lo que conlleva a mayor transmisión de la Enfermedad.
- Un recuento de linfocitos T CD4 bajo, inferiores a 400/mm³, aumentan la carga viral y facilitan la infección por VIH.
- La presencia de infección sintomática o SIDA: La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen sida presentan niveles muy bajos de linfocitos CD4, además de presencia de infecciones oportunistas que aumentan la probabilidad de transmisión perinatal de VIH.
- Carga viral plasmática elevada: cuanto mayor sea la carga viral, mayor es la posibilidad de transmisión al feto.
- Presencia concomitante de transmisión sexual en pacientes seropositivas provoca un aumento de la carga viral a escala genital, aumentando también la plasmática, aumentando así la posibilidad de transmisión perinatal (13, 38, 39).

❖ **Factores Obstétricos (13, 38):**

- Infección ascendente desde vagina y cérvix al líquido amniótico: Provoca un aumento de la carga viral y debilidad de barreras inmunológicas aumentando el riesgo de transmisión Perinatal.
- Transfusión feto-materna durante el trabajo de parto: El contacto con sangre y fluidos intraparto representa entre 40 y 80% de riesgo de Transmisión de infección.
- Contacto directo de piel y mucosa fetales con secreciones de los genitales y sangre: Aumenta el riesgo de transmisión entre un 40-80%.
- Rotura prematura o prolongada de membranas ovulares. Se ha establecido el incremento de riesgo horario en caso de rotura prematura de membranas, de forma que cada hora que pasa aumenta el riesgo de transmisión en un 2%.
- Desprendimiento placentario: Aumenta el riesgo de sangrado invasivo al miometrio, ruptura prematura de membranas y Parto prematuro incrementando el riesgo de transmisión vertical.
- Corioamnionitis: debido a la disrupción de la barrera placentaria.

- Intervenciones invasivas: Debido a la Disrupción de la barrera placentaria aumentando el riesgo de transmisión.
- Técnicas diagnósticas (amniocentesis, funiculocentesis): Ocasionan disrupción de barreras naturales aumentando la exposición y el riesgo de transmisión perinatal.
- Parto vaginal (frente a cesárea programada). Múltiples trabajos han demostrado el beneficio de la cesárea en la reducción de este riesgo hasta en un 50%. Sin embargo la mayoría de estos estudios demuestran que el beneficio de la cesárea en la prevención del contagio se produce únicamente cuando se trata de una cirugía programada y pierde toda eficacia cuando el parto se ha instaurado o se ha producido la rotura de las membranas ovulares.
- Hemorragia intraparto y líquido amniótico sanguinolento: Aumenta el contacto de sangre intraparto aumentando el riesgo de transmisión Perinatal.
- Realización de episiotomía: Aumenta el contacto de sangre intraparto aumentando el riesgo de transmisión Perinatal.
- Laceraciones y desgarros vaginales: Aumenta el contacto de sangre intraparto aumentando el riesgo de transmisión Perinatal (13, 38).

❖ **Factores Víricos (13, 38):**

- Elevada carga viral plasmática: se asocia en forma significativa con su mayor riesgo de adquirir la enfermedad por vía vertical.
- Las variaciones biológicas y genéticas del VIH también influyen en el riesgo de transmisión.
- Resistencia a los antivirales: Ocasionan una mala adherencia al tratamiento, lo que conlleva a menores niveles de CD4 y aumento de carga viral, aumentándose de la misma manera el riesgo de transmisión perinatal (13, 38).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS (40):

- **Factores epidemiológicos de gestantes VIH:**

Factores propios de las gestantes infectadas con VIH como edad, estado civil, escolaridad, procedencia y ocupación que podrían influenciar en el resultado perinatal negativo.

- **Factores clínicos de gestantes VIH:**

Factores asociados a la infección por VIH de la gestante, que podría influenciar en el resultado perinatal negativo.

- **Resultado perinatal negativo en relación a gestantes VIH:**

Representa toda morbilidad y/o mortalidad en la gestación a partir de las 22 semanas, intraparto y etapa neonatal que afecte el desarrollo normal en hijos de gestaciones asociadas a VIH.

- **Transmisión Vertical:**

Transmisión madre-hijo, manifestándose como infectado por VIH a hijo con dos resultados positivos continuos (el segundo inmediatamente después del primer resultado positivo) mediante prueba PCR-ADN-VIH-1. El tamizaje se realiza en el primer y tercer mes de nacido (40).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM
Factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH	Factores epidemiológicos de gestantes VIH	Edad	De razón	- Edad en años
		Estado civil	Nominal	- Soltera - Conviviente - Casada - Viuda
		Procedencia	Nominal	- Rural - Urbana
		Escolaridad	Ordinal	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior
		Ocupación	Nominal	- Ocupación registrada en la HC
	Factores clínicos de gestantes VIH	Número de controles prenatales	Nominal	- Adecuado: Mayor o igual que 6 - Inadecuado: Menos de 6
		Momento del diagnóstico	Ordinal	- Antes de la gestación - Durante la gestación: I T, II T, III T - Intraparto
		Tiempo con TARGA	Ordinal	- No TARGA - Antes de la gestación - Durante la gestación: I T, II T, III T - Post gestación
		Tipo de Parto	Nominal	- Vaginal - Cesárea
		Recuento de CD4	De razón	- Número de linfocitos CD4/mm ³ de sangre
		Carga Viral	De razón	- Número de copias del VIH/ml de sangre

Resultado perinatal negativo en relación a gestantes VIH	Morbilidad perinatal asociada a infección por VIH	Bajo peso al nacer	Nominal	- Peso < 2500 g
		APGAR bajo	Nominal	- Menor o igual a 7 al primer o al quinto minuto
		Prematuridad	Nominal	- Edad gestacional al nacimiento < 37ss
		Recién nacido con VIH	Nominal	- Prueba serológica positiva a VIH
	Mortalidad perinatal asociada a infección por VIH	Muerte perinatal	Nominal	- Causa de muerte

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Es un estudio observacional de tipo transversal analítico.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por 58 gestantes diagnosticadas con VIH y sus hijos que fueron atendidos en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo en el periodo 2014-2020.

Dado que la población resultó en un número pequeños de elementos, no fue necesario realizar un muestreo, contando con la participación de 52 gestantes VIH y sus hijos, después de aplicar criterios de exclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Gestantes diagnosticadas con VIH con parto y/o identificación del recién nacido en el Hospital Regional Docente las Mercedes en el periodo 2014-2020.

Criterios de exclusión:

- Gestaciones que terminen antes de las 22 semanas (abortos).
- Historias clínicas no encontradas.
- Historias clínicas incompletas.

TÉCNICA, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos de los cuales se recolectaron los datos de las variables de estudio fueron las historias clínicas. Estas se obtuvieron del Área de Archivo y Estadística del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, previo permiso correspondiente.

Los datos obtenidos de las historias clínicas se documentaron en fichas de registro (Anexo 01) que nos facilitaron su análisis estadístico.

