



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE
MEDICINA**

TEMA:

**“COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL
VIRUS DEL VIH - SIDA DE 20 A 40 AÑOS”. A REALIZARSE EN LA
MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

AUTOR:

LAURO ADRIAN PARRA RUIZ

TUTOR:

DR. MAURICIO GOMEZ

**GUAYAQUIL – GUAYAS - ECUADOR
2016**



CERTIFICADO DEL TUTOR

EN CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR EL SEÑOR **LAURO ADRIAN PARRA RUIZ** CON C.I # 0924499155.

COMO TEMA DE TESIS:

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH - SIDA DE 20 A 40 AÑOS ESTUDIO A REALIZARSE EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

REVISADA Y CORREGIDA, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a al Sr. LAURO ADRIAN PARRA RUIZ, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis está dedicado principalmente a Dios quién ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, el es quien guía el destino de mi vida. Enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

También dedico esta tesis en especial a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora tengo. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir, no solo para mí, sino para mi familia en general.

Ya que ellos nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aun cuando todo se complicaba siempre existía esas palabras de aliento de fuerza para poder seguir mi carrea venciendo todo obstáculo que se presentaba en mi camino.

LAURO ADRIAN PARRA RUIZ .

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado en este camino, porque has estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome dándome salud y fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Muchas gracias queridos padres por ser un excelente ejemplo de sacrificio y esfuerzo para mí, ustedes me inspiran a ser mejor y me dan la fuerza necesaria para afrontar mis problemas con optimismo”

Los adoro y los admiro cada día más, son los primeros en darse cuenta cuando algo malo me sucede y también los primeros en darme su apoyo incondicional.

LAURO ADRIAN PARRA RUIZ .



REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

Complicaciones en Pacientes Embarazadas Portadoras del VIH – SIDA de 20 a 40 años. A realizarse en la Maternidad Mariana De Jesus De Junio a Diciembre del 2015”

AUTOR/ES:

Lauro Adrian Parra Ruiz

REVISORES:

Dr. Mauricio Gomez

INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL

FACULTAD:

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CARRERA: MEDICINA

FECHA DE PUBLICACIÓN:**N. DE PAGS:****ÁREAS TEMÁTICAS:****PALABRAS CLAVE:**

- Embarazo - VIH - Complicaciones - Transmisión vertical

RESUMEN:

Esta investigación expuesta es un estudio en el que involucramos mujeres embarazadas portadoras del Virus del VIH- SIDA en edades de 20 a 40 años atendidas en la Maternidad Mariana De Jesus desde el mes de Junio a Diciembre del 2015. El propósito de la investigación es de constatar el aumento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información, por medio de una encuesta, lo cual me sirve de guía en la toma de decisiones ante la embarazada, tomando en cuenta su incidencia, y con ayuda del manejo de estas pacientes según las normas del Ministerio de Salud Pública. La investigación es un estudio descriptivo transversal, no experimental, se observó 30 casos, cuyos resultados indican que las principales complicaciones fueron infección de vías urinarias con el mayor porcentaje, seguido de anemia. Ya que a su vez se da por que la mayoría de las pacientes acuden a los controles prenatales pero no como se tiene previsto; ya que juega un papel importante para el bienestar materno y fetal. Concluyo diciendo que hasta el momento me doy cuenta que el índice de mujeres embarazadas con VIH han aumentado progresivamente, y con ello el riesgo de transmisión perinatal, sino tiene la debida precaución durante el embarazo; ya que la infección muchas veces se las diagnostica durante el embarazo o después al parto.

N. DE REGISTRO (en base de datos):**N. DE CLASIFICACIÓN:****DIRECCIÓN URL** (tesis en la web):**ADJUNTO URL** (tesis en la web):**ADJUNTO PDF:**

SI

NO

CONTACTO CON AUTORES/ES:

Teléfono:0983391507

E-mail:

adrianlauro@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCION:

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

RESUMEN

Esta investigación expuesta es un estudio en el que involucramos mujeres embarazadas portadoras del Virus del VIH- SIDA en edades de 20 a 40 años atendidas en la Maternidad Mariana De Jesus desde el mes de Junio a Diciembre del 2015. El propósito de la investigación es de constatar el aumento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información, por medio de una encuesta, lo cual sirve de guía en la toma de decisiones ante la embarazada, tomando en cuenta su incidencia, y con ayuda del manejo de estas pacientes según las normas del Ministerio de Salud Pública. La investigación es un estudio descriptivo transversal, no experimental, se observó 30 casos, cuyos resultados indican que las principales complicaciones fueron infección de vías urinarias con el mayor porcentaje, seguido de anemia, ya que a su vez se da por que la mayoría de las pacientes acuden a los controles prenatales pero no como se tiene previsto; ya que juega un papel importante para el bienestar materno y fetal se pudo concluir que hasta el momento el índice de mujeres embarazadas con VIH ha aumentado progresivamente, y con ello el riesgo de transmisión perinatal, si no tiene la debida precaución durante el embarazo; ya que la infección muchas veces se la diagnostica durante el embarazo o después del parto.

Palabras claves: VIH, Embarazo, Complicaciones , Transmisión Vertical

SUMMARY

This investigation exposed a study that involve pregnant women carrying the HIV-AIDS virus in ages from 20 to 40 years attended at the Maternity Mariana De Jesus from June to December of 2015. The purpose of the research is to note the increase in HIV complications in pregnant women due to lack of information, through a survey, which guides me in making decisions before the pregnancy, taking into account its incidence, management and support of these patients according to the rules of the Ministry of Public Health. The research is a descriptive study, not experimental, we observed 30 cases, the results indicate that the major complications were urinary tract infection with the highest percentage, followed anemia. Ya threat which in turn is given by the majority of patients attending prenatal care but not as it is planned, since it plays an important role in maternal and fetal well-being. I conclude by saying that so far I realize that the rate of HIV-positive pregnant women have progressively increased, and thus the risk of perinatal transmission, but have proper caution during pregnancy, because the infection is often diagnosed during the pregnancy or after childbirth.

KEY WORDS: VIH, Pregnancy, Complications , Vertical Transmission

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN	3
VIABILIDAD	4
OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
HIPÓTESIS	5
VARIABLES	5
VARIABLE DEPENDIENTE	5
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	6
2.MARCO TEÓRICO	7
¿QUÉ ES VIH?.....	7
VIH Y EMBARAZO.....	7
MOMENTOS DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH.....	9
Transmisión Intrauterina (25%)	9
Transmisión Intraparto (40%)	9
Transmisión por leche Materna (35%).....	9
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISION MADRE-HIJO	9
Factores maternos:.....	9
Factores virales:.....	10
Factores obstétricos:	10
Factores Fetales:	10
Otros factores:	11
DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA	
EMBARAZADA.....	11
LA DETECCIÓN	11
EL DIAGNÓSTICO	11
MANEJO DE LA GESTACION EN LA MUJER CON VIH.....	12
RIESGO DE INFECCIÓN.....	13

COMPLICACIONES EN LAS GESTANTES INFECTADAS DE VIH.....	14
ABORTO ESPONTÁNEO	15
ANEMIA.....	16
AMENAZA DE PARTO PREMATURO (APP).....	17
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	18
INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS	19
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)	20
ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO.....	21
¿QUÉ PARÁMETROS INFLUYEN PARA UN ANTIRRETROVIRAL (ARV)?	22
USO DE ANTIRRETROVIRAL EN LA MUJER EMBARAZADA CON VIH ...	22
DROGAS ANTIRETROVIRALES CONTRAINDICADAS DURANTE EL	
EMBARAZO:	23
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN MADRE CON VIH-SIDA	23
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS INNECESARIOS.....	23
SEGUIMIENTO POSTPARTO	24
3.MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
MATERIALES	25
LOCALIZACIÓN.....	25
PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	25
RECURSOS EMPLEADOS.....	25
FÍSICOS.....	25
HUMANOS.....	25
3.1.4UNIVERSO Y MUESTRA.....	25
3.1.4.1 UNIVERSO.....	25
3.1.4.2. MUESTRA	26
MÉTODOS	26
TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	26
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	27
1.2.4.CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN	30
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	27

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	28
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES	45
6. BIBLIOGRAFÍA.....	47
7. ANEXOS	49

INTRODUCCION

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

Hasta ahora desde el descubrimiento del virus de VIH, el diagnóstico de infección por el VIH en una mujer embarazada casi siempre terminaba en aborto. Pero, desde que los modernos fármacos mejoraron tan drásticamente la calidad de vida de estas personas, y lo que es importante, desde que nuestros conocimientos sobre el virus y su transmisión nos permiten tomar precauciones para prevenir la infección de los hijos de madres infectadas.

Por otro lado, es de esperar que en el futuro aumenten las cifras de VIH a medida que aumente el número de pacientes embarazadas con acceso a tratamiento antirretroviral, ya que aumentará el tiempo de supervivencia de las pacientes infectadas y sus hijos.

La transmisión de madre a hijo puede producirse durante el embarazo, en el momento del parto y durante la lactancia materna. El riesgo de transmisión perinatal (últimas semanas de embarazo y durante el parto), es en su mayoría a partir de la semana 36 de embarazo.

La lactancia materna aumenta el riesgo durante el primer año de vida.

Puesto que las complicaciones que acarrear las gestantes con VIH incluye:

- Aborto espontáneo
- Amenaza o parto prematuro
- Anemia
- Infección de Vías urinarias
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Mortinato
- Bajo peso al nacer del recién nacido;

Y puesto que algunos factores incrementan el riesgo de transmisión vertical, como son;

- Maternos: gestantes en fases avanzadas de la enfermedad
- Presencia de corioamnionitis,
- Carga vírica materna >100.000 copias/ml,
- Ruptura prematura de membranas (RPM),
- Episiotomía,
- Fumadoras, etc.

Hay mayor riesgo en el parto prematuro; en la corioamnionitis es el pasaje del virus o de linfocitos infectados al feto; la rotura de membranas favorece infección ascendente; en

el trabajo de parto prolongado se producen microtransfusiones materno fetales; en nacimientos múltiples (primer gemelar); en los procedimientos invasivos hay riesgo de exposición del niño a sangre materna infectada.

Uno de los mecanismos para explicar las complicaciones es a través de la transmisión perinatal por las mucosas, durante el contacto directo entre la mucosa del feto con la sangre materna, líquido amniótico o secreciones cervicovaginales infectadas por VIH; ya que el parto por cesárea podría ser un buen instrumento de reducir el riesgo de infección.

Ya que el tratamiento antirretrovírico adecuado y la reducción de la exposición del niño a sangre y secreciones maternas por medio de cesárea electiva; además de la alimentación artificial y administración de tratamiento antirretroviral profiláctico al niño, que reducen drásticamente la transmisión perinatal y sus complicaciones

Otra complicación en pacientes embarazadas portadoras de VIH ocurriría en caso de la ruptura de membranas al inicio del parto contribuiría a aumentar las microtransfusiones placentarias y con ellas la transmisión del VIH; principalmente por vía ascendente. Puesto que el Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), la cesárea y la lactancia artificial han conseguido reducir la tasa de transmisión de VIH y con esto la disminución de las complicaciones que pueden acarrear.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de la aparición y el desarrollo de las complicaciones de pacientes infectadas con VIH en etapa de gestación, dentro de su historia natural estaba determinada por la alta tasa de mortalidad del producto y por ende la interrupción del embarazo en pacientes que no llevaban un adecuado control pre parto y presentaban abandono del tratamiento ARV (antirretroviral).

La supervivencia del producto de una madre infectada con VIH se establecía en un 65% en pacientes que tenían un buen régimen de controles pre parto y su tratamiento ARV no presentaba ningún tipo de complicaciones y era consumido a cabalidad por la paciente, un 15% de las pacientes presentaron pérdida del producto por aborto espontaneo, otro 20% presentaba óbito fetal precedido de varias complicaciones durante el embarazo y algunas a repetición.....

En el área de emergencia del Hospital Maternidad Marianita de Jesús de la ciudad de Guayaquil acuden pacientes Femeninas infectadas con VIH en etapa de gestación las cuales presentan diversas complicaciones y muchas de ellas requieren hospitalización por la gravedad del caso clínico .

A través de este trabajo de titulación y aplicando análisis retrospectivo y descriptivo se busca identificar y demostrar la frecuencia y evolución de las complicaciones de las pacientes infectadas con VIH en etapa de gestacion, obtener conclusiones y hacer recomendaciones.

JUSTIFICACION

El VIH constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo debido a su alta prevalencia e incidencia y su característica endémica, esta patología constituía una de las principales causas de muerte por infecciones oportunistas pero en la actualidad esa cifra a disminuido pero las complicaciones durante el embarazo de las pacientes seropositivas tienen un aumento y recurrencia en cierto punto por la mala tolerancia y abandono del tratamiento ARV.

