



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30
AÑOS DE EDAD**

**HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MÉDICO**

AUTOR:

RICHARD OLMEDO ROCHINA SANCHEZ

TUTOR:

DRA. ELIANA ROBLES GRANDA

GUAYAQUIL – ECUADOR



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: COMPLICACIONES EN GESTANTS VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD TRABAJO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015		
AUTOR/ ES: Rochina Sánchez Richard Olmedo		REVISORES:
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil		FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		Nº DE PÁGS:
ÁREAS TEMÁTICAS: GINECOLOGÍA		
PALABRAS CLAVE: VIH, Embarazo, Complicaciones.		
<p>RESUMEN: Esta investigación expuesta es un estudio en el que involucramos mujeres embarazadas portadoras del Virus del VIH- SIDA en edades de 20 a 30 años atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor durante el periodo de enero 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 revisiones de historias clínicas en pacientes hospitalizadas y que acuden a consulta externa, 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 tomó 140 casos, cuyos resultados indican que las principales complicaciones fueron anemia con el mayor porcentaje, seguido de amenaza de aborto, ya que a su vez se da porque la mayoría de las pacientes acuden a los controles prenatales pero no como se tiene previsto; ya que juega un papel importante para el bienestar materno y fetal se pudo concluir que hasta el momento el índice de mujeres embarazadas con VIH ha aumentado progresivamente</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982125225 042041351	E-mail: richard180591@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil, Escuela de Medicina	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: www.ug.edu.ec	



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

Dra. Eliana Robles Granda, en mi calidad de Tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de MEDICO de la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

Certifico que este trabajo de Tesis cuyo Tema es: **COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO de 20 a 30 AÑOS DE EDAD** trabajo a realizarse en el **HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015**” ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejó constancia de que es original de la autora **ROCHINA SANCHEZ RICHARD OLMEDO** con C.I. 0919396754

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

Dra. Eliana Robles Granda
TUTOR DE TESIS



AUTORIA

Los contenidos, criterios y propuestas emitidas en la presente Tesis, cuyo tema es: **COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO de 20 a 30 AÑOS DE EDAD** trabajo a realizarse en el **HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015.**

Y que aparecen como propias son en su totalidad de absoluta responsabilidad de mi autoría.

Richard Olmedo Rochina Sánchez
AUTOR DE TESIS

DEDICATORIA

Al creador de todo, que en momentos de presión me dio fortaleza para seguir adelante; por ello, con toda humildad que puedo emanar, dedico este trabajo a Dios.

A mi padre Abdón Rochina Yáñez que, a pesar de no estar físicamente, lo dio todo por mi bienestar. De igual forma, mi madre Juana Sánchez Tigua quien tomó la batuta y sigue formándome a mí y a mi hermano como personas de bien.

A mis familiares en general, abuelos, tíos, hermano y primos, pues en todo momento, me brindaron su desinteresado apoyo y son constantemente la luz que guía mi camino de vida.

A todos mis amigos que incondicionalmente me brindaron su amistad y lograron, en diferentes ámbitos, mantener viva la motivación y entusiasmo para cumplir este objetivo de ser profesional, en especial a ese grupo de amigas y hermanas ANAI que siempre estuvieron junto a mí para no rendirme y seguir adelante a ellas que no son solo amiga sino hermanas que de diferentes madres que Dios las puso en mi camino.

Finalmente, a Josué Valverde Z., amigo que estuvo en todo momento, independientemente del escenario que vivíamos, haciendo honor al significado de lo que es una amistad.

RICHARD OLMEDO ROCHINA SANCHEZ

AGRADECIMIENTO

Estoy infinitamente agradecido con Dios, por darme la fuerza y valor que implica culminar esta etapa de vida.

Agradezco también la confianza e inmenso apoyo de mi madre Juana Sánchez Tigua que ha entregado su infinito amor y cumple diariamente de forma entusiasta la responsabilidad de padre y madre.