En las fichas se registraron datos de los factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH, así como también de la morbilidad y mortalidad de sus recién nacidos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La recopilación de datos obtenidos de las encuestas fue registrada en Excel versión 2013 y se analizó en el programa SPSS versión 26.0.

En el análisis univariado, para las variables cuantitativas se eligió la mejor medida de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar y rango intercuartil) previo análisis de normalidad, y para el caso de las variables cualitativas se utilizó porcentajes.

En el análisis bivariado se evaluó la asociación entre las variables clínicas y epidemiológicas de las gestantes y la variable resultado perinatal negativo. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Exacta de Fisher debido a que en todos los casos se encontró un valor esperado menor a 5 en más del 20% de valores y en las variables cuantitativas se determinó la asociación mediante la prueba T de Student en las variables con distribución normal y U de Mann Whitney en las variables con distribución no normal.

En el análisis multivariado se estimó la razón de prevalencia entre los valores significativos resultantes, para determinar la asociación entre los factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con el resultado perinatal negativo. Se usó además un alfa de 0.05 y se consideró significativo un valor $p < 0.05$. Razones de prevalencia menores a 1 fueron consideradas factores de protección, mientras que razones mayores a 1 fueron consideradas factores de riesgo, teniendo en cuenta que rangos intercuartiles que incluyeron a la unidad no pueden determinarse como protección o riesgo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La confidencialidad con respecto a la información obtenida de los pacientes en estudio, tanto madres como hijos, fue garantizada. Es un estudio que no vulnera los derechos humanos, ni atenta contra su dignidad, integridad física, ni salud mental.

También se pidió el permiso correspondiente para la obtención de historias clínicas al Área de Archivo y Estadística del hospital.

Para la ejecución de la presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Departamento de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS GESTANTES VIH ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO EN EL PERIODO 2014-2020

Características epidemiológicas		N	%
Estado civil	Casada	6	11,5
	Conviviente	36	69,2
	Soltera	10	19,2
Edad*		26,5	6,49
Escolaridad	Primaria	14	26,9
	Secundaria	26	50,0
	Superior	12	23,1
Procedencia	Rural	8	15,4
	Urbana	44	84,6
Ocupación	Ama de casa	46	88,5
	Cosmetóloga	1	1,9
	Docente	3	5,8
	Estudiante	1	1,9
	Promotora de eventos	1	1,9

*Media y desv. estándar

En esta tabla podemos observar que con respecto a estado civil: 6 casadas (11.5%), 36 conviviente (69.2%) y 10 solteras (19,2%). En el grado de instrucción: 14 primaria (50%), 26 secundaria (26.9%) y 12 superior (23.1%). Procedencia: 8 Rural (15.4%) y 44 Urbana (84.6%). Finalmente, con respecto a ocupación: 46 amas de casa (88,5%), cosmetóloga (1.9%), 1 estudiante (1.9%), 1 Promotora de eventos (1.9%) y 3 docentes (5.8%). Respecto a la edad se determinó que posee distribución normal, motivo por el cual se calculó la media y desviación estándar, siendo estas de 26,5 y 6,49 respectivamente.

TABLA 2. FACTORES CLÍNICOS DE LAS GESTANTES VIH ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO EN EL PERIODO 2014-2020

Factores clínicos		N	%
N° de controles prenatales	Adecuado	16	30,8
	Inadecuado	36	69,2
Momento del diagnóstico	Antes gestación	32	61,5
	I trimestre	6	11,5
	II trimestre	5	9,6
	III trimestre	8	15,4
	Intraparto	1	1,9
Inicio del TARGA	Antes gestación	25	48,1
	I trimestre	5	9,6
	II trimestre	6	11,5
	III trimestre	7	13,5
	Intraparto	1	1,9
Tipo de parto	No TARGA	8	15,4
	Cesárea	48	92,3
	Vaginal	4	7,7
Recuento de CD4*		334	(232 – 592)
Carga viral*		2330	(20 – 46339)

*Mediana y rango intercuartil

En esta tabla podemos observar en cuanto a los factores clínicos de las gestantes VIH: 36 tuvieron un número inadecuado de controles prenatales (69.2%). Sobre el momento de diagnóstico con VIH en las gestantes, 32 fueron diagnosticadas antes de la gestación (61.5%), 6 en el I trimestre (11.5%), 5 en el II trimestre (9.6%), 8 en el III trimestre (15.4%), y 1 en el intraparto (1.9%). En cuanto al inicio del TARGA en 25 gestantes fue antes de la gestación (48.1%), en 5 fue en el I trimestre (9.6%), en 6 fue en el II trimestre (11.5%), en 7 fue en el III trimestre (13.5%), en 1 fue en el intraparto (1.9%) y 8 nunca iniciaron TARGA (15.4%). La vía de parto más frecuente fue cesárea, realizada en 48 pacientes (92.3%). En las variables cuantitativas CD4 y carga viral se determinó que poseían distribución no normal, motivo por el cual se calculó la mediana y rango intercuartílico en ambos casos. Finalmente, los valores mínimos y máximo de CD4 fueron 232 y 592 respectivamente, con una mediana de 334. Con respecto a la carga viral se encontraron valores extremos de 20 y 46 339, siendo su mediana 2 330.

TABLA 3. RESULTADOS PERINATALES NEGATIVOS EN GESTANTES VIH ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO EN EL PERIODO 2014-2020

Resultado perinatal		N	%
Bajo peso al nacer	Si	10	19,2
	No	42	80,8
APGAR Bajo	Si	10	19,2
	No	41	78,8
Edad gestacional al nacer	Prematuridad	11	21,2
	A termino	41	78,8
VIH +	Si	7	13,5
	No	45	86,5
Muerte Perinatal	Si	1	1,9
	No	51	98,1

En esta tabla podemos identificar que 10 niños tuvieron un bajo peso al nacer (19.2%), 10 un APGAR bajo (19.2%), 11 prematuridad (21.2%), 7 VIH positivo (13.5%) y 1 muerte perinatal (1.9%).

TABLA 4: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE LAS GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO (APGAR BAJO), HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014-2020.

		APGAR Bajo		p
		SÍ N (%)	NO N (%)	
Estado civil	Casada	0(0)	6(100)	0,570
	Conviviente	8(22.86)	27(77.14)	
	Soltera	2(20)	8(80)	
Edad*		29,9(6,29)	25,61(5,87)	0,047
Escolaridad	Primaria	4(30.77)	9(69.23)	0,586
	Secundaria	4(15.38)	22(84.62)	
	Superior	2(16.67)	10(83.33)	
Procedencia	Rural	1(14.29)	6(85.71)	0,583
	Urbana	9(20.45)	35(79.55)	
Ocupación	Ama de casa	9(20)	36(80)	0,750
	Cosmetóloga	0(0)	1(100)	
	Docente	1(33.33)	2(66.67)	