En promedio, cada semana se diagnostican 6 casos de VIH/Sida en la región Colombiana de Santander. Este año se han notificado 12 casos en gestantes. Entre enero y mediados de julio de este año, se han diagnosticado 165 casos de VIH/Sida en Santander, un promedio de 6 nuevos casos cada semana.

De acuerdo con el más reciente reporte del Instituto Nacional de Salud -INS-, en el departamento se presenta una prevalencia de 8,04 reportes de esta enfermedad por cada 100.000 habitantes. Cabe destacar que esta cifra se encuentra casi dos puntos por debajo de la prevalencia nacional que se estima en 9,97 casos por cada 100.000 habitantes.

Según las estadísticas, por cada cuatro infectados tres son heterosexuales y, en promedio, por cada 2,5 casos en hombres se presenta una mujer diagnosticada con esta enfermedad en gestantes. Según las estadísticas de las autoridades de salud, hasta mediados de julio de este año, en la región se han registrado 12 casos de VIH/Sida en mujeres embarazadas, el 4,26% del total de reportes de este tipo en Colombia.

Del total de gestantes diagnosticadas con VIH, el 45,37% se encuentran en el segundo trimestre de gestación y el 36,88% en el tercer trimestre. Esto, pese a que el diagnóstico en el primer trimestre de gestación es fundamental para evitar las múltiples complicaciones que sufren durante esta etapa y obtener un tratamiento oportuno a la gestante, que permita disminuir la transmisión perinatal y aportar así al control de la epidemia, según los especialistas.

Por tal motivo, se plantea el presente estudio con el propósito de identificar la frecuencia de las complicaciones de las pacientes con VIH en etapa de gestación, el tiempo de hospitalización y mortalidad en los pacientes y productos que fueron ingresados en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus, para implementar medidas preventivas que contribuyan a disminuir el desarrollo de complicaciones y por tanto la mortalidad y los costos económicos y sociales de esta enfermedad, mejorando la calidad vida de la población afectada VIH , acorde al Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, que apoya los derechos del Plan del Buen Vivir contemplado en la Constitución Ecuatoriana 2008.

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

- Campo: Complicaciones
- Área: Gineco-Obstetrica
- Aspecto: Medicina preventiva.
- Tema: Complicaciones de las pacientes infectadas con VIH en etapa de gestación en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus de Junio a Diciembre del 2015
- Problema: Las complicaciones de las pacientes infectadas con VIH en etapa de gestación que presentan un problema

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Es la falta de información a todas las mujeres sobre las complicaciones que puede acarrear el VIH antes, durante y después de la concepción; la causa de mayor número de casos.
- ¿Cuál de las complicaciones de las pacientes infectadas con VIH en etapa de gestación fue la más frecuente en las pacientes que acudieron al Hospital Maternidad Marianita de Jesús?
- ¿Cuál es el tiempo de hospitalización por complicaciones de las pacientes infectadas con VIH en etapa de Gestación en el Hospital Maternidad Marianita de Jesús de Junio a Diciembre del 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Determinar las principales complicaciones de las mujeres Infectadas con VIH en etapa de gestación, el tiempo de estancia hospitalaria y sus resultados en el Hospital Maternidad Marianita de Jesús de Junio a Diciembre del 2015, mediante la revisión estadística de historias clínicas. Para establecer medidas preventivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales complicaciones en las pacientes embarazadas portadoras de VIH
- Reconocer los efectos más comunes que se producen por falta de información a las mujeres embarazadas portadoras de VIH.
- Establecer el tiempo de hospitalización por complicaciones causadas por el VIH.
- Proponer un manual ilustrativo sobre el VIH y sus complicaciones en gestantes con esta enfermedad.

HIPÓTESIS

Las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras de VIH y la no asistencia a los controles prenatales influyen en el deterioro del estado físico y emocional en gestantes atendidas en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus en las edades comprendidas de los 20 a 40 años.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes embarazadas infectadas con el VIH, atendidas en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Seropositividad de cónyuges.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedades oportunistas.
- Tiempo de detección de la infección por VIH.
- Muerte materno-fetal.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

¿QUÉ ES VIH?

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.

Las personas que son diagnosticadas con SIDA, pueden tener lo que se conoce como infecciones oportunistas, causadas por virus, bacterias, parásitos y hongos contra las que las personas sanas generalmente pueden luchar, poniendo en peligro la vida del paciente. Si una paciente está infectada con el VIH es posible que tarde diez años o más en desarrollar SIDA, e incluso sin haber recibido tratamiento, o puede que ocurra mucho más rápidamente. Pero con una terapia agresiva y adecuada a base de medicamentos, el pronóstico es mucho mejor. No hay medicaciones que puedan erradicar el VIH, pero hay terapias que pueden ayudar a suprimir el virus, siendo indetectable para que el sistema inmune funcione durante periodos de tiempo más largos y retrasar así la aparición de infecciones graves. (revista-portalesmedicos)(1)

VIH Y EMBARAZO

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

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

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

La mayoría de las mujeres descubren su portación o enfermedad durante el embarazo o posterioridad al parto al pesquisarse la infección en su descendencia. En relación a la necesidad de testear a todas las mujeres en su consulta pre y/o postconcepcional, el

American College of Obstetricians and Gynecologists, recomienda realizarlo en forma rutinaria, conducta adoptada frecuentemente en nuestro país; a este respecto cabe señalar que en nuestro país según la normativa legal vigente (Resolución Exenta N° 371 del 2/02/2011 publicada en el diario oficial el día 09/02/2011), obliga el acto de consejería pre test, la necesidad de consentimiento informado y la voluntariedad de las personas en la decisión de la realización del examen, por lo que su toma requiere la participación de personal adiestrado en "consejería", la cual ha reforzado la decisión en la mujer a realizarse el examen y ha llevado a un significativo aumento en la adhesión a conductas preventivas y al tratamiento (Uganda y Ruanda).

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

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

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

En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad médica crónica, la incidencia de patología obstétrica no aumenta permaneciendo el aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pre término y muerte fetal dentro de prevalencias esperables. Sin embargo, en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario ($CD4 < 300/dl$) el riesgo de las complicaciones infecciosas se incrementan.

El enfrentamiento clínico a una gestante seropositiva se debe basar en una evaluación minuciosa de su estado de salud inicial, realizándose un completo examen físico, dando especial atención a aquellos signos que nos orienten a patología infecciosa oportunista y evaluando su estado inmunitario actual. Dentro de los exámenes de laboratorio que rutinariamente deben realizarse destacan. (infecciones por virus de inmunodeficiencia humana en la embarazada, 2013)(2)

MOMENTOS DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

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

Transmisión Intrauterina (25%)

El VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto, esto ocurre por vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por 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.

Generalmente los estudios indican que la transmisión intrauterina ocurre en los momentos próximos al parto.

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.

Transmisión por leche Materna (35%)

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

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

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISION MADRE-HIJO

Factores maternos: (Dr. Elio Adrián Ayala) (3)

- Porcentaje de células CD4 <350 cel/mm³, infección primaria o enfermedad avanzada por VIH (están relacionados con el daño inmunitario y la carga viral >1000 copias/ml).

- Estado clínico e inmunológico
- La solución de continuidad de las superficies mucosa, cutánea y la carga viral aumentada en las secreciones cérvico-vaginales en presencia de vaginitis, cervicitis, uretritis, úlceras genitales, etc, favorecen la transmisión del VIH al feto cuando pase por el canal del parto.
- Tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas.
- Desnutrición materna y déficit de vitaminas.

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.

Factores obstétricos:

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

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

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

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

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

Factores Fetales:

- Prematurez
- Bajo peso al nacer

- Muguet oral en el niño.

Otros factores:

- Enfermedades ETS,
- infecciones tipo vaginosis o candidiasis;
- estado nutricionales, estilo de vida
- y por supuesto el NO uso de terapia retroviral profiláctica.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA EMBARAZADA

Por todo ello, 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. Algunas características que debe reunir la serología VIH en la embarazada son:

1. **Universal.** Debe realizarse a todas las mujeres, independientemente de los posibles factores de riesgo.
2. **Voluntaria.**
3. **Consejo.** La petición de serología VIH debe ir acompañada siempre de consejo pretest y postest.
4. **Confirmación.** No debe informarse nunca una primera serología VIH de screening ya que en la población de bajo riesgo, como son el conjunto de las embarazadas, el valor predictivo positivo del ELISA VIH-1 es bajo. Siempre hay que realizar una segunda determinación de ELISA VIH seguida de la técnica confirmatoria de *WesternBlot*.(Jorge Quián R.)(4)

LA DETECCIÓN

La detección del estado de infección de la mujer embarazada es el paso más importante en la prevención de la transmisión vertical, esta se realiza a través de las pruebas de tamizaje con: Pruebas rápidas * ELISA para VIH

Debiera solicitarse a toda embarazada estudio serológico de VIH, si es (+), es indeterminado o hay fuerte sospecha, es necesario buscar el antígeno p24 y/o el ADN por reacción de polimerasa (PCR), para descartar infección en periodo de ventana.

EL DIAGNÓSTICO

Una vez realizado el examen con dos pruebas reactivas, para establecer el diagnóstico definitivo se debe realizar una de las siguientes pruebas confirmatorias:

- Inmunofluorescencia (IFI – VIH), o
- Western Blot.

Si sale (+) la serología y/o la antigenemia y/o la PCR debe considerarse como portadora de VIH.

MANEJO DE LA GESTACION EN LA MUJER CON VIH

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. (Manejo integral de la gestante con Virus de la Inmunodeficiencia Humana, 2010)(5)

Historia clínica:

- 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.
- Evaluación clínica: estado clínico. Antecedente de infecciones oportunistas
- Historia de uso de ARV, anterior y actual (estudio de resistencias, antecedentes de toxicidad por (ARV). En gestantes no controladas en dicha institución, se solicitará un informe de su infectólogo de referencia.

Control gestacional

Los cuidados prenatales deben realizarse en las clínicas del Sida, se aplican las mismas normas establecidas para salud sexual y reproductiva, tomando en consideración ciertas particularidades en la mujer embarazada portadora de VIH.

Se debe realizar anamnesis, examen físico completo y exámenes complementarios para tipificar 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.

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
- Profilaxis del recién nacido¹⁴

Exploraciones complementarias

Exámenes complementarios generales al ingreso:

- Hemograma
- Perfil bioquímico (PBQ) que incluya pruebas hepáticas, creatinemia y el Perfil lipídico.
- Grupo Sanguíneo y Rh.

- Orina F.Q.S. y Urocultivo.
- VDRL o RPR
- Ecografía Doppler a las 28 semanas, debido al aumento de incidencia de CIR en este subgrupo de gestantes.

Exámenes complementarios específicos al ingreso:

- 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 realizarán en pacientes de riesgo y a todas las gestantes entre las 20-40 semanas.
- Toma de PAP
- Serología para *Toxoplasma gondii* IgG e IgM
- Serología de enfermedad de Chagas

Exámenes Especiales:

- Determinación de la carga viral (CV) del VIH en plasma y recuento de linfocitos CD4+.
- El control periódico de la carga CV plasmática se realizará:
- A los 30 días del inicio del tratamiento ARV.
 - Trimestral, como mínimo, una vez conseguida una CV indetectable.
 - Entre las 34-36 semanas para establecer la opción a un parto por vía vaginal o en el momento del parto o inmediatamente posterior.

RIESGO DE INFECCIÓN

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 de alteraciones metabólicas a mediano y largo plazo.

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.

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). (5)

En relación con el efecto de la infección por el VIH sobre el embarazo coinciden en mencionar varias de ellas como son:

- Abortos espontáneos,
- Amenaza o parto pretérmino se presenta con una frecuencia duplicada,
- Infección del tracto genital por otros gérmenes (*N.gonorrhoeae*, *Clamidia trachomatis*, *Cándida albicans*, *Trichomonas vaginalis*).
- También se describe la ruptura prematura de membranas
- Anemia, que en muchos de los casos se debe a la toma del tratamiento antirretroviral.
- Otras complicaciones frecuentes en mujeres seropositivas al VIH son la neumonía bacteriana,
- Sepsis urinaria,
- Herpes zoster,
- Sarcoma de Kaposi
- Embarazo ectópico,
- Y sobre todo tuberculosis, que es la más común infección oportunista.
- La sífilis estuvo presente en el 33 % de las gestantes VIH positivas, por lo que todas las gestantes VIH positivas deben ser pesquisadas con serología para sífilis, aun en regiones de baja prevalencia.
- Placenta previa
- Y el *abruptioplacentae*, más común en mujeres VIH positivas.
- En el postparto también son más comunes las complicaciones infecciosas en mujeres VIH positivas.
- El peso al nacer de los recién nacidos entre madres VIH positivas y negativas son de menor peso.
- Asimismo se notifica incremento de las muertes fetales.