A Abdón Rochina Yánez, mi padre que con sus consejos ayudó a afrontar los retos más difíciles que se presentaron en mi vida, por su interés de sacarme adelante sin importar el coste económico de mi formación y que, desde el cielo sigue protegiéndome.

A Josué Valverde Z., por demostrarme que con actitud positiva, se puede ver el vaso medio lleno en lugar de medio vacío.

Finalmente a mis docentes universitarios que con amor impartieron sus conocimientos y experiencias adquiridas con esta difícil pero fascinante carrera. A enseñarme que jamás debo quedarme con la duda, que debo aprender día a día para poder servir mejor al prójimo, y por contribuir a mi perfil profesional. Reitero mi profundo agradecimiento a todos ellos, sobre todo a los doctores: Andrade Freddy, Mosquera Thomas, Proaño Bertha, Campos Ricardo, Camacho Flavio, Oliveros William, Bohórquez Carlota, Suarez Delia, y la Dra. Eliana Robles Granda quien ha sido mi guía en el desarrollo de mi tesis.

RICHARD OLMEDO ROCHINA SANCHEZ

RESUMEN

Esta investigación expuesta es un estudio en el que involucramos mujeres embarazadas portadoras del Virus del VIH- SIDA en edades de 20 a 30 años atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor durante el periodo de enero 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 revisiones de historias clínicas en pacientes hospitalizadas y que acuden a consulta externa, 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 tomó 140 casos, cuyos resultados indican que las principales complicaciones fueron anemia con el mayor porcentaje, seguido de amenaza de aborto, ya que a su vez se da porque la mayoría de las pacientes acuden a los controles prenatales pero no como se tiene previsto; ya que juega un papel importante para el bienestar materno y fetal 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.

SUMMARY

This investigation exposed a study that involve pregnant women with HIV-AIDS Virus aged 20 to 30 years treated at the Enrique C. Sotomayor Hospital during the period from January to December 2015. The purpose of the research is to note the increase in complications HIV in pregnant women due to a lack of information, through review of medical records in hospitalized patients and attending outpatient clinic, which serves as a guide in making decisions to pregnant taking into account its impact, and with the help of the management of these patients according to the rules of the Ministry of Public Health.

Research is a non-experimental descriptive cross-sectional study, 140 cases was taken, the results indicate that major complications were anemia with the highest percentage, followed by threatened abortion, because in turn is because most patients come prenatal checkups but not as plans; as it plays an important maternal and fetal welfare role it could be concluded that so far the rate of pregnant women with HIV has increased steadily, and thus the risk of perinatal transmission, if no due care during pregnancy; since infection often is diagnosed during pregnancy or after childbirth.

Keywords: HIV, Pregnancy, Complications.

INDICE

FICHA DE REGISTRO DE TESIS.....	2
.....	3
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS.....	3
.....	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
SUMMARY.....	8
INDICE	9
INDICE DE TABLAS.....	11
INDICE DE GRÁFICOS.....	12
INTRODUCCION.....	13
CAPITULO I	15
1. EL PROBLEMA.....	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 JUSTIFICACIÓN	18
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	19
1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA	19
1.5 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos	19
CAPITULO II	20
2. MARCO TEROICO.....	20
2.1 ¿QUE ES EL VIH?.....	20
2.2 VIH Y EMBARAZO	20
2.3 ¿COMO SE TRASMITE EL VIH?.....	21
2.4 ¿COMO EL VIH PRODUCE SIDA?	22
2.5 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA EMBARAZADA	22