	Estudiante	0(0)	1(100)	
	Promotora de eventos	0(0)	1(100)	
N° de controles prenatales	Adecuado	2(12.5)	14(87.5)	0,324
	Inadecuado	8(22.86)	27(77.14)	
Momento del diagnóstico	Antes gestación	3(9.68)	28(90.32)	0,022
	I trimestre	4(66.67)	2(33.33)	
	II trimestre	1(20)	4(80)	
	III trimestre	2(25)	6(75)	
	Intraparto	0(0)	1(100)	
Inicio del TARGA	Antes gestación	2(8)	23(92)	0,041
	I trimestre	2(40)	3(60)	
	II trimestre	1(16.67)	5(83.33)	
	III trimestre	1(14.29)	6(85.71)	
	Intraparto	0(0)	1(100)	
Tipo de parto	No TARGA	4(57.14)	3(42.86)	
	Cesárea	9(18.75)	39(81.25)	0,488
	Vaginal	1(33.33)	2(66.67)	
Recuento de CD4**		261(187,25 – 758,5)	362(183,6 – 592)	0,532
Carga viral**		85218(20 – 385913)	2330(20 - 43300)	0,354

*Media y desv. estándar, **Mediana y rango intercuartil

En esta tabla podemos encontrar las significancia entre estado civil p (0,570), edad p (0,047), escolaridad p (0,586), procedencia p (0,583), ocupación p (0,750), número de controles prenatales p (0,324), momento del diagnóstico p (0,022), tipo de parto p (0,488), inicio del TARGA p (0,041), recuento de CD4 p (0,532) y carga viral p (0,354), con respecto al valor del APGAR bajo al 1' y al 5' de nacimiento.

Las variables maternas edad, momento del diagnóstico y el momento de inicio del TARGA muestran una diferencia significativa ($p < 0,05$). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Exacta de Fisher debido a que en todos los casos se encontró un valor esperado menor a 5 en más del 20% de valores y en las variables cuantitativas se determinó la asociación mediante la prueba T de Student en las variables con distribución normal y U de Mann Whitney en las variables con distribución no normal.

TABLA 5: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO (PREMATURIDAD AL NACIMIENTO), HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014-2020.

		Edad gestacional al nacer		p
		Prematuridad N (%)	A término N (%)	
Estado civil	Casada	1(16.67)	5(83.33)	0,865
	Conviviente	7(19.44)	29(80.56)	
	Soltera	3(30)	7(70)	
Edad*		27,3(6,60)	26,4(6,09)	0,677
Escolaridad	Primaria	2(14.29)	12(85.71)	0,673
	Secundaria	7(26.92)	19(73.08)	
	Superior	2(16.67)	10(83.33)	
Procedencia	Rural	1(12.5)	7(87.5)	0,456
	Urbana	10(22.73)	34(77.27)	
Ocupación	Ama de casa	11(23.91)	35(76.09)	>0,99
	Cosmetóloga	0(0)	1(100)	
	Docente	0(0)	3(100)	
	Estudiante	0(0)	1(100)	
	Promotora de eventos	0(0)	1(100)	
N° de controles prenatales	Adecuado	2(12.5)	14(87.5)	0,264
	Inadecuado	9(25)	27(75)	
Momento del diagnóstico	Antes gestación	6(18.75)	26(81.25)	0,467
	I trimestre	2(33.33)	4(66.67)	
	II trimestre	0(0)	5(100)	
	III trimestre	3(37.5)	5(62.5)	
Inicio del TARGA	Intraparto	0(0)	1(100)	0,222
	Antes gestación	5(20)	20(80)	
	I trimestre	0(0)	5(100)	
	II trimestre	0(0)	6(100)	
	III trimestre	2(28.57)	5(71.43)	
Tipo de parto	Intraparto	0(0)	1(100)	0,626
	No TARGA	4(50)	4(50)	
	Cesárea	10(20.83)	38(79.17)	
	Vaginal	1(25)	3(75)	
Recuento de CD4**		334(326 – 616)	336,5(229 – 547,8)	0,348
Carga viral**		15900(20 – 457746)	2171(20 – 45579,3)	0,149

*Media y desv. estándar, **Mediana y rango intercuartil

En esta tabla podemos encontrar la significancia entre estado civil p (0,865), edad p (0,677), escolaridad p (0,673), procedencia p (0,456), ocupación p (>0,99), número de controles prenatales p (0,264), momento del diagnóstico p (0,467), tipo de parto p (0,626), Inicio del TARGA p (0,222), recuento de CD4 p (0,348) y carga viral p (0,149), con respecto al valor del APGAR bajo al 1' y al 5' de nacimiento.

Ninguna de las variables maternas demostró que exista diferencia significativa ($p < 0,05$). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Exacta de Fisher debido a que en todos los casos se encontró un valor esperado menor a 5 en más del 20% de valores y en las variables cuantitativas se determinó la asociación mediante la prueba T de Student en las variables con distribución normal y U de Mann Whitney en las variables con distribución no normal.

TABLA 6: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE LAS GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO (BAJO PESO AL NACER), HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014-2020.

		Bajo peso al nacer		
		SÍ	NO	p
		N (%)	N (%)	
Estado civil	Casada	3(50)	3(50)	0,046
	Conviviente	7(19.44)	29(80.56)	
	Soltera	0(0)	10(100)	
Edad*		27,9(6,13)	26,3(6,18)	0,454
Escolaridad	Primaria	2(14.29)	12(85.71)	0,813
	Secundaria	5(19.23)	21(80.77)	
	Superior	3(25)	9(75)	
Procedencia	Rural	1(12.5)	7(87.5)	0,515
	Urbana	9(20.45)	35(79.55)	
Ocupación	Ama de casa	9(19.57)	37(80.43)	0,533
	Cosmetóloga	0(0)	1(100)	
	Docente	0(0)	3(100)	
	Estudiante	1(100)	0(0)	
	Promotora de eventos	0(0)	1(100)	
N° de controles prenatales	Adecuado	4(25)	12(75)	0,364
	Inadecuado	6(16.67)	30(83.33)	
Momento del diagnóstico	Antes gestación	6(18.75)	26(81.25)	0,663
	I trimestre	2(33.33)	4(66.67)	
	II trimestre	0(0)	5(100)	
	III trimestre	2(25)	6(75)	

	Intraparto	0(0)	1(100)	
Inicio del TARGA	Antes gestación	3(12)	22(88)	0,145
	I trimestre	1(20)	4(80)	
	II trimestre	0(0)	6(100)	
	III trimestre	2(28.57)	5(71.43)	
	Intraparto	0(0)	1(100)	
	No TARGA	4(50)	4(50)	
Tipo de parto	Cesárea	8(16.67)	40(83.33)	0,163
	Vaginal	2(50)	2(50)	
Recuento de CD4**		404,5(78,3 – 830,5)	334(243 – 518)	0,448
Carga viral**		1016,5(20 - 403080)	3384(20 - 46339)	0,367

*Media y desv. estándar, **Mediana y rango intercuartil

En esta tabla podemos encontrar la significancia entre estado civil p (0,046), edad p (0,454), escolaridad p (0,813), procedencia p (0,515), ocupación p (0,533), número de controles prenatales p (0,364), momento del diagnóstico p (0,663), tipo de parto p (0,163), inicio del TARGA p (0,145), recuento de CD4 p (0,488) y carga viral p (0,367), con respecto al valor del APGAR bajo al 1' y al 5' de nacimiento.