Se discute si el embarazo acarrea riesgos adicionales al ya vulnerable sistema inmunológico de una mujer infectada. Pero durante los últimos años, el embarazo no parece haber sido causa de aceleración del proceso de infección por VIH en mujeres con cantidades altas de linfocitos T y que no muestran síntomas de sida. (Recuerda: "el sida" es simplemente la última etapa de infección por VIH, cuando la destrucción del sistema inmunológico provoca ya enfermedades específicas). Al contrario, parece ser que tener un hijo ejerza un efecto positivo en la salud de algunas mujeres.

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. (Factores clínicos y demográficos del aborto espontáneo, 2012)(6)

Causas

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

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.

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.

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.

Recordar que a pesar de que la Zidovudina (AZT) haya producido anemia en la gestante, debe usarse siempre en el intraparto. (Zidovudina, Azidotimidina o AZT, 2011)(7)

SÍNTOMAS

- Cansancio y debilidad.
- Ictericia.
- Disnea.
- Cefalea.
- Náuseas.
- Palpitaciones.

FACTORES DE RIESGO

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

POSIBLES COMPLICACIONES

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

PRONÓSTICO

Curable con tratamiento alimenticio o medicación, bien por vía oral o por inyección intramuscular.

La OMS recomienda el consumo habitual de hierro y la administración de suplementos de folato a todas las embarazadas que viven en las zonas con una alta prevalencia de carencia de hierro. También se recomienda la administración de suplementos de hierro durante el período de postparto.

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

En las mujeres embarazadas que padecen la infección por el VIH que no tienen indicaciones para recibir antirretrovirales, la prioridad es tratar la anemia grave. Los esquemas profilácticos que contienen AZT sólo deberán iniciarse después de haber corregido la anemia grave ($Hb > 7$ g/dl).

AMENAZA DE PARTO PREMATURO (APP)

La prematuridad es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal en el mundo desarrollado suponiendo hasta el 70% de las muertes neonatales y siendo causa del 75% de la morbilidad. Se le considera un síndrome cuyas causas son múltiples y que incluyen patologías placentarias, infecciosas, distensión uterina aumentada, etc.

En el caso del VIH algunos autores encuentran una asociación entre el parto de pretérmino y la infección por el VIH. Las causas y mecanismos de la prematuridad en la infección por VIH son desconocidos y por tanto no existe ninguna estrategia preventiva que nos pueda garantizar la ausencia de prematuridad.

El riesgo de una amenaza de parto pretérmino (APP) es que se produzca un parto antes de las 37 semanas, su diagnóstico se basa en la presencia de contracciones uterinas y la aparición de modificaciones cervicales.. Otros aspectos más específicos de la infección por el VIH que harían aumentar la prevalencia del parto pretérmino serían el deterioro del estado inmune materno o el tratamiento antirretroviral (TARV) sobre todo en el caso de pacientes que reciben TARV previa al embarazo.

Debido a que el problema del parto prematuro es aún un tema que no está resuelto, deberán adoptarse todas las medidas necesarias para prevenirlo. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, 2010) (8)

Recomendaciones:

_ Se debe ofrecer un adecuado control prenatal a las embarazadas con infección por VIH. Durante el control prenatal se recomienda:

- La realización de un screening de infecciones ginecológicas, dado el mayor riesgo de parto pretérmino que presentan.
- La reducción del consumo de tóxicos como tabaco, alcohol y drogas.
- Procurar un buen estado nutricional durante la gestación.

- En caso de cirugía previa en el cuello uterino, frecuente por la alta incidencia de displasia en VIH, evaluar su competencia en el primer trimestre de la gestación y la necesidad de un cerclaje.
- Un inicio más precoz de los controles semanales, mediante monitorización fetal y tacto vaginal, comenzando desde las 34 semanas

El diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto prematuro seguirá las pautas habituales para la población general según normas del MSP incluido el uso de corticoides para reducir la morbimortalidad por prematuridad

En presencia de contracciones regulares, aunque las modificaciones cervicales sean escasas, se recomienda la administración, junto con el tratamiento tocolítico, de ZidovudinaAZTEndovenosa 2 mg/ kg/ hora durante la primera hora seguida de 1 mg/ kg/ hora hasta que ceda la dinámica de acuerdo a la norma de administración de antirretroviral (ARV) durante el parto.

- Si no se consigue frenar el cuadro y se desencadena el parto y/o se produce la rotura de las membranas, se deberá realizar una cesárea con la suficiente antelación.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

La rotura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de la integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico, la comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina.

Puede dar lugar a una serie de complicaciones como infecciones maternas y fetales o neonatales, parto prematuro, etc, por lo cual requiere de un manejo específico.

Antes del uso de TARV en el embarazo, varios estudios encontraron una relación entre la duración de la rotura de bolsa y la transmisión vertical (TV), sobre todo si dicha duración es superior a cuatro horas. El riesgo de transmisión vertical aumenta en un 2% por cada hora que la bolsa permanece rota en mujeres con menos de 24 horas de rotura.

Al desconocerse el riesgo de infección fetal en pacientes con RPM y carga viral plasmática muy baja y/o que reciben TARV. El manejo dependerá fundamentalmente, de la edad gestacional.

Recomendaciones:

Frente a la Rotura Prematura de Membranas en embarazadas con VIH, la conducta recomendada según la edad gestacional es la siguiente:

- Menor de 26 semanas: se recomienda el tratamiento conservador por el riesgo de secuelas severas secundarias a la prematuridad y la alta mortalidad neonatal. Todas las pacientes deben recibir TARV y llevar a cabo las medidas habituales de control y tratamiento como administración de antibióticos profilácticos y corticoides.
- Entre 26 y 30 semanas: deberá evaluarse cada caso según el estado materno y fetal, la situación virológica de la madre, si ha recibido o no tratamiento y los resultados neonatales.

- Entre 30 y 34 semanas: la conducta general recomendada será poner término a la gestación. Dada la mayor tendencia al aumento de la TV reportada en partos prematuros con RPM incluso recibiendo TARV, la vía preferida será la cesárea.
- En embarazos a término con RPM se aconseja llevar a cabo una inducción inmediata del parto si el índice de Bishop es favorable y sino está contraindicado el parto vaginal.²³

Puesto que el Ministerio de Salud Pública y el Hospital Maternidad Marianita de Jesús a toda paciente con VIH se le realizará una cesárea programada; para así prevenir la transmisión materno-fetal.

INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS

¿Qué es una infección de las vías urinarias?

Las infecciones de las vías urinarias (IVU) son causadas por bacterias que invaden el aparato urinario y se multiplican. La infección puede ocurrir en cualquier parte del aparato urinario, aunque generalmente se presenta en la uretra.

Se produce infección cuando las bacterias de la piel, vagina o recto entran en la uretra y se desplazan hacia arriba. A menudo las bacterias se detienen en la vejiga y se multiplican allí, causando una inflamación y los típicos síntomas de la cistitis.

Pero las bacterias también pueden desplazarse desde la vejiga, a través de los uréteres, hasta uno de los riñones o los dos, causando una infección allí. **Una infección en los riñones, también llamada Pielonefritis**, es la complicación médica grave más común durante el embarazo. Esta infección puede extenderse a la corriente sanguínea y poner la vida en peligro.

Una infección en los riñones también puede tener consecuencias graves para el bebé. Aumenta el riesgo de que tenga un **parto prematuro** o un bebé que nazca con bajo peso, y se ha asociado con un mayor riesgo de muerte fetal o muerte al nacimiento.

¿La mujer es más propensa a la infección de las vías urinarias durante el embarazo?

Durante el embarazo, el alto nivel de la hormona **progesterona** relaja el tono muscular de los ureteres, y esto los dilata y hace más lento el flujo de la orina. Además el útero, que cada vez está más grande, puede comprimir los ureteres lo cual dificulta el paso de la orina. La vejiga también pierde tono muscular durante el embarazo. Resulta más difícil vaciarla por completo cuando se orina y se vuelve más propensa al reflujo, una condición en la que parte de la orina vuelve a subir por los uréteres hacia los riñones.

Durante el embarazo la orina es menos ácida y es más propensa a contener glucosa, y ambas cosas aumentan el potencial de crecimiento de las bacterias. (Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias, 2013)(9)

¿Qué sucede si existe bacteriuria asintomática durante el embarazo?

La bacteriuria asintomática se ha asociado con parto prematuro y bajo peso al nacer. Y, si no se trata, hay un 40 por ciento de posibilidades de desarrollar una infección en los

riñones. Sin embargo, con el tratamiento adecuado el riesgo se reduce dramáticamente, a entre el 1 y el 4 por ciento.

Para saber si existen bacterias en las vías urinarias, el doctor analizará una muestra de la orina en la **primera visita prenatal**, si el análisis da positivo, se tratará con antibióticos por vía oral que son seguros durante el embarazo.

Al finalizar el tratamiento se harán otros análisis de orina para asegurarse de que ya no hay infección. Si no se ha curado, se tratará con un antibiótico diferente. Se deberá repetir los análisis de orina a intervalos regulares durante el embarazo para asegurarse de que no hay otra infección.

RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) describe un trastorno en el que el feto tiene un tamaño menor que el previsto para la cantidad de semanas de gestación.

Un feto con RCIU suele tener un peso fetal estimado menor que el percentilo diez. Esto significa que pesa menos que el 90 por ciento de los fetos que tienen la misma edad gestacional. Un feto con RCIU también puede nacer a término (después de las 37 semanas de gestación) o prematuramente (antes de las 37 semanas).

Los recién nacidos con RCIU a menudo son delgados, pálidos y su piel es seca y floja. Con frecuencia, el cordón umbilical también es delgado y pálido en lugar de ser brillante y grueso. Algunos no tienen este aspecto desnutrido pero son más pequeños.

(REESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU), 2015) (10)

CLASIFICACIÓN

RCIU Simétrico

También llamado, armónico, precoz y tipo 1. Se presenta con menos frecuencia que el asimétrico y se asocia a compromiso temprano en la gestación.

Presenta reducción de todas sus medidas; perímetro craneano, talla y peso conservando su proporcionalidad corporal. Como luego de la 7ª u 8ª semana, en que el crecimiento es sincrónico, cada órgano adquiere su propia velocidad de crecimiento, cada uno de ellos tiene su propio período crítico.

El perímetro craneano tiene este período entre las 18 y 20 semanas de gestación y por ello una noxa en esas semanas gestacionales, provocará un enlentecimiento del desarrollo del cráneo, con consecuencias neurológicas.

RCIU Asimétrico

También llamado, disarmónico, tardío y tipo 2. Es la presentación más frecuente en nuestro medio. Se caracteriza por compromiso del peso, con talla y PC aceptables para la edad.

Lo único que disminuye es el peso por una disminución marcada de los depósitos de grasa a nivel periférico y del tamaño del hígado fetal, lo cual reduce el perímetro abdominal fetal con pérdida de la proporcionalidad corporal.

Factores Maternos:

- o Mujeres con VIH
- o Hipertensión arterial
- o Enfermedad renal crónica
- o Diabetes avanzada
- o Enfermedad cardíaca o respiratoria
- o Desnutrición, anemia
- o Infecciones
- o Drogadicción (abuso de alcohol, drogas)
- o Tabaquismo

Factores relacionados con el útero y la placenta:

- o Reducción del flujo sanguíneo en el útero y la placenta
- o Desprendimiento placentario (la placenta se desprende del útero)
- o Placenta previa (la placenta se implanta en el segmento inferior del útero)
- o Infecciones en los tejidos que rodean al feto

Factores relacionados con el bebé en desarrollo (Feto):

- o Gestación múltiple (mellizos, trillizos, etc.)
- o Infecciones
- o Defectos congénitos
- o Anomalías cromosómicas

Los bebés con RCIU pueden tener los siguientes problemas al nacer, entre otros:

- Disminución de los niveles de oxígeno
- Puntaje Apgar bajo (una evaluación que ayuda a identificar a los bebés que tienen dificultades de adaptación después del parto)
- Aspiración de meconio (inhalación de las primeras deposiciones en el útero) que pueden producir dificultades respiratorias
- Hipoglucemia (bajo nivel del azúcar en la sangre)
- Dificultad para mantener una temperatura corporal normal
- Policitemia (demasiados glóbulos rojos)

El RCIU severo puede provocar la muerte del feto. También puede llevar a problemas de crecimiento a largo plazo en bebés y niños.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá de los resultados de las pruebas, condición clínica, lo avanzado que esté el embarazo y si ya estaba tomando medicamentos antirretrovirales. Decidir qué drogas usar para tratar a las personas infectadas con VIH es especialmente complicado durante el embarazo porque hay dos pacientes, la madre y su bebé. Sin embargo existe un antirretroviral llamado Zidovudina que es muy efectivo y previene la transmisión vertical hasta en un 70 por ciento. No solamente disminuye la carga viral, sino que cruza la placenta y ofrece también protección directa al bebé.