2.6 CLASIFICACION	23
2.7 MANEJO DE LA GESTACION EN LA MUJER CON VIH	24
2.8 COMPLICACIONES EN LAS GESTANTES INFECTADAS CON VIH	26
2.8.1 ABORTO ESPONTÁNEO	28
2.8.2 Anemia	29
2.9 USO DE ANTIRRETROVIRAL EN LA MUJER EMBARAZADA CON VIH	39
2.10 SEGUIMIENTO POSTPARTO.....	42
CAPITULO III	43
3. MATERIALES Y METODOS	43
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	43
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	43
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN.....	44
3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE INVESTIGACION	45
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	45
3.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
3.7 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	46
3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
3.10 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.....	48
CAPITULO IV.....	49
5. RESULTADOS Y ANALISIS.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDADES.	49
Tabla 2. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL ESTADO CIVIL	50
Tabla 3. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS MÁS FRECUENTES	51
Tabla 4. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS Y SUS CONTROLES PRENATALES.....	52
Tabla 5. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS SUSTANCIAS QUE CONSUMIERON.....	53
Tabla 6. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS PAREJAS SEXUALES	54
Tabla 7. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL MOMENO DE DIAGNOSTICO DEL VIH	55
Tabla 8. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	56
Tabla 9. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	57
Tabla 10. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH – SIDA.....	58

INDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDADES.	49
Ilustración 2. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL ESTADO CIVIL	50
Ilustración 3. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS MÁS FRECUENTES	51
Ilustración 4. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS Y SUS CONTROLES PRENATALES.....	52
Ilustración 5. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS SUSTANCIAS QUE CONSUMIERON	53
Ilustración 6. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS PAREJAS SEXUALES.....	54
Ilustración 7. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL MOMENO DE DIAGNOSTICO DEL VIH	55
Ilustración 8. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	56
Ilustración 9. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	57
Ilustración 10. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS	58

INTRODUCCION

La era del VIH (Virus de Inmune Deficiencia humana)-SIDA (Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida) tuvo su inicio oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control and Prevention (Centro para la prevención y control de enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde informo cinco casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de Sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Desde fines de los años 90 en algunos grupos humanos del Primer Mundo los índices de infección han empezado a mostrar signos de incremento, más de 25 millones de personas murieron de SIDA desde el año 1981.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus del género lentivirus causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuadro descrito hace ya tres décadas, de los cuales se conocen dos subtipos: el VIH-1 y el VIH-2, siendo el primero el más común y de distribución mundial, mientras que el segundo es una variante menos virulenta, más prevalente en África Occidental y Central (Global Report, 2010)

Hasta ahora desde el descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana, el diagnóstico de infección por el VIH en una mujer embarazada casi siempre terminaba en aborto, según las estadísticas. Pero, desde que se ha mejorado su tratamiento farmacológico, tan drásticamente la calidad de vida de estas personas, y lo más 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.

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 puestos que algunos factores incrementan el riesgo de transmisión vertical, como son: los maternos (cuando la gestante está en fases avanzadas de la enfermedad), presencia de corioamnionitis, carga vírica materna > 100.00 copias/ml, ruptura prematura de membrana, episiotomía, fumadoras, etc.

Otras complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del VIH ocurriría en caso de la ruptura de membranas al inicio del parto contribuiría a aumentar las micro transfusiones placentarias y con ellas la transmisión del VIH; principalmente por vía ascendente.

El propósito del presente estudio es determinar la relación de las de las complicaciones en gestantes VIH positivo mediante un estudio observacional en el Hospital Enrique C. Sotomayor, durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

La metodología empleada es la observación indirecta de los casos estudios, análisis y correlación de las complicaciones asociadas a comorbilidades.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En todo el mundo, las mujeres se ven afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, igualmente que los hombres, por lo que está considerada como una epidemia, el porcentaje de mujeres embarazadas infectadas con este virus está en continuo crecimiento; y oscila entre los 20 y 40 años; y que a su vez muchas de ellas desean tener hijos como la mayoría de la gente a esa edad.

El número de personas que viven con VIH se ha incrementado aproximadamente 8 millones en 1990 y en el mundo totaliza 33.2 millones (Noviembre de 2007), de los cuales el 30.7 millones son adultos y el 2.5 millones