Las variables materna estado civil pudo demostrar que existe una diferencia significativa ($p < 0,05$). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Exacta de Fisher debido a que en todos los casos se encontró un valor esperado menor a 5 en más del 20% de valores y en las variables cuantitativas se determinó la asociación mediante la prueba T de Student en las variables con distribución normal y U de Mann Whitney en las variables con distribución no normal.

TABLA 7: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO (VIH), HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014-2020.

		VIH			
		SÍ	NO	p	
		N (%)	N (%)		
Estado civil	Casada	0(0)	6(100)	0,685	
	Conviviente	5(13.89)	31(86.11)		
	Soltera	2(20)	8(80)		
Edad*		29(6,16)	26,2(6,13)	0,267	
Escolaridad	Primaria	5(35.71)	9(64.29)	0,014	
	Secundaria	1(3.85)	25(96.15)		
	Superior	1(8.33)	11(91.67)		
Procedencia	Rural	2(25)	6(75)	0,291	
	Urbana	5(11.36)	39(88.64)		
Ocupación	Ama de casa	7(15.22)	39(84.78)	>0,99	
	Cosmetóloga	0(0)	1(100)		
	Docente	0(0)	3(100)		
	Estudiante	0(0)	1(100)		
	Promotora de eventos	0(0)	1(100)		
N° de controles prenatales	Adecuado	1(6.25)	15(93.75)	0,295	
	Inadecuado	6(16.67)	30(83.33)		
Momento del diagnóstico	Antes gestación	5(15.63)	27(84.38)	0,659	
	I trimestre	0(0)	6(100)		
	II trimestre	0(0)	5(100)		
	III trimestre	2(25)	6(75)		
	Intraparto	0(0)	1(100)		
Inicio del TARGA	Antes gestación	1(4)	24(96)	0,016	
	I trimestre	0(0)	5(100)		
	II trimestre	0(0)	6(100)		
	III trimestre	2(28.57)	5(71.43)		
	Intraparto	0(0)	1(100)		
	No TARGA	4(50)	4(50)		
Tipo de parto	Cesárea	4(8.33)	44(91.67)	0,006	
	Vaginal	3(75)	1(25)		
Recuento de CD4*		349(234 – 541)	328(232 – 592)	0,861	
Carga viral*		43790 (20469 - 73441,5)	2013(20 – 43300)	0,056	

*Media y desv. estándar, **Mediana y rango intercuartil

En esta tabla podemos encontrar la significancia entre estado civil p (0,685), edad p (0,267), escolaridad p (0,014), procedencia p (0,291), ocupación p (>0,99), número de controles prenatales p (0,295), momento del diagnóstico p (0,659), tipo de parto p (0,006), inicio del TARGA p (0,016), recuento de CD4 p (0,861) y carga viral p (0,056), con respecto al valor del APGAR bajo al 1' y al 5' de nacimiento.

Las variables maternas escolaridad, momento del inicio del TARGA y el tipo de parto se pudo demostrar que existe una diferencia significativa ($p < 0,05$). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Exacta de Fisher debido a que en todos los casos se encontró un valor esperado menor a 5 en más del 20% de valores y en las variables cuantitativas se determinó la asociación mediante la prueba T de Student en las variables con distribución normal y U de Mann Whitney en las variables con distribución no normal.

TABLA 8: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO (MORTALIDAD PERINATAL), HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014-2020.

		MUERTE PERINATAL		
		SÍ	NO	p
		N (%)	N (%)	
Estado civil	Casada	6(100)	0(0)	>0,99
	Conviviente	35(97.22)	1(2.78)	
	Soltera	10(100)	0(0)	
Edad*		26,43(6,12)	34(0)	0,226
Escolaridad	Primaria	13(92.86)	1(7.14)	0,500
	Secundaria	26(100)	0(0)	
	Superior	12(100)	0(0)	
Procedencia	Rural	8(100)	0(0)	0,846
	Urbana	43(97.73)	1(2.27)	
Ocupación	Ama de casa	45(97.83)	1(2.17)	>0,99
	Cosmetóloga	1(100)	0(0)	
	Docente	3(100)	0(0)	
	Estudiante	1(100)	0(0)	
	Promotora de eventos	1(100)	0(0)	
N° de controles prenatales	Adecuado	16(100)	0(0)	0,692
	Inadecuado	35(97.22)	1(2.78)	
Momento del diagnóstico	Antes gestación	31(96.88)	1(3.13)	>0,99
	I trimestre	6(100)	0(0)	
	II trimestre	5(100)	0(0)	

	III trimestre	8(100)	0(0)	
	Intraparto	1(100)	0(0)	
Inicio del TARGA	Antes gestación	25(100)	0(0)	0,519
	I trimestre	5(100)	0(0)	
	II trimestre	6(100)	0(0)	
	III trimestre	7(100)	0(0)	
	Intraparto	1(100)	0(0)	
	No TARGA	7(87.5)	1(12.5)	
Tipo de parto	Cesárea	48(100)	0(0)	0,077
	Vaginal	3(75)	1(25)	
Recuento de CD4^{*a}			334(232 – 592)	
Carga viral^{*a}			2330(20 – 46339)	

*Media y desv. estándar, **Mediana y rango intercuartil,

^a Presenta datos vacíos en una de las categorías

En esta tabla podemos encontrar la significancia entre estado civil $p (>0,99)$, edad $p (0,226)$, escolaridad $p (0,500)$, procedencia $p (0,846)$, ocupación $p (>0,99)$, número de controles prenatales $p (0,692)$, momento del diagnóstico $p (>0,99)$, tipo de parto $p (0,077)$, inicio del TARGA $p (0,519)$, con respecto al valor del APGAR bajo al 1' y al 5' de nacimiento.

Ninguna variable materna demostró que exista diferencia significativa ($p < 0,05$). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Exacta de Fisher debido a que en todos los casos se encontró un valor esperado menor a 5 en más del 20% de valores y en las variables cuantitativas se determinó la asociación mediante la prueba T de Student en las variables con distribución normal y U de Mann Whitney en las variables con distribución no normal.

EL recuento de CD4 y carga viral no pudieron obtener un valor p , por falta de datos en algunas pacientes.

TABLA 9: APGAR BAJO VS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE GESTANTES VIH ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO EN EL PERIODO 2014-2020

		APGAR Bajo		RP	IC	P
		SÍ	NO			
		N (%)	N (%)			
Momento del diagnóstico	Antes gestación	3(9.68)	28(90.32)	0,276	(0,081 – 0,946)	0,022
	I trimestre	4(66.67)	2(33.33)	5	(1,962 – 12,74)	
	II trimestre	1(20)	4(80)	1,022	(0,161 – 6,49)	
	III trimestre	2(25)	6(75)	1,344	(0,347 – 5,2)	
	Intraparto	0(0)	1(100)			
Inicio del TARGA	Antes gestación	2(8)	23(92)	0,260	(0,061 – 1,107)	0,041
	I trimestre	2(40)	3(60)	2,3	(0,663 – 7,98)	
	II trimestre	1(16.67)	5(83.33)	0,833	(0,127 – 5,473)	
	III trimestre	1(14.29)	6(85.71)	0,698	(0,104 – 4,697)	
	Intraparto	0(0)	1(100)			
	No TARGA	4(57.14)	3(42.86)	4,19	(1,569 – 11,189)	

Con una significancia del 0.022, gestantes con diagnóstico de VIH antes de la gestación tienen 0.27 veces la probabilidad tener una APGAR bajo al momento del nacimiento (IC: 0.081-0.946), y con diagnóstico en el I trimestre tienen 5 veces la probabilidad tener una APGAR bajo al momento del nacimiento (IC: 1.962-12.74). Mientras que con una significancia del 0.041, gestantes VIH que nunca iniciaron TARGA tienen 4.19 veces la probabilidad tener una APGAR bajo al momento del nacimiento (IC: 1.569-11.189).