No se le dará ningún medicamento que pueda hacer daño a un bebé en desarrollo, pero no hay muchos datos sobre la seguridad de los medicamentos nuevos, y por eso sus efectos no se conocen bien. (regímenes recomendados para la terapia inicial en niños)

(11)

¿QUÉ PARÁMETROS INFLUYEN PARA UN ANTIRRETROVIRAL (ARV)?

Decidir exactamente qué ARV tomar y cuándo tomarlas puede ser muy difícil, porque se necesita equilibrar varias cosas diferentes que incluyen:

1. Salud de la mujer con VIH positivo embarazada
2. Reducir el riesgo de que el VIH pase al bebé
3. La posibilidad de tener efectos secundarios si se comienza a tomar las drogas
4. La posibilidad de que las drogas provoquen daño al bebé.

USO DE ANTIRRETROVIRAL EN LA MUJER EMBARAZADA CON VIH Indicación de inicio de Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

El tratamiento ARV en una embarazada con infección por VIH se debe iniciar lo más pronto posible para lograr la disminución de la CV (carga viral) a través de lo cual se impedirá la transmisión de virus al niño. Al mismo tiempo se debe mantener una estricta vigilancia de la situación clínica virológica e inmunológica de la paciente.

La carga viral permite evaluar la eficacia del tratamiento y cuando es menor a 1.000 copias/ml al final del embarazo apoya la decisión de realizar parto normal. Si la embarazada se encuentra en buen estado clínico, inmunológico y virológico no necesita iniciar tratamiento por su propia salud, en este caso se debe administrar TARGA como profilaxis de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH **después de la semana 14 de embarazo.**

Al iniciar un TARGA es necesario tener en cuenta la edad gestacional del feto, los posibles efectos de la exposición intrauterina a los fármacos y los efectos adversos del TARGA en la mujer embarazada.

El objetivo del TARGA es suprimir completamente la replicación viral para evitar el riesgo de transmisión y minimizar el riesgo de emergencia de resistencia a los ARV.

La pauta de primera línea recomendada para las mujeres embarazadas que presentan menos de 250 células CD4/mm³ se basa en dos Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) (habitualmente AZT + Lamivudina 3TC) con Nevirapina (NVP). En mujeres que presentan más de 250 células CD4/mm³ debe tenerse en cuenta que el uso de NVP puede estar asociada a una mayor toxicidad.

Existen varias opciones en este escenario: se prefiere utilizar una pauta con Inhibidores de la proteasa **IP** (Lopinavir más Ritonavir), otras alternativas incluyen utilizar NVP vigilando minuciosamente a la paciente durante las primeras 12 semanas de tratamiento.

(Martínez)(12)

DROGAS ANTIRETROVIRALES CONTRAINDICADAS DURANTE EL EMBARAZO:(VIH-SIDA Y EMBARAZO: ACTUALIZACION Y REALIDAD) (13)

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

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN MADRE CON VIH-SIDA

- A toda mujer infectada con VIH-SIDA se le debe ofrecer la oportunidad de una cesárea electiva (programada antes del inicio de labor de parto) a las 37-38 semanas de gestación. La confirmación de la edad gestacional será cuidadosamente establecida, para evitar prematuridad iatrogénica.
- La cesárea electiva debe ser siempre planificada y ejecutada en condiciones adecuadas para reducir todo riesgo, para la madre, recién nacido y personal de salud. Por ellos, el equipo responsable y las unidades de salud deberán establecer el día y la hora para la admisión de la embarazada con VIH-SIDA.
- Todas las mujeres en las que se realice la cesárea deben recibir AZT por vía intravenosa tres horas antes de efectuarse este procedimiento.
- Para la cesárea se recomienda incisión infraumbilical media de preferencia, con una adecuada técnica quirúrgica y con equipo médico entrenado. Manteniendo normas de bioseguridad.
- No se ha demostrado una reducción en la transmisión perinatal, si la cesárea se efectúa después de haberse iniciado el trabajo de parto o de la ruptura de membranas.
- Cabe anotar que está plenamente establecido que la ruptura de membranas mayor a cuatro horas aumenta el riesgo de transmisión fetal, por lo cual se debe evitar esta situación al igual que el trabajo de parto.
- La tasa de transmisión aumenta progresivamente después de las 4 horas de las membranas rotas, cerca del 2% por cada hora hasta las 24 horas, por lo que el uso de oxitócicos pudiera ser indicado para conducir el trabajo de parto, respetando las contraindicaciones. Si existe ruptura de membranas durante el trabajo de parto debe realizarse esfuerzos para disminuir el tiempo de exposición del niño a los fluidos vaginales y sangre materna. No es necesario aislar a la paciente portadora del VIH.

(VIH/SIDA en gestantes) (14)

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS INNECESARIOS (IBCLC) (15)

a) Evitar

La episiotomía

La rotura artificial y prolongada de membranas

El uso de agujas de sutura rectas,

El uso de escalpelo para cortar el cordón umbilical,

Amniocentesis en pacientes no controladas,

Amniscopía,

- Monitoreo invasivo,
b) Pinzar y cortar inmediatamente el cordón umbilical
c) Utilizar guantes para manipular al recién nacido
d) Bañar inmediatamente al niño con agua y jabón.

SEGUIMIENTO POSTPARTO

Se requiere cuidado multidisciplinario y servicios de apoyo para mujeres infectadas por VIH y sus familias. Los componentes de estos cuidados son:

- Educación, consejería, apoyo social.
- Planificación familiar.
- Cuidados: obstétrico y de especialidad en VIH.
- Servicios de salud mental (apoyo psicológico).
- Seguimiento a las mujeres en la post-cesárea especialmente a las que reciben TARGA por tratamiento hasta el puerperio tardío y luego referirla a las clínicas del SIDA.(Prevención de la transmisión vertical del VIH-1, 2011)(16)

Parámetros infecciosos:

- Serología rubéola.
- Urocultivo.
- Antígeno de superficie de virus hepatitis B.
- RPR ó VDRL.
- Serología para hepatitis C.
- PPD para tuberculosis.
- Serología para *Toxoplasma gondii*.
- Serología para citomegalovirus.
- Cultivo para gonococco, *Chlamydia*, *Mycoplasma* y Urea plasma.

Parámetros inmunológicos:

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

Todas las evaluaciones de diagnóstico antenatal pueden realizarse sin contraindicación, salvo aquellas técnicas invasivas que signifiquen un riesgo adicional al feto de ser infectado (biopsia de velloidad corial, amniocentesis, cordocentesis).

CAPITULO III MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La presente investigación se efectuó en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus MSP del Ecuador en la ciudad de Guayaquil.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis se realizara en el periodo de estudio que corresponde de Junio a Diciembre del año 2015

RECURSOS EMPLEADOS

FÍSICOS

- Hospital Maternidad Marianita de Jesus
- Universidad Estatal de Guayaquil.

HUMANOS

- Autor de Tesis
- Tutor de Tesis.
- Recurso Humano del Hospital Materno Maternidad Marianita de Jesús (Personal del área estadística).
- Pacientes embarazadas portadoras de VIH

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Mujeres Embarazadas atendidas en el Hospital Maternidad Marianita de Jesús en etapa de gestación en una edad comprendida entre 20 y 40 años corresponde a 3250.

MUESTRA

Mujeres embarazadas portadoras de VIH en edad comprendida 20 a 40 años de los últimos 6 meses del año 2015, atendidas en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus corresponde a 127 pacientes de las cuales se tomaron 100 pacientes ya que estas pacientes cumplían con todos sus documentos de la historia clínica y las otras 27 pacientes carecían de cierta información para el estudio.

MÉTODOS

TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo – Retrospectivo -- Transversal – no experimental

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La Investigación es de tipo descriptivo que permitió evaluar la información recolectada para la investigación., transversal por que se estudia a los sujetos en un mismo momento, no experimental; es decir no mantuvimos bajo control a la muestra investigada.

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

- Estudio sistemático de la información obtenida
- Cronograma de actividades para el desarrollo del trabajo de investigación
- Análisis de los resultados
- Conclusión de los resultados gráficos
- Recomendaciones
- Propuesta
- Cronograma de actividades de la propuesta.
- Aprobación del proyecto por el comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil.
- Autorización para ingreso a estadísticas en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus, previa solicitud mediante oficio.
- Obtención de datos mediante encuestas.
- Control de tutorías

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una labor estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones.

Los datos obtenidos se registraron en el formulario de estudio (Anexos), cuyos datos del formulario del proyecto han sido revisados y supervisados por el asesor metodológico de la tesis.

Los datos fueron procesados en computadora y se utilizó el procesador de textos, cuyos resultados se presentan en gráficos: circulares y columnas; cada uno con sus respectivos porcentajes; lo cual permite mostrar los resultados de una manera más clara y sencilla.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Están incluidas las pacientes embarazadas VIH positivas en cualquier etapa del embarazo comprendidas entre 20 a 40 años de edad, cuyos expedientes se encuentran en los archivos de la maternidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen a las pacientes embarazadas sin VIH cuyos expedientes no fueron accesibles a la investigadora en el momento de la recolección de datos y a las pacientes que eran VIH positivas cuyos datos no estaban completos para realizar el estudio.

VIABILIDAD

El desarrollo de la tesis es viable porque se cuenta con la asesoría y orientación del tutor legal designado, además de contar con los recursos necesarios tanto económicos, humanos, materiales, bibliográficos de mucha importancia para realizar una investigación de este tipo.

Todos los objetivos planteados y las soluciones propuestas buscan la identificación real de las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - SIDA de 20 a 40 años, ayudando así a la prevención, detección oportuna y disminución de la prolongación de la enfermedad para que los índices de morbi- mortalidad materna – fetal disminuyan.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

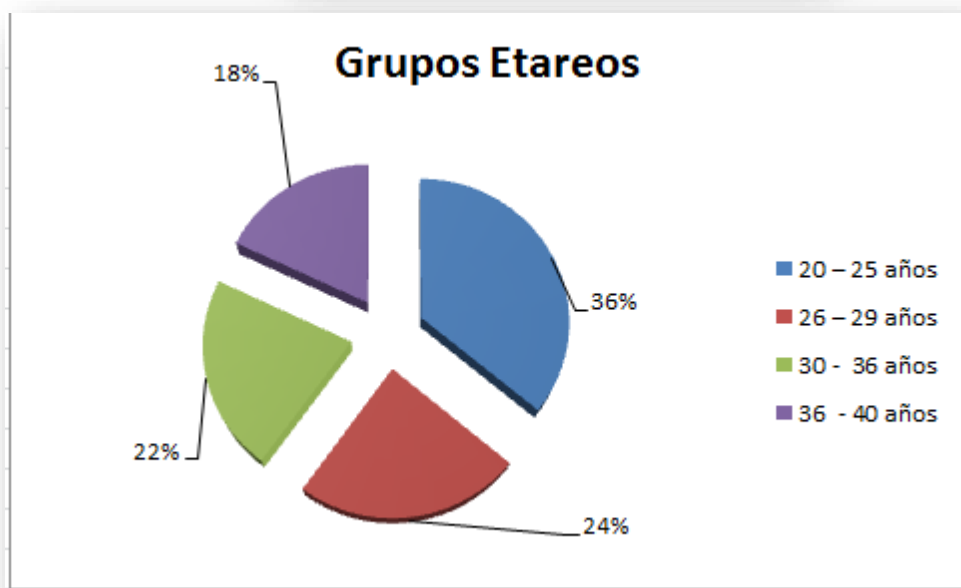
VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
<p>Variables independientes</p> <p>PACIENTES CON VIH EN ETAPA DE GESTACION</p>	<p>El Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH son las siglas de un retrovirus RNA que ataca el sistema inmune y causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH destruye gradualmente la capacidad de luchar contra infecciones y ciertos tipos de cáncer.</p>	<p>Edad gestacional</p> <p>Grupo etario</p> <p>Inicio con tratamiento ARV</p> <p>Controles prenatales</p>	<p><28 semanas</p> <p>28-36 semanas</p> <p>>36 semanas</p> <p>20 -25 años</p> <p>26- 29 años</p> <p>30- 36 años</p> <p>Si no</p> <p>Si no</p>	<p>Revisión estadística</p> <p>Interrogatorio</p> <p>Historia clínica</p>
<p>Variables dependientes</p> <p>Complicaciones</p>	<p>Son los efectos esperados o inesperados secundarios a una enfermedad</p>	<p>Infeccion de vias urinarias</p> <p>Aborto espontaneo</p> <p>Amenaza de aborto</p> <p>anemia</p>	<p>Si – no</p> <p>Si – no</p> <p>Si – no</p> <p>Si – no</p>	<p>Historias clínicas</p> <p>Encuesta.,</p>

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO # 1

COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDADES EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Grupos Etareos	pacientes n = 100	porcentajes
20 – 25 años	36	36%
26 – 29 años	24	24%
30 - 36 años	22	22%
36 - 40 años	18	18%
Total	100	100%



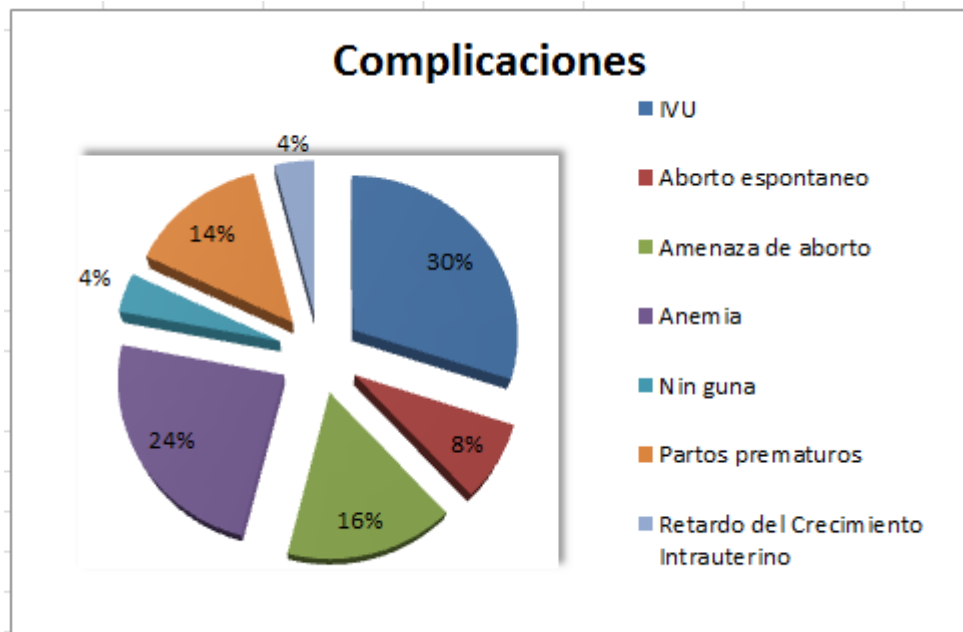
En el cuadro 1 se observa que la población más afectada en esta etapa gestacional según el grupo etareoson las mujeres más jóvenes en el estudio que corresponden a las edades:

De 20 a 25 años 36% y luego las siguientes estadísticas nos dan a conocer los siguientes resultados mujeres edad de 26 a 29 con 24% mujeres edad de 30 a 36 con 22% mujeres edad de 36 a 40 con un 18%

Cuadro#2

COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Complicaciones	Pacientes n = 100	Porcentajes
IVU	30	30%
Aborto espontaneo	8	8%
Amenaza de aborto	16	16%
Anemia	24	24%
Nin guna	4	4%
Partos prematuros	14	14%
Retardo del Crecimiento Intrauterino	4	4%
Total	100	100%



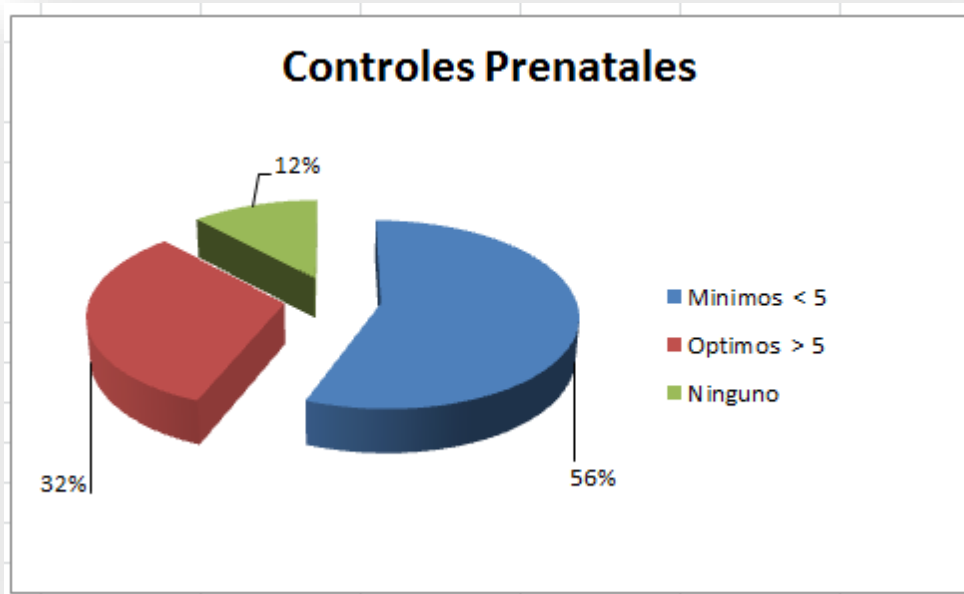
En el cuadro 2 que la complicación más frecuente por la que consultan las pacientes en etapa de gestación en este caso VIH es por:

IVU que ocupa un 30% seguido por la Anemia con un 24% entre otras complicaciones tenemos Amenaza de aborto con 16% Partos prematuros con 14% Aborto espontaneo con 8% Retardo del crecimiento intrauterino 4% y Ninguna complicación 4%

Cuadro # 3

CONTROLES PRENATALES QUE SE REALIZARON LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Controles prenatales	Pacientes n = 100	porcentajes
Minimos < 5	56	56%
Optimos > 5	32	32%
Ninguno	12	12%
Total	100	100%



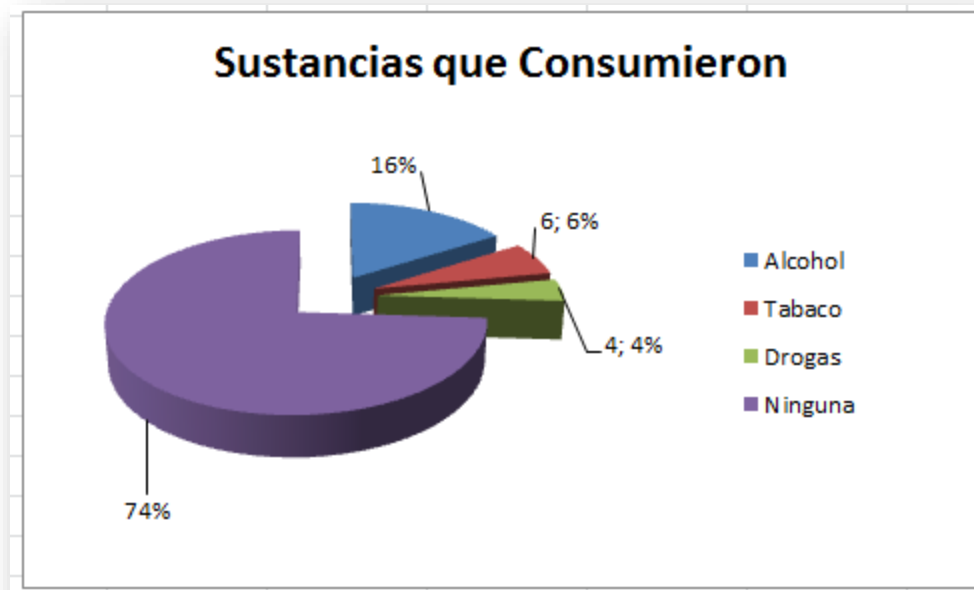
En el cuadro 3 se observa los controles realizados por las pacientes en el cual podemos observar las siguientes estadísticas.

Se realizaron controles óptimos >5 con un 56%, controles mínimos <5 con 32% y en último lugar pacientes que no tuvieron ningún control hasta el noveno mes que se presentaron con leucorrea abundante y acudieron a la emergencia sabiendo su diagnóstico y se le procedió a la Cesárea

Cuadro #4

SUSTANCIAS PERJUDICIALES QUE CONSUMIERON LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Sustancias que consumieron	Pacientes n = 100	Porcentajes
Alcohol	16	16%
Tabaco	6	6%
Drogas	4	4%
Ninguna	74	74%
Total	100	100%



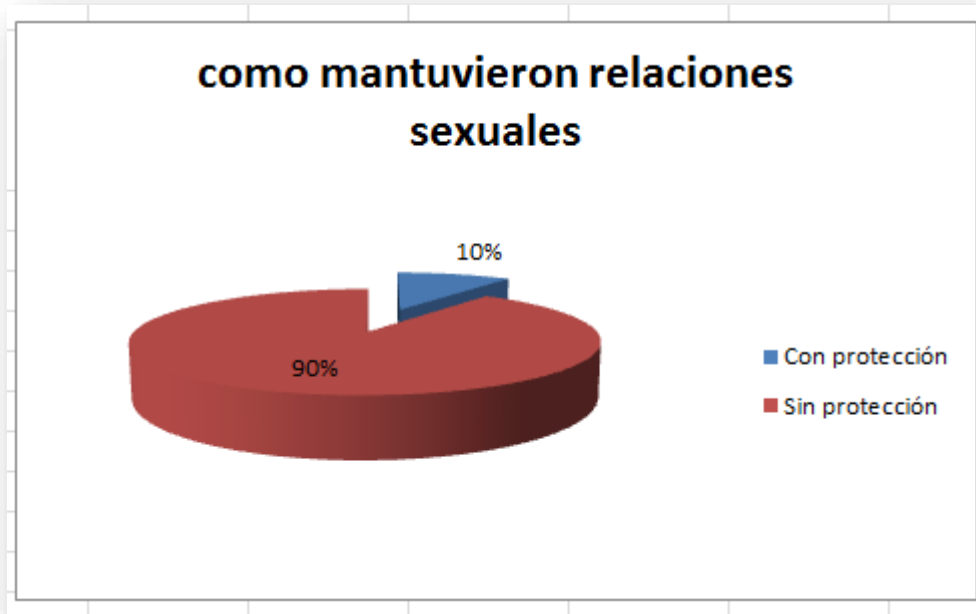
En el cuadro 4 se evidencia que algunas pacientes consumieron ciertas sustancias perjudiciales para su salud, antes y durante su embarazo obteniendo los siguientes resultados

Alcohol con un 16% Tabaco con un 3.6% Drogas 2.4% y pacientes que no consumieron sustancias perjudiciales con un 74%

Cuadro #5

COMO MANTUVIERON SUS RELACIONES SEXUALES LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Como mantuvieron sus relaciones sexuales	Pacientes n = 100	Porcentajes
Con protección	10	10%
Sin protección	90	90%
Total	100	100%

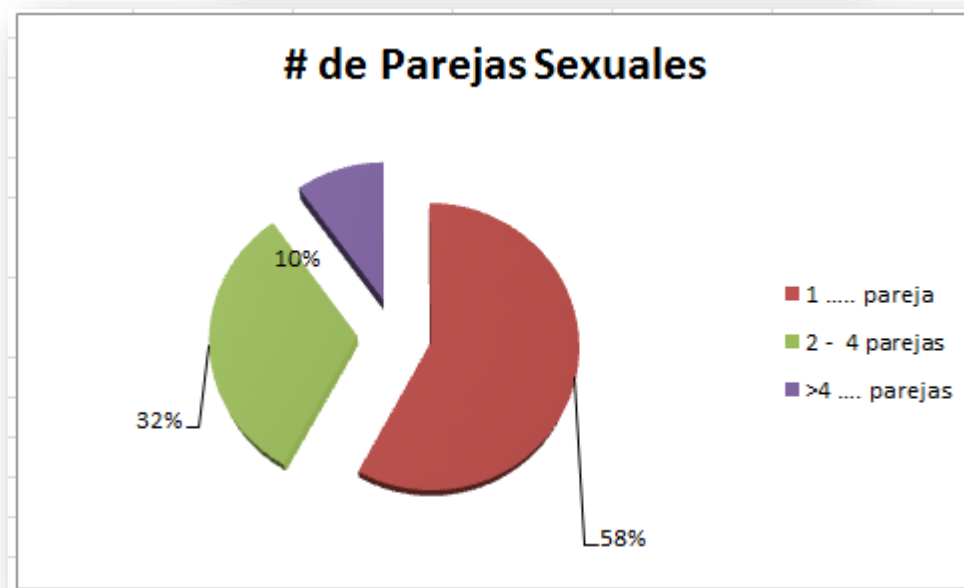


En el cuadro 5 observamos la estadística de cómo mantuvieron sus relaciones sexuales las pacientes del estudio realizado y se observa que el 100% de las pacientes mantuvieron sus relaciones sexuales sin protección alguna.