TABLA 10: ESTADO CIVIL DE GESTANTES VIH VS BAJO PESO AL NACER

		Bajo peso al nacer		RP	IC	p
		SÍ	NO			
		N (%)	N (%)			
Estado civil	Casada	3(50)	3(50)	3,28	(1,148 – 9,403)	0,046
	Conviviente	7(19.44)	29(80.56)	1,037	(0,307 – 3,504)	
	Soltera	0(0)	10(100)			

Con una significancia del 0.046, gestantes con estado civil casada tienen 3,28 veces la probabilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer (1,148 – 9,403) a diferencia de aquellas personas que no lo son, llámense convivientes o solteras.

TABLA 11: VIH EN RECIÉN NACIDO VS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE GESTANTES VIH ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO EN EL PERIODO 2014-2020

		VIH		RP	IC	p
		SÍ	NO			
		N (%)	N (%)			
Escolaridad	Primaria	5(35.71)	9(64.29)	6,786	(1,661 - 60,204)	0,014
	Secundaria	1(3.85)	25(96.15)	0,167	(0,022 - 1,290)	
	Superior	1(8.33)	11(91.67)	0,556	(0,074 - 4,173)	
Inicio del TARGA	Antes gest.	1(4)	24(96)	0,180	(0,023 - 1,393)	0,016
	I trimestre	0(0)	5(100)			
	II trimestre	0(0)	6(100)			
	III trimestre	2(28.57)	5(71.43)	2,57	(0,613 - 10,783)	
	Intraparto	0(0)	1(100)			
Tipo de parto	No TARGA	4(50)	4(50)	7,33	(2,011 - 26,736)	0,006
	Cesárea	4(8.33)	44(91.67)	0,111	(0,037 - 0,332)	
	Vaginal	3(75)	1(25)			

Con una significancia del 0.014, gestantes con escolaridad primaria tienen 6.78 veces la probabilidad de tener un recién nacido con VIH (IC: 1,661 – 60,204), con un p (0.016) gestantes que nunca iniciaron TARGA tienen 7.33 veces la probabilidad tener un recién nacido con VIH (IC: 2,011 – 26,736). También se encontró con un p (0.006) que las gestantes con parto vía cesárea tienen 0.111 veces la probabilidad de tener un recién nacido con VIH (IC: 0,037 – 0,332).

DISCUSIÓN

En la *tabla N° 1* podemos observar que la mayor parte de gestantes VIH son convivientes (69,2%), con grado de instrucción secundaria (50%), en su mayoría de zona urbana (84,6%) y predominantemente amas de casa (88,5%). Respecto a la edad se determinó que la media fue 26,5. Estudios de nivel semejante encontraron valores superiores con respecto a la ocupación (90,2%) (7) e inferiores en relación a Grado de Instrucción (34,5%) y estado civil (69%). Esta variación puede deberse a la diferencia de poblaciones enfrentadas (provincia vs capital) (6, 12).

La *tabla N° 2* muestra que, la mayoría de las gestantes VIH no tuvieron un número de controles prenatales adecuados (69,2%), con un momento de diagnóstico (61,5%) e inicio del TARGA (48,1%) antes de la gestación, sin embargo, a pesar del diagnóstico una parte no inicio el tratamiento (15,4%). Investigaciones de carácter descriptivo identificaron valores similares (53%) (12) e inferiores (34,9%) a los descritos en cuanto al inadecuado control prenatal, mientras que cifras muy por debajo con respecto al momento del diagnóstico (17%) e inicio de tratamiento (19%) antes de la gestación (6). Los diferentes puntos de corte en los criterios (6 VS 5 CPN) y características socioculturales (Perú vs Brasil) conllevan brechas comparativas.

Los resultados perinatales negativos mostrados en *tabla N° 3* encontraron un 19,2% de bajo peso al nacer, 19,2% de APGAR bajo, 21,2% de prematuridad, 7 casos de transmisión vertical equivalente a 13,5%, y solo un caso de muerte perinatal (1,9%). Revistas científicas internacionales reportan valores superiores de prematuridad, APGAR bajo, bajo peso al nacer, sin embargo, porcentajes ampliamente inferiores (1,69%-3,8%) de transmisión vertical (9, 10). Los tamaños poblacionales determinan muchas veces falsas percepciones de gravedad, por lo tanto, no todos los valores pueden ser generalizados.

En la *tabla N° 4* se observa que, la edad de las madres, el momento del diagnóstico y el momento de inicio del TARGA muestran una diferencia significativa ($p < 0,05$) respecto a tener o no niños con APGAR bajo al 1' o 5' del nacimiento. El momento de diagnóstico y por consiguiente inicio de tratamiento está relacionado con niveles de CD4 y carga viral, factores ampliamente asociados al bienestar perinatal. En otros estudios descriptivos no tuvo carácter de significancia (13). Los estudios descriptivos permiten encontrar frecuencias y porcentajes, mientras que estudios de análisis multivariados buscan conocer asociaciones y la relación entre estas.

Según la **tabla N° 5** ningunos de los factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH demostraron tener diferencia significativa ($p < 0,05$) respecto a la edad gestacional de sus niños al momento del nacimiento. En gestantes VIH con un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y controles prenatales adecuados se han reportado mayor número de niños nacido a término (12, 13), al mismo tiempo otros estudios descriptivos al igual que el presente no hayan significancia entre estos factores (10). El tamaño poblacional y alto reporte de tratamiento inadecuado puede crear falsa percepción e infraestimar variables.

Los resultados de la **tabla N° 6** demostraron que existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el estado civil materno con respecto a niños con bajo peso al nacer. La presencia o no de una pareja puede impactar positiva o negativamente en el proceso de la gestación y los cuidados en esta. Estudios descriptivos no hallaron una relación entre factores epidemiológicos como el estado civil y bajo peso al nacer (10). El tamaño poblacional puede hacer incurrir en errores de asociación.

En la **tabla N° 7** se detecta diferencia significativa ($p < 0,05$) entre la escolaridad, momento del inicio del TARGA y el tipo de parto con respecto a tener un niño VIH. La escolaridad materna se relaciona con un mayor nivel de compromiso de su enfermedad. Está ampliamente reportado por diversos estudios que factores como la escolaridad materna, momento inicio del TARGA y el tipo de parto, se relacionan con el resultado VIH del niño expuesto (4, 8, 14, 15).