CUADRO #6

CUANTAS PAREJAS SEXUALES HAN MANTENIDOLAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

# Parejas Sexuales	Pacientes n = 100	Porcentajes
1 pareja	58	58%
2 - 4 parejas	32	32%
>4 parejas	10	10%
Total	100	100%

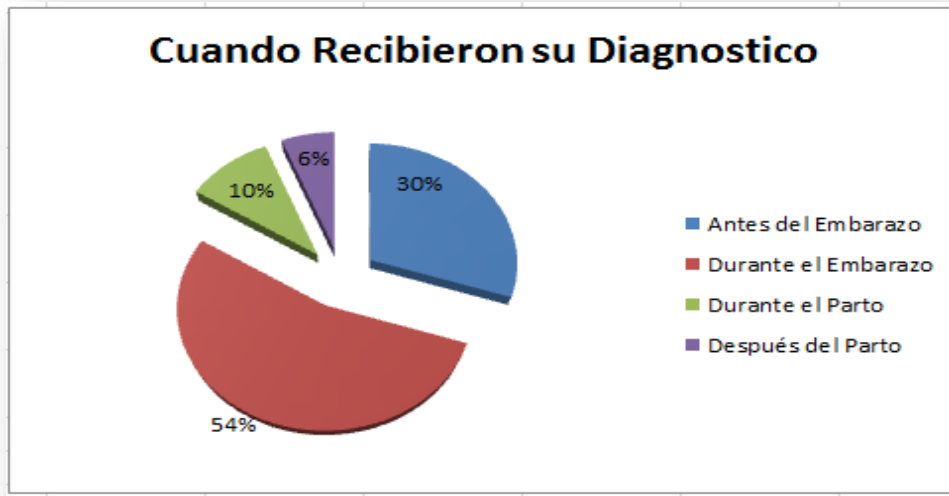


En el cuadro 6 se puede observar el número de parejas con las que las pacientes mantuvieron relaciones sexuales antes del embarazo y durante sus primeros meses, obteniendo los siguientes resultados Con 1 pareja ocupando 58% Con 2 parejas ocupando el 32% y pacientes que mantuvieron relaciones sexuales con más de 4 parejas con un 10%

Cuadro #7

CUANDO RECIBIERON SU DIAGNOSTICOLAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Quando recibieron su diagnostico	Pacientes n = 100	Porcentajes
Antes del Embarazo	30	30%
Durante el Embarazo	54	54%
Durante el Parto	10	10%
Después del Parto	6	6%
Total	100	100%



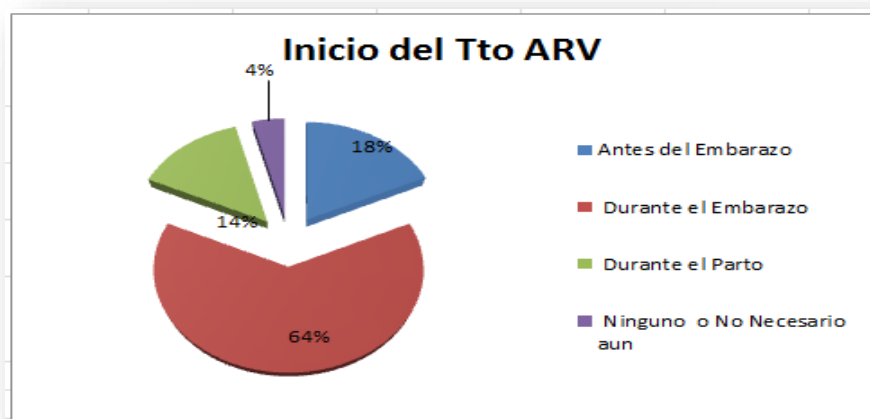
En el cuadro 7 se observa en que momento recibieron su diagnostico las pacientes obteniendo los siguientes resultados

Antes del embarazo 30% Durante el embarazo 54% Durante su etapa de parto 10% (se les realizo cesárea de emergencia) Después del parto con un 6%

CUADRO #8

COMIENZO DE SU TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALLAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LAMATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Comienzo de su tratamiento Antirretroviral	Pacientes n = 100	Porcentajes
Antes del Embarazo	18	18%
Durante el Embarazo	64	64%
Durante el Parto	14	14%
Ninguno o No Necesario aun	4	4%
Total	100	100%

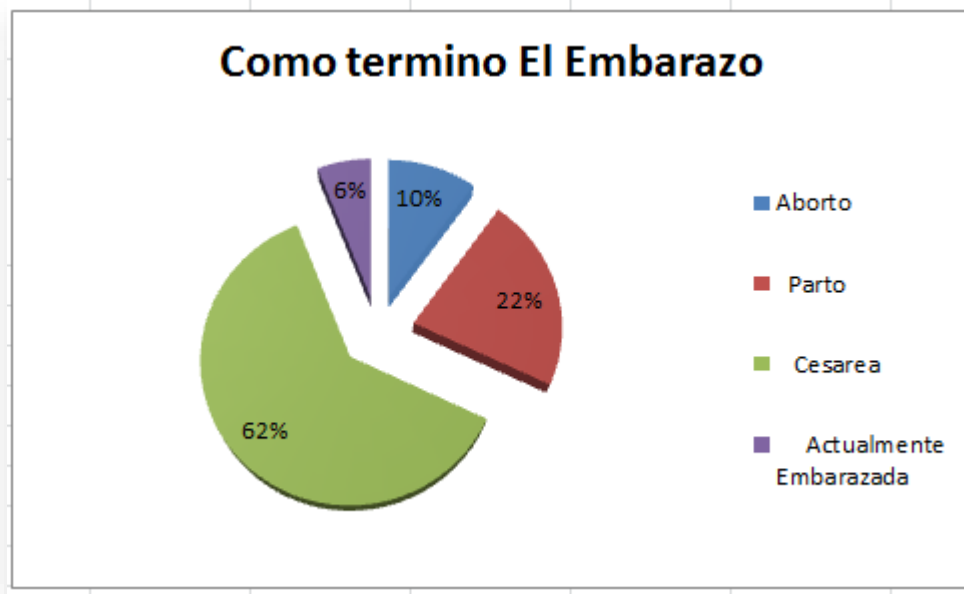


En el cuadro 8 se evidencia el momento en el cual se considero optimo que las pacientes iniciaran su tratamiento antirretroviral obteniendo los siguientes resultados Antes del Embarazo 18% Durante el Embarazo 64% Durante el Parto 14% No necesario aun 4%

Cuadro# 9

COMO TERMINO SU EMBARAZOLAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Como termino su Embarazo	Pacientes n= 100	Porcentajes
Aborto	10	10%
Parto	22	22%
Cesarea	62	62%
Actualmente Embarazada	6	6%
Total	100	100%



En el cuadro 9 se puede observar como termino el embarazo de las pacientes y podemos observar la siguiente estadística

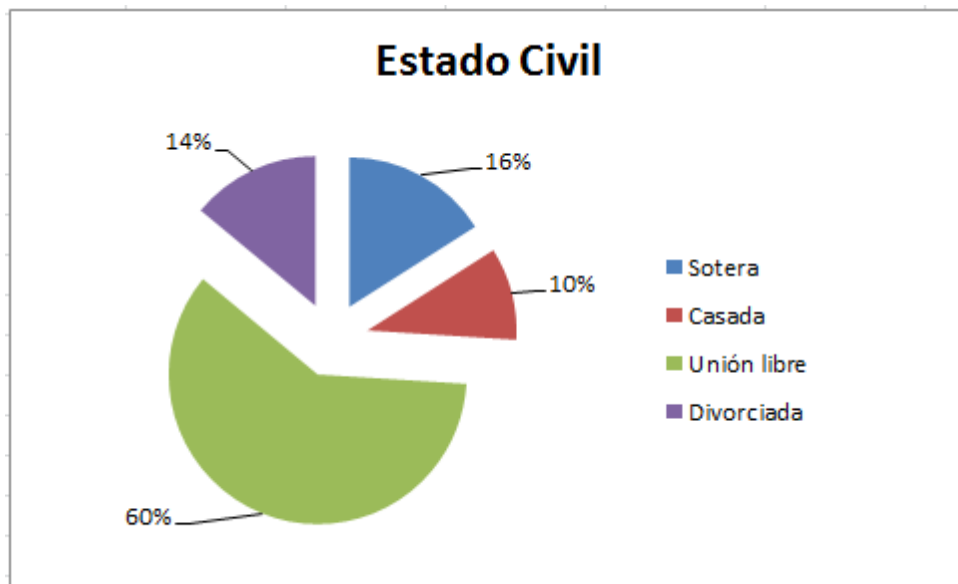
Cesárea 62% Parto 22% Aborto 10% Actualmente Embarazada 3

(Este último dato se obtuvo hasta el mes de Diciembre 2015)

CUADRO # 10

ESTADO CIVIL DE LA PACIENTELAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Estado civil de la paciente	Pacientes n = 100	Porcentaje
Sotera	16	16%
Casada	10	10%
Unión libre	60	60%
Divorciada	14	14%
Total	100	100%



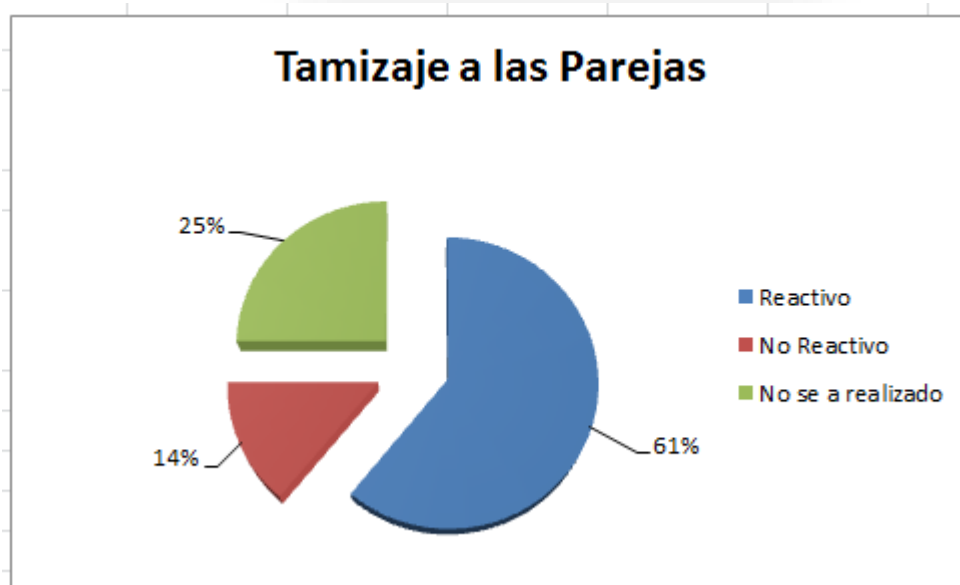
En el cuadro 10 podemos observar el estado civil en el que se encuentran las pacientes en el estudio realizado, obteniendo los siguientes datos.

Unión Libre 60% Soltera 16% Divorciada 14% Casada 10%

CUADRO # 11

RESULTADOS DEL TAMIZAJE EN LAS PAREJAS DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Tamizaje a las Parejas	Pacientes n = 100	Porcentajes
Reactivo	61	61%
No Reactivo	14	14%
No se a realizado	25	25%
Total	100	100%



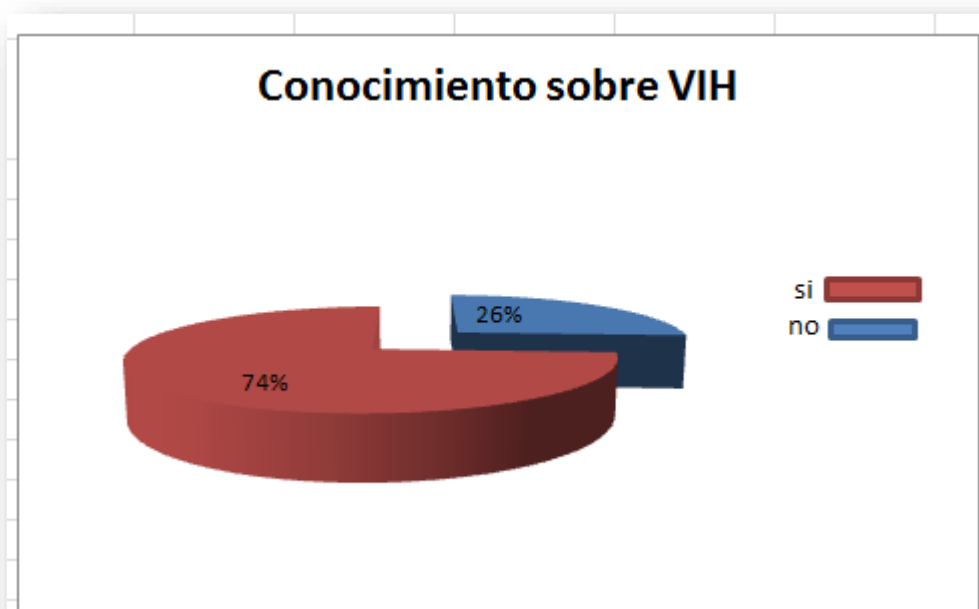
En el cuadro 11 se puede observar el resultado de la prueba de Tamizaje en las parejas de las pacientes de nuestro estudio obteniendo los siguientes resultados.