En la **tabla N° 8** se observa que ningún factor clínico ni epidemiológico demostró diferencia significativa ($p < 0,05$) respecto a la mortalidad perinatal. Estudios de corte similar no mostraron diferencia entre Madres VIH y las que no lo son (12). Valores en blanco pueden hacer que la variable de estudio no pueda cruzarse con algunos factores, lo que hace imposible que se pueda determinar la asociación entre estos.

La **tabla N° 9** muestra que, aquellas personas que tuvieron diagnóstico de VIH antes de la gestación tienen 0.27 veces la probabilidad tener un niño con APGAR bajo al momento del nacimiento siendo este considerado como un factor protector. Por otro lado, aquellos que fueron diagnosticadas con VIH durante el primer trimestre de gestación tienen 5 veces la probabilidad de presentar un niño con APGAR bajo al momento del nacimiento siendo este considerado como un factor de riesgo. Respecto al momento de iniciar el TARGA se encontró que aquellos pacientes que no iniciaron el tratamiento tienen 4.19 veces la probabilidad de tener un niño con APGAR bajo al momento del nacimiento siendo este

considerado como factor de riesgo. Tanto el momento del diagnóstico y de inicio de tratamiento están relacionados directamente con la adherencia a la terapéutica de la paciente, que a su vez se relaciona con un mejor control de la enfermedad y por consiguiente menor afectación de este sobre el producto (9, 10, 22). En estudios relacionados las variables consideradas en el presente estudio, no presentaron asociación alguna con el APGAR, mientras que la característica implicada por el contrario fue el número de controles prenatales (10).

En la *tabla N° 10* podemos observar que aquellas gestantes VIH casadas tienen 3,28 veces la probabilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer a diferencia de aquellas gestantes VIH que no son casadas llámense convivientes o solteras, considerándose éste un factor de riesgo. Al buscar minuciosamente en la bibliografía solo se encontraron estudios descriptivos donde reportaron porcentajes de ambas variables. Tampoco se encontró algún estudio analítico en donde estas variables sean asociadas entre sí. Estas variables no se consideraron influyentes en su asociación debido a las diferencias socio-económico-culturales entre las gestantes diagnosticadas de VIH de los diferentes países.

Correspondiente a la *tabla N° 11* podemos observar, respecto a la escolaridad que aquellas personas que tienen sólo nivel de instrucción primario tienen 6.78 veces la probabilidad de tener un hijo con VIH. Respecto al inicio del TARGA podemos observar que aquellas personas que no iniciaron el tratamiento tienen 7.33 veces la probabilidad de tener hijos con diagnóstico de VIH al momento del nacimiento considerándose ambos como factores de riesgo. Finalmente, podemos observar por el tipo de parto que, aquellos niños que nacieron por cesárea tienen 0.111 veces la probabilidad de ser VIH positivo considerándose éste como un factor protector. Inicio de tratamiento, tratamiento regular y el tipo de parto cesárea están dentro de las primeras recomendaciones a nivel mundial para evitar la transmisión vertical, además niveles educativos superiores están relacionados con una mayor búsqueda de información y ayuda médica, por consiguiente, un inicio de tratamiento oportuno y más responsable. Estudios de tipo cohortes retrospectivos coincidieron con el tipo de asociación, aunque asociándose en mayor o menor medida a la transmisión vertical (22, 23, 24). Diferencias sociodemográficas y tamaños poblacionales de estudio pueden traer resultados más o menos específicos con respecto al nivel de asociación.

LIMITACIONES:

El presente estudio presenta limitaciones, en primer lugar se muestra solo un sector social poblacional (MINSA) a pesar de que este mostró la mayor cantidad de participantes, además el tamaño poblacional estuvo limitado a solamente una sede hospitalaria debido al contexto de la pandemia por COVID 19 y finalmente no todos los participantes contaban con los valores requeridos para un más preciso cruce de variables (recuento de CD4 y carga viral). Todos estos factores pueden conllevar a presentar una mayor o menor asociación y niveles de significancia con respecto a otros estudios.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. En esta tesis se determinó que existen asociaciones específicas entre los factores clínicos y epidemiológicos de las gestantes VIH con el resultado perinatal negativo. Demostrándose que, momento del diagnóstico antes de la gestación y parto vía cesárea son factores protectores; mientras que, nivel de escolaridad primaria, estado civil casada, momento del diagnóstico en el I trimestre y no haber recibido TARGA son factores de riesgo con respecto a la presencia de algún resultado perinatal negativo (APGAR bajo, bajo peso al nacer, y/o recién nacido con VIH).
2. Los factores epidemiológicos de las gestantes VIH más frecuentes fueron: conviviente, ama de casa, grado de instrucción primaria, procedente de zona urbana, y edad de 26.5 años (media). En cuanto a sus factores clínicos los más prevalentes fueron: diagnóstico e inicio de tratamiento antes de la gestación, inadecuado número de controles prenatales, parto por cesárea, y con medianas de recuento CD4 y carga viral de 334 cels/mm³ y 2330 copias/ml respectivamente.
3. Los resultados perinatales negativos que demostraron ser influenciados por algún factor de las gestantes VIH (clínico o epidemiológico) fueron: bajo peso al nacer, APGAR bajo y recién nacidos con diagnóstico de VIH.
4. En el presente trabajo se encontraron falencias en varios aspectos como educación, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, que conllevó a transmisión madre-hijo del VIH reportándose un porcentaje de transmisión vertical correspondiente a 13.5%.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