Reactivos 64% No reactivos 32% No sea realizado Tamisaje4%

CUADRO # 12

CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Conocimiento sobre VIH	Pacientes n = 100	Porcentajes
SI	26	26%
NO	74	74%
TOTAL	100	100%



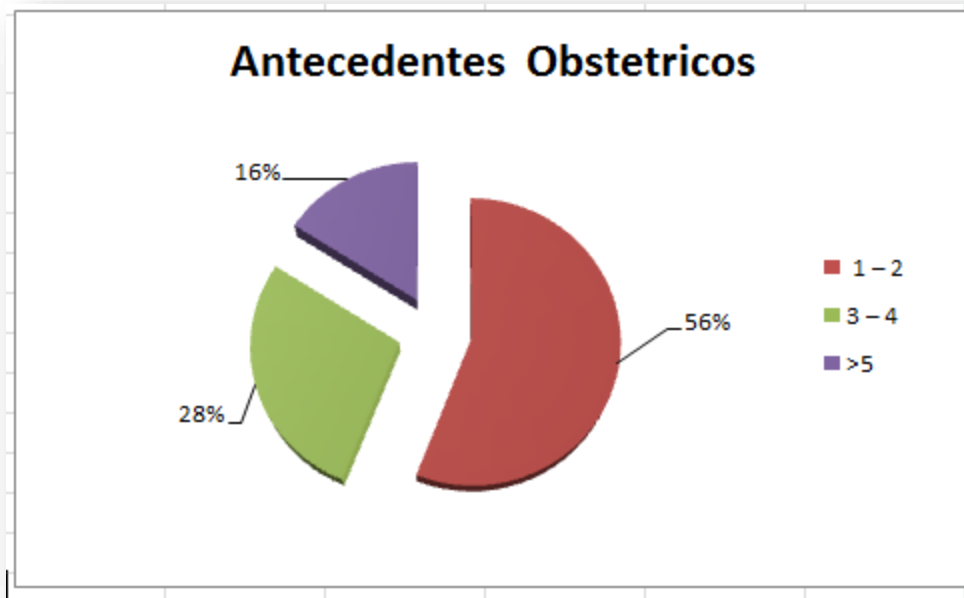
En el cuadro 12 se puede observar si la paciente tenía o no conocimiento acerca del VIH en nuestro estudio observamos los siguientes datos.

Si tenía Conocimiento 64% No tenía conocimiento 36%

CUADRO # 13

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Antecedentes Obstetricos	Pacientes n = 100	Porcentajes
1 – 2	56	56%
3 – 4	28	28%
>5	16	16%
Total	100	100%



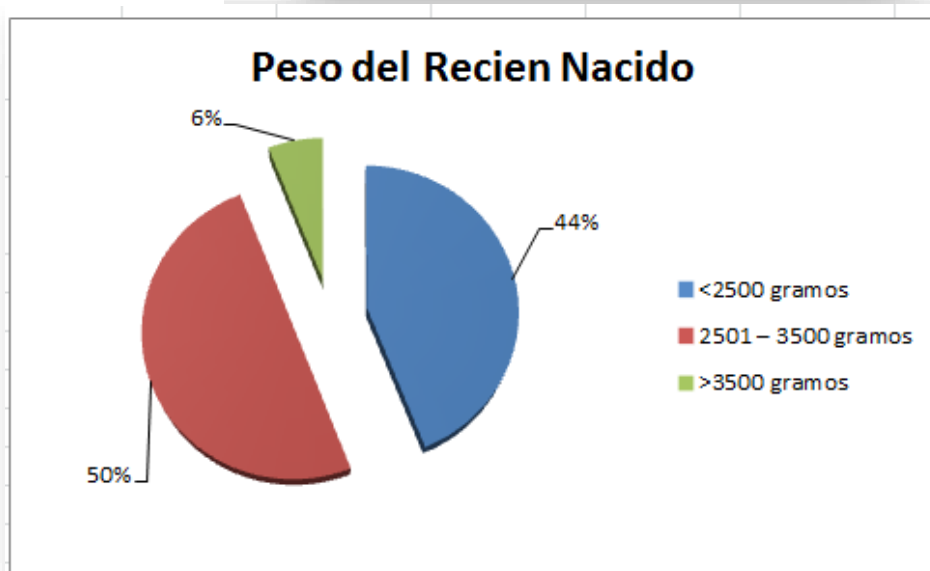
En el cuadro 13 podemos observar los antecedentes Obstétricos de las pacientes en nuestro estudio, refiriéndonos al número de gestaciones por las que cursaron hasta el presente año obteniendo los siguientes resultados.

De 1 a 2 Gestas 56% De 3 a 4 Gestas 28% Mas de 5 Gestas 16%

CUADRO # 14

- **PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015**

Peso del Recien Nacido	Pacientes n = 100	Porcentajes
<2500 gramos	44	44%
2501 – 3500 gramos	50	50%
>3500	6	6%
Total	100	100%



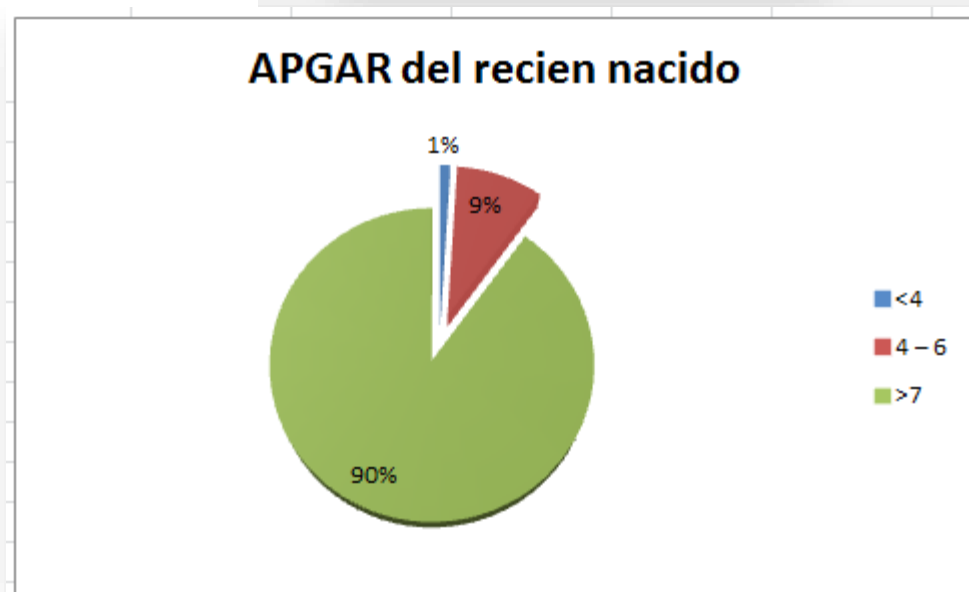
En el cuadro 14 se puede evidenciar el peso del recién nacido de las pacientes de nuestro estudio vale recalcar que el dato de un pequeño porcentaje de estas pacientes fue obtenido de los primeros 3 días del mes de enero del 2015 obteniendo los siguientes resultado

- a. < 2500 gramos 44% b. 2500 a 3000 gramos 50% c. > 3500 gramos 6%

CUADRO # 15

APGAR DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2015

Pacientes n = 100	Porcentajes
1	1%
9	9%
90	90%
100	100%



En el cuadro 15 podemos observar el test de APGAR realizado a los RN de las Pacientes de nuestro estudio, obteniendo los siguientes resultados.

a < 4 puntos 0% b 4 a 6 puntos 10% c > 7 puntos 90%

DISCUSION

Al realizar la culminación del estudio relacionado con las complicaciones de las pacientes VIH reactivas que cursan la etapa de gestación en el Hospital Maternidad Marianita de Jesus en la ciudad de Guayaquil podemos evidenciar que tanto en el Ecuador y en distintas partes del mundo el VIH sigue siendo un problema de salud pública de primer orden en el cual debemos tomar mucha atención en la culturización de la población acerca de esta enfermedad que se proporcióna de manera creciente en todo tipo de pacientes, irrespetando sexo, edad o condición social.

Nos enfocamos de una manera especial en las pacientes VIH en etapa de gestación, ya que evidenciamos en el estudio que se ah realizado con estadísticas mundiales el aumento de numero de casos nuevos de VIH en estas pacientes y las complicaciones que padecen que cada vez son mas frecuentes por diversos motivos como, falta de conocimiento acerca de la enfermedad y su prevención, inconsciencia

de algunas portadoras del VIH que conociendo su diagnostico no toman las debidas medidas preventivas para llevar un control y mejor calidad de vida

El VIH y el embarazo se han convertido en un problema de salud pública de mayor importancia, debido a las condiciones socio cultural que han determinado un aumento considerable de complicaciones en gestantes con dicha enfermedad.

La mayoría de las pacientes encuestadas desconocen sobre la enfermedad, por lo que se decidió diseñar este manual para aumentar sus conocimientos que podría ayudar a disminuir las complicaciones en la mujer en etapa reproductiva, durante el embarazo, parto y postparto.

El desconocimiento de las diferentes complicaciones y cuidados en relación a la madre y al niño, que impide de forma adecuada llevar un estilo de vida satisfactoriamente.; ya que las mujeres embarazadas 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.

Seguido la amenaza de parto pretérmino que es causa de morbi-mortalidad perinatal hasta el 70% de las muertes neonatales y siendo causa del 75% de la morbilidad.

Al desconocerse el riesgo de infección fetal en pacientes con RPM y carga viral plasmática muy baja y/o que reciben TAR. Ya que el riesgo de transmisión vertical aumenta en un 2% por cada hora que la bolsa permanece rota en mujeres con menos de 24 horas de rotura.

Por eso es hecho para atender las carencias específicas de las gestantes a partir de un diagnóstico.

CAPITULO V CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Al concluir mi tesis titulada pude llegar a las siguientes conclusiones:

1. Las complicaciones que se presentaron en pacientes embarazadas portadoras de VIH son: con un porcentaje elevado de Infección de vías urinarias con el 30%, seguido de la anemia con un 24%, con el 16% amenaza de aborto, el 14% partos prematuros, 8% amenaza de aborto, y con un nivel inferior el retardo de crecimiento intrauterino con un 4% y 4% Ninguna complicación

2. Estas complicaciones se presentaron en pacientes gestantes con VIH de 20 a 25 años con el 36%, muy seguidas de pacientes de 26 a 29 años con un 24%, luego de 30 a 36 años con el 22% y en menor porcentaje en gestantes con VIH en edades comprendidas entre 36 a 40 años con el 18%..

3. En cuanto al estado civil de las pacientes el de alto porcentaje es Unión libre con el **60%**.

4. Los controles prenatales tenemos que el alto índice de estas pacientes han recibido mínimos controles prenatales es decir <5 controles con el **56%**; a pesar de que existen mejoras en el control gestacional, continúa existiendo un porcentaje no despreciable de gestantes con VIH no controladas, en íntima relación.

5. Con mayor porcentaje las relaciones sexuales de estas pacientes las realizan sin protección con el **90%**; ya que el asesoramiento a cada paciente sobre el uso de preservativo durante las relaciones sexuales no se está dando, por lo cual alcanza el porcentaje total de las pacientes encuestadas, y con ello el riesgo de infección se incrementa.

6. El **58%** de las pacientes han tenido de 1 compañero sexual, que corresponde al de mayor porcentaje lo cual es alarmante.

7. En cuanto al momento de diagnóstico de la infección de las pacientes, se puede decir que durante el embarazo ha sido el de mayor porcentaje con un **54%**, y el comienzo del tratamiento antirretroviral también es durante el embarazo con el **64%**

8. Siendo la cesárea la vía de terminación con el mayor porcentaje del **62%**.

9. De acuerdo a la realización de la prueba de tamizaje de la pareja encontramos con un porcentaje del **64%** con resultado reactivo y de igual manera para aquellos que no se han realizado la prueba también con el **4%**.

10. El mayor porcentaje de las pacientes gestantes con VIH si tienen conocimiento sobre esta enfermedad con un **64%**. En los antecedentes Obstétricos tenemos un elevado porcentaje de 1 a 2 embarazos con el **56%**.

11. En cuanto al peso del recién nacido de estas pacientes el **50%** de ellos tuvieron de 2.501 a 3.500 g y de acuerdo al apgar que tuvieron los recién nacidos el de mayor porcentaje es >7 con el **90%**.

CAPITULO VI RECOMENDACIONES Y PROPUESTA

RECOMENDACIONES

Debido a los resultados obtenidos de las frecuencias de complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del Virus del VIH – SIDA, se demuestra que están relacionadas con la falta de información y la inconsciencia de muchas pacientes sobre esta enfermedad y lo que puede acarrear durante el embarazo, por lo que promuevo La creación por parte de las autoridades de salud de un “**MANUAL ILUSTRATIVO SOBRE EL VIH Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES GESTANTES CON DICHA ENFERMEDAD**”, haciendo énfasis de las pacientes que no pertenezcan a la maternidad también tengan acceso a dicho manual para lograr un embarazo en buenas condiciones materno fetales.

Los resultados obtenidos permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Incentivar a cada paciente para que tomen consciencia sobre dicha enfermedad y las complicaciones que pueden suceder, sino controla su embarazo.
- Con ello asesorar sobre el valor de los controles prenatales más que todo si se tratan de pacientes gestantes portadora de VIH; puesto que las pacientes no llevan un adecuado control.
- Que los profesionales de la salud, impartan los conocimientos adquiridos a las usuarias (os) que asisten a las instituciones hospitalarias.
- Informar sobre la importancia del VIH y el embarazo para así permitir que las pacientes tengan un parto y el bebé un nacimiento en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas; con el propósito de disminuir las complicaciones en gestantes con VIH, con un buen control; para que así beneficien la salud materna y perinatal.

JUSTIFICACIÓN

El VIH y el embarazo se han convertido en un problema de salud pública de mayor importancia, debido a las condiciones socio cultural que han determinado un aumento considerable de complicaciones en gestantes con dicha enfermedad.

La mayoría de las pacientes encuestadas desconocen sobre la enfermedad, por lo que se decidió diseñar este manual para aumentar sus conocimientos que podría ayudar a disminuir las complicaciones en la mujer en etapa reproductiva, durante el embarazo, parto y postparto.

El desconocimiento de las diferentes complicaciones y cuidados en relación a la madre y al niño, que impide de forma adecuada llevar un estilo de vida satisfactoriamente.; ya que las mujeres embarazadas 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.

Seguido la amenaza de parto pretérmino que es causa de morbi-mortalidad perinatal hasta el 70% de las muertes neonatales y siendo causa del 75% de la morbilidad.

Al desconocerse el riesgo de infección fetal en pacientes con RPM y carga viral plasmática muy baja y/o que reciben TAR. Ya que el riesgo de transmisión vertical aumenta en un 2% por cada hora que la bolsa permanece rota en mujeres con menos de 24 horas de rotura.

Por eso es hecho para atender las carencias específicas de las gestantes a partir de un diagnóstico.

OBJETIVOS

1. Lograr que las usuarias gestantes del Hospital Maternidad Marianita de Jesús conozcan un manual ilustrativo del VIH y sus complicaciones.
2. Permitir que el personal de salud del Hospital Maternidad se involucren para brindar información oportuna y adecuada a cada paciente.

FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN

Esta propuesta es factible, ya que es sencilla y de fácil elaboración con la ayuda de los recursos materiales, y humanos; para poder dar orientación y conocimiento a todas las pacientes gestantes.

METAS

1. Promover la Creacion y repartición del manual cada semana en el Hospital Maternidad Marianita de Jesús en el área de consulta externa dirigido a todas las pacientes embarazadas portadoras de la enfermedad y sin ella.
2. Que el manual cumpla con las expectativas de cada una de las pacientes embarazadas, con ello para que aclare sus dudas y adquieran los conocimientos necesarios sobre esta enfermedad, con el fin de prevenir las complicaciones en gestantes con dicha enfermedad.

PROPUESTA

1. Los días Lunes y Miércoles a las 11: 00 am en el área de consulta Externa a pacientes embarazadas con esta enfermedad y sin ella, se hará conocer sobre el **VIH**, sus complicaciones y factores de riesgo durante el embarazo, parto y postparto.
2. Se utilizará la disposición y los conocimientos necesarios para aclarar alguna duda y así guiar a la paciente con datos claros, precisos y directos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) revista-portalesmedicos. (s.f.). Infección por VIH/SIDA y conductas de riesgo.
- 2) infecciones por virus de inmunodeficiencia humana en la embarazada. (2013). *Rev. méd. Chile v.131 n.6 Santiago jun.*
- 3) Dr. Elio Adrián Ayala, D. J. (s.f.). FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISION VERTICAL (MATERNO – FETAL) DE PACIENTES HIV POSITIVAS. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina , 10-12.*
- 4) Jorge Quian R., A. V. (s.f.). Detección de infección por VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: Una estrategia exitosa para disminuir su transmisión vertical. *Rev Chil Infect , 321-326.*
- 5) Manejo integral de la gestante con Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (2010). *Rev Colomb Obstet Ginecol v.61 n.3 Bogotá .*
- 6) Factores clínicos y demográficos del aborto espontáneo. (2012). *Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.2 Santiago .*
- 7) Zidovudina, Azidotimidina o AZT. (2011).
- 8) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. (2010). *Rev. chil. infectol. v.27 n.4 Santiago .*
- 9) Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias. (2013). *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.70 no.1 México .*
- 10) (2015). *REESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU).*
- 11) regimenes recomendados para la terapia inicial en niños. (s.f.). *_National_Treatment_Guidelines .*
- 12) Martínez, F. (s.f.). Tratamiento antirretroviral durante el embarazo y en recién nacidos.
- 13) VIH-SIDA Y EMBARAZO: ACTUALIZACION Y REALIDAD. (s.f.). *Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.2 Santiago , 160-166.*
- 14) VIH/SIDA en gestantes. (s.f.). *Rev Cubana Obstet Ginecol v.31 n.3 Ciudad de la Habana .*
- 15) IBCLC, I. M. (s.f.). La importancia de la primera hora tras el parto para el éxito de la lactancia materna. *albalactanciamaterna.*

16) Prevención de la transmisión vertical del VIH-1. (2011). *Rev Panam Salud Publica vol.30 no.3 Washington* .

LINKOGRAFÍA

LINKOGRAFÍA

17. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v6-7n2-1/art8.pdf>
18. <http://espanol.babycenter.com/a2800058/vih-y-sida-durante-el-embarazo>
19. <http://saei.org/hemero/libros/c44.pdf>
20. <http://especiales.universia.net.co/vih-sida/destacado/riesgo-de-aborto-espontaneo-en-mujeres-con-vih.html>
21. http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-A.pdf
22. Guía Clínica 2.009 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/85381414c5ae11a9e04001011e015920.pdf>
23. http://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_espont%C3%A1neo
24. http://www.salud.com/enfermedades/anemia_el_embarazo.asp

ANEXO 1

Formulario de entrevista aplicada a las usuarias que acuden al Hospital Maternidad Mariana de Jesús

Señoras usuarias, la Universidad De Guayaquil, Facultad de Ciencias Médica, Escuela de Medicina, solicita a ustedes sus criterios y reflexiones en las preguntas que se detallan en este documento.

Cuyo tema es: **COMPLICACIONES DE PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA DE 20 A 40 AÑOS.**

1.- ¿Qué edad tiene usted actualmente?

20 a 25 años	
26 a 29 años	
30 a 36 años	
36 a 40 años	

2.- ¿Cuál de estas complicaciones ha presentado durante el embarazo?

Infección de vías urinarias	
Anemia	
Partos prematuros	
Retardo del crecimiento intrauterino	
Amenaza de aborto	
Aborto espontáneo	
Ninguna	

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera	
Casada	
Unión libre	
Divorciada	

4.- ¿Cuál es su lugar de residencia?

Urbana	
Rural	

5.- ¿Cuál es su nivel de educación?

Analfabeta	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

6.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

1 a 2	
3 a 4	
Mas de 5	

7.- ¿Cuántos controles prenatales se realizó durante el embarazo?

Mas de 5 controles	
Menos de 5 controles	
Ninguno	

8.- ¿Tiene usted conocimiento sobre el VIH?

Si	
No	

9.- ¿Cuál de estas sustancias usted consumía en el embarazo?

Alcohol	
Tabaco	
Drogas	
Otras	
Ninguna	

10.- ¿Cuándo fue diagnosticada la infección?

Antes del embarazo	
Durante el embarazo	
Durante el parto	
Después del parto	

11.- ¿Cuándo recibió tratamiento antirretroviral?

Antes del embarazo	
Durante el embarazo	
Durante el parto	
Después del parto	
Ninguno	

12.- ¿Su pareja se ha realizado la prueba, cual fue el resultado?

Reactiva	
No reactiva	
No sea realizado	

13.- ¿Sus familiares saben de su enfermedad?

Si	
No	

14.- ¿Cómo son sus relaciones sexuales?

Con protección	
Sin protección	

15.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

1	
2 a 4	
Mas de 4	

16.- ¿Durante el embarazo ha ganado o perdido peso?

Gano	
Perdio	

17.- ¿Recibe consejería sobre el VIH por parte del personal de salud?

Si	
No	

18.- ¿Recibe apoyo psicológico por parte del personal de salud?

Si	
No	

19.- ¿Cuál fue la vía de terminación de su embarazo?

Aborto	
Parto	
Cesarea	
Actualmente Embarazada	

20.- ¿Cuál fue el peso de Recién Nacido?

Menos de 2500 gr	
2501 a 3500 gr	
Mas de 3500 gr	

21.- ¿Cuál fue el Apgar del Recién Nacido?

Menos de 4	
4 a 6	
Mas de 7	

Anexo 2

MONITOREO DE LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH SEGUIMIENTO DE LA GESTANTE INFECTADA CON EL VIH Y SU RECIÉN NACIDO – PARTE A

Fecha de Reporte:

Nombre de la Gestante:

PRIMER REPORTE

1.- MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

ANTES DEL EMBARAZO ACTUAL DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

Si el diagnóstico fue antes del embarazo actual, registre la fecha del Western Blot DIA () MES () AÑO ()

EDAD GESTACIONAL AL 3ER CONTROL PRENATAL, EN SEMANAS _____

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, EN SEMANAS _____

2.- SEGUIMIENTO INMUNOLÓGICO Y VIROLÓGICO AL MOMENTO DE LA PRIMERA EVALUACIÓN:

CD4 SI NO FECHA DEL EXAMEN DIA MES AÑO VALOR

CARGA VIRAL SI NO FECHA DEL EXAMEN DIA MES AÑO VALOR

3.- ESQUEMA DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ARV DURANTE LA GESTACIÓN

EDAD GESTACIONAL AL INICIO DEL TRATAMIENTO ARV ANTEPARTO, EN SEMANAS [_____]

RECIBIÓ PROFILAXIS ARV ANTEPARTO SI NO

ESQUEMA RECIBIDO

ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + NEVIRAPINA ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + NELFINAVIR

ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + LOPINAVIR+RITONAVIR OTRO ESQUEMA, CUÁL _____

SEGUNDO REPORTE

4.- SEGUIMIENTO VIROLÓGICO DESPUÉS DE LA SEMANA 34 DE GESTACIÓN:

CARGA VIRAL SI NO FECHA DEL EXAMEN DIA MES AÑO VALOR

TERCER REPORTE

5.- ESQUEMA DE TRATAMIENTO INTRAPARTO:ESQUEMA DE TRATAMIENTO INTRAPARTO:

SI NO ZIDOVUDINA ZIDOVUDINA + NEVIRAPINA

6.- TIPO DE PARTO

CESÁREA VAGINAL FECHA DEL PARTO DIA MES AÑO

CONDICIONES DEL RN VIVO MUERTO

7.- MOTIVO DE SALIDA DE LA GESTANTE DE LA ESTRATEGIA

ABANDONO ABORTO GESTANTE FALLECIDA PARTO

8.- SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO

NOMBRE DEL MENOR:

HC:

9.- EDAD GESTACIONAL AL NACER, EN SEMANAS [_____] SEXO HOMBRE MUJER

10.- DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL RECIÉN NACIDO

[_____] [_____]

PESO AL NACER EN GRAMOS TALLA AL NACER EN CENTIMETROS

11.- ESQUEMA DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ARV

RECIBIÓ TAR PROFILÁCTICO [] SI [] NO

12.- ESQUEMA RECIBIDO

[_____]

13.- RECIBIÓ FÓRMULA LACTEA

[] SI [] NO