1. Siendo considerados los pacientes con diagnóstico de VIH de alto riesgo debido a las diversas complicaciones causadas por esta enfermedad, se debe implementar la existencia de un modelo de historia especial para su mejor seguimiento y control.
2. Optimizar el llenado de las historias clínicas que ayude a una mejor comprensión y manejo más eficiente por parte del personal de salud de los diferentes servicios involucrados. Así también un mejor sistema de archivo que ayude a la rápida localización de estas.
3. Implementar charlas educativas en las gestantes VIH sobre el impacto de la enfermedad en la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos, con información sencilla y fácil de entender debido a las cifras elevadas de pacientes con bajo nivel de escolaridad en el presente estudio.
4. Conforme a los resultados obtenidos se recomienda al MINSA reforzar las medidas de seguimiento una vez hecho el diagnóstico a gestantes con VIH ya que se demostró que a pesar de un diagnóstico oportuno hubo altas tasas de tratamiento irregular, abandono, así como la aún más preocupante ausencia de TARGA.
5. Se recomienda a futuros estudios abarcar hospitales tanto del sector público como privado (ESSALUD y MINSA), para obtener un valor más representativo de la población en general.
6. Se debe seleccionar un mayor número de sedes hospitalarias para tener una población mucho más amplia y a su vez obtener resultados más significativos.
7. En próximas investigaciones se deben excluir historias clínicas que no registren datos completos o exactos debido a que podrían infraestimar asociaciones entre las variables de estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Reyes M. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud [tesis en maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Unidad de Posgrado, 2014. [Fecha de acceso: 15 de marzo del 2019]. URL Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3841/Reyes_vm.pdf;jsessionid=3DB17173F8BFD1A9A8720478B376334A?sequence=1
2. Rodríguez R, Muñoz E, Iribarren J, Gonzáles M. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en relación con la reproducción, el embarazo, el parto y la profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. España, 2014. [Fecha de acceso: 15 de marzo del 2019]. URL Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_borrador_9_ene_GUIA_PRACTICA_PARA_EL_SEGUIMIENTO_DE_LA_INFECION_POR_VIH_EN_LA_REPRODUCCION.pdf
3. Loutfy M, Sonnenberg-Schwan U, Margolese S, Sherr L; Women for Positive Action. A review of reproductive health research, guidelines and related gaps for women living with HIV. Revista ElSevier. Estados Unidos, 2013. [Fecha de acceso: 15 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664912/>
4. Donovan M, Palumbo P. Diagnosis of HIV: Challenges and Strategies for HIV Prevention and Detection Among Pregnant Women and Their Infants. Clin Perinatol. Revista ElSevier. Estados Unidos, 2010. [Fecha de acceso: 16 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21078448>
5. Louis J, Landon M, Gersnoviez R, Leveno K, Spong C, Rouse D. Perioperative morbidity and mortality among human immunodeficiency virusinfected women undergoing cesarean delivery. Revista ElSevier. Estados Unidos, 2010. [Fecha de acceso: 16 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17666615>
6. Silva J. Complicaciones obstétricas en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2012 – 2014. [Tesis de maestría]. Lima, 2015. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2614/1/SILVA_JA.pdf

7. Mendoza J. Características de gestantes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao. Enero de 1999 a marzo 2003, Lima - Perú. [Tesis para optar por el grado de Especialista]. Lima, 2004. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2053>
8. Arango C, Villegas D, Burbano LD, Quevedo A. Calidad del seguimiento a la exposición perinatal al VIH y cumplimiento de las estrategias reconocidas para disminuir su transmisión en un centro de referencia en Medellín. Revista del Instituto Nacional de Salud. [Revista en línea]. Colombia, 2019. Fecha de acceso: 16 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4450>
9. T Pico, Haro D, Ruiz I, Alcivar F. Factores de riesgo para transmisión vertical VIH sida en hospital especialidad Mariana de Jesús, periodo 2013 – 2015. Ecuador, 2017. Fecha de acceso: 16 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45122.pdf>
10. Maria F. Barral M, Gisele R, Rubens C., Mendoza-Sassi R, Martínez A, Gonçalves C. Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. Rev. Inst. Med. Trop. Brasil, 2014. [Fecha de acceso: 16 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626415>
11. Díaz A, González-Santes M, Domínguez. A, Arias A. Factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS de Veracruz. Revista Scielo. [En línea]. México, 2013. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n4/v27n4a5.pdf>
12. Damasceno K, Alves dos Prazeres J, Araújo M, Valdanha Netto A. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará Brasil. Brasil, 2013. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v9n3/v9n3a07.pdf
13. Marecos M, Vera A, Aparício C. Trasmisión Vertical del VIH en Gestantes del Hospital San Pablo. Itauguá, 2011. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v9n3/v9n3a07.pdf

14. Miranda P. Estudio sobre abordaje clínico y cumplimiento de estándares de atención en pacientes VIH. Hospital Bertha Calderon Roque. 2012.
15. Lazo A. Complicaciones en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida que reciben TARGA en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital San José del Callao en el periodo enero –diciembre del 2018. [Tesis de Bachillerato]. Lima, 2019. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2207>
16. OMS. VIH/SIDA. Suiza, 2019. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
17. Scarlatti G. Paediatric HIV infection. Lancet. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/965086-overview>.
18. Fonseca C, Prieto P. Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. Revista Scielo. [En línea]. Colombia, 2015. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a08.pdf>
19. Mock P, Shaffer N, Bhadrakom C, Siriwasin W, Chotpitayasunondh T, Chearskul S. Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV transmission, Bangkok, Thailand. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. Estados Unidos, 1999. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10199232>
20. Fowler M, Simonds R, Roongpisuthipong A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr Clin North Am*. Estados Unidos, 2000. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10697640>
21. OMS. VIH/SIDA. Suiza, 2019. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>
22. Rada C, Gómez J. Manejo integral de la gestante con virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. Colombia, 2010. [Fecha de acceso: 17 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a08.pdf>
23. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Benifla JL, Delfraissy JF. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. *JAMA*. Estados Unidos, 1998. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9660364>

24. Andymar W, Bryson Y, de Martino M. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med*. Estados Unidos, 1999. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10099139>
25. Rogers MF, Shaffer N. Reducing the risk of maternal transmission of HIV by attacking the virus. Estados Unidos, 1999. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199908053410609>
26. Mofenson L, McIntyre J. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet*. Estados Unidos, 2000. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881908>
27. Cooper E, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Estados Unidos, 2002. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11981365>
28. OMS. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Suiza, 2013. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>
29. MINSA. NTS 108-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis”. Perú, 2014. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2014/Agosto/19/RM-619-2014-MINSA.pdf>
30. Valdés E. VIH-SIDA y embarazo: Actualización y realidad en Chile. *Rev SciELO*. [En línea]. Chile, 2002. [Fecha de acceso: 18 de marzo del 2019]. URL Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000200016
31. Tomé M. Profilaxis de la transmisión vertical del VIH. *Enfermedades infecciosas pediátricas*. España, 2016. [Fecha de acceso: 19 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-prevencion-transmision-del-vih-vertical-S0213005X11001698>
32. González MI. Hijos de madre con diabetes gestacional, esta patología es más prevalente en el caso de madres con infección por VIH. *HIV Medicine*. 2008 Octubre; 9(10).

33. González-Tome MI. Risk factors of preterm delivery and low birth weight in a multicenter cohort of HIV infected pregnant women. Estados Unidos, 2011. [Fecha de acceso: 19 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22490393>
34. Donovan M, Palumbo P. Diagnosis of HIV: Challenges and Strategies for HIV Prevention and Detection Among Pregnant Women and Their Infants. Clin Perinatol. Estados Unidos, 2010. [Fecha de acceso: 19 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21078448>
35. Louis J, Landon MB, Gersnoviez RJ, Leveno KJ, Spong CY, Rouse DJ. Perioperative morbidity and mortality among human immunodeficiency virusinfected women undergoing cesarean delivery. Obstet Gynecol. Estados Unidos, 2007. [Fecha de acceso: 19 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.cpc.unc.edu/resources/publications/bib/3236/>
36. López M, Figueras F, Hernández S, Lonca M, García R, Palacio M. Association of HIV infection with spontaneous and iatrogenic preterm delivery: effect of HAART. Estados Unidos, 2012. [Fecha de acceso: 19 de marzo del 2019]. URL Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&DbFrom=pubmed&Cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&IdsFromResult=23066160&ordinalpos=1&itool=Entre zSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&DbFrom=pubmed&Cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&IdsFromResult=23066160&ordinalpos=1&itool=Entre zSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
37. Williams SF, Keane-Tarchichi MH, Bettica L, Dieudonne A, Bardeguez AD. Pregnancy outcomes in young women with perinatally acquired human immunodeficiency virus-1. Estados Unidos 2009. [Fecha de acceso: 19 de marzo del 2019]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18973871>
38. Mateo-de-Acosta DA, Marín NM, Andino NA, Beristain JL. Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH/SIDA en países en vías de desarrollo. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2002; 5 (3,4):59-74.
39. OPS. VIH /SIDA. 2020. [Fecha de acceso: 5 de mayo del 2021]. URL Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es#:~:text=La%20fase%20m%C3%A1s%20avanzada%20de,otras%20manifestaciones%20cl%C3%ADnicas%20de%20gravedad

40. MINSA. NTS N° 159 - MINSA/2019/DGIESP “Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis”. Perú, 2019. [Fecha de acceso: 01 de mayo del 2021]. URL Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS “FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014-2020”

OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre factores clínicos y epidemiológicos de gestantes VIH con el resultado perinatal negativo, Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, 2014-2020.

FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE GESTANTES VIH						
NOMBRE						
EDAD MATERNA						
ESTADO CIVIL	SOLTERA	CONVIVIENTE	CASADA	VIUDA		
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR		
PROCEDENCIA	RURAL		URBANA			
OCUPACIÓN						
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES			INADECUADO (< 6 CPN)	ADECUADO (≥ 6 CPN)		
MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO	ANTES GESTACIÓN		DURANTE GESTACIÓN			INTRAPARTO
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	
MOMENTO DEL INICIO DEL TARGA	NO TARGA	ANTES GEST	DURANTE GESTACIÓN			POST GESTACIÓN
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	
TIPO DE PARTO	VAGINAL			CÉSAREA		
CD4 (cels/mm ³)						
CARGA VIRAL (copias/ml)						
RESULTADO PERINATAL NEGATIVO: MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL						
PESO AL NACER			BAJO PESO AL NACER (< 2500 g)			
			SÍ	NO		
APGAR	1'	5'	APGAR BAJO (≤7 AL 1' o 5')			
			SÍ	NO		
EG AL PARTO			PREMATURIDAD (< 37 SEMANAS)			
			SÍ	NO		
DIAGNOSTICADO VIH						
CAUSA DE MUERTE PERINATAL						

ANEXO 02

MOMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

netlab.ins.gob.pe/FrmPrincipal.aspx

SISTEMA DE INFORMACION DE LABORATORIO NETLAB

¡Bienvenido!
ROBERTO GENARO JUNIOR LI REYES
Usuario: rlr

		OBTENCIÓN REGIONAL	RECEPCIÓN			
SELECCIONAR	INS013144317	19/01/2017	27/01/2017	VIH	CARGA VIRAL	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES LABORATORIO VTS - VIH/SIDA
SELECCIONAR	INS013144317	19/01/2017	27/01/2017	VIH	RECUESTO DE CD4/CD8	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES LABORATORIO VTS - VIH/SIDA
SELECCIONAR	INS000294016	07/06/2016	21/06/2016	VIH	CARGA VIRAL	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES LABORATORIO VTS - VIH/SIDA
SELECCIONAR	INS000294016	07/06/2016	21/06/2016	VIH	RECUESTO DE CD4/CD8	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES LABORATORIO VTS - VIH/SIDA
SELECCIONAR	INS011603116	05/01/2016	21/01/2016	VIH	CARGA VIRAL	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES LABORATORIO VTS - VIH/SIDA
SELECCIONAR	INS011603116	05/01/2016	21/01/2016	VIH	RECUESTO DE CD4/CD8	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES LABORATORIO VTS - VIH/SIDA

DATOS DE LA MUESTRA

ESTABLECIMIENTO ORIGEN: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES F OBTENCIÓN: 05/01/2016
 ESTABLECIMIENTO ENVÍO: LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL LAMBAYEQUE F RECEPCIÓN INS: 21/01/2016
 RESULTADO

VARIABLE	VALOR	COMENTARIO
CD4:	354	
CD8:	889	
Promedio Total CD3:	1351	
CD4/CD8 :	0.41	
CD4/CD3 :	0.27	
CD8/CD3 :	0.66	
fecha de resultado cd4/cd8	01/02/2016	

Imprimir



ANEXO 03

INFORME TURNITIN



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Carbajal Contreras Jesús Luis / Urdiales Carranza Alejandro
Título del ejercicio: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE GESTANTES VI...
Título de la entrega: FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE GESTANTES VI...
Nombre del archivo: INFORME_DE_TESIS_GESTANTES_VIH_2021.docx
Tamaño del archivo: 783.84K
Total páginas: 58
Total de palabras: 11,707
Total de caracteres: 66,586
Fecha de entrega: 26-may-2021 10:56p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1595020420



FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE GESTANTES VIH CON RESULTADO PERINATAL NEGATIVO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2014 – 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	17%	8%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	3%
2	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	docplayer.es Fuente de Internet	1%
5	Montserrat Robustillo-Villarino, Laura Álvarez-Arroyo, Francisco Javier Carrera-Hueso, Inés Barreda-Altaba et al. "Características de pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas hospitalizados por infección por SARS-CoV-2", Reumatología Clínica, 2021 Publicación	1%
6	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%



Vargas Rodríguez, Gladys Cecilia Gordillo Navas et al. "Prevalencia de factores de riesgo en pacientes mayores de 50 años con fracturas clásicas de fragilidad atendidos en un hospital de tercer nivel de complejidad en Boyacá", Revista Colombiana de Reumatología, 2020

Publicación

-
- | | | |
|----|---|------|
| 19 | www.revistabiomedica.org
Fuente de Internet | <1 % |
| 20 | Catalina Arango-Ferreira, Diana Isabel Villegas, Laura Daniela Burbano, Augusto Quevedo. "Calidad del seguimiento a la exposición perinatal al HIV y observancia de las estrategias reconocidas para disminuir su transmisión en un centro de referencia de Medellín", Biomédica, 2019
Publicación | <1 % |
| 21 | repositorio.unan.edu.ni
Fuente de Internet | <1 % |
| 22 | www.scribd.com
Fuente de Internet | <1 % |
| 23 | www.sidastudi.org
Fuente de Internet | <1 % |
| 24 | Diana Vargas-Bermudez, Adriana Corredor F, Gloria Ramírez-Nieto, Víctor Vera A, Jairo Jaime C. "Detección de los herpesvirus | <1 % |



equinos 1 y 4 y su relación con transcritos asociados a la latencia en caballos infectados naturalmente en Colombia", Revista MVZ Córdoba, 2018

Publicación

25	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	1library.co Fuente de Internet	<1 %
27	docslide.us Fuente de Internet	<1 %
28	prezi.com Fuente de Internet	<1 %
29	www.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
30	Humberto Valle-Soto, Susana Robles-Montijo, John S. Wiebe, Juan José Sánchez-Sosa. "Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve", Psicología y Salud, 2018 Publicación	<1 %
31	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
32	www.revista-portalesmedicos.com Fuente de Internet	<1 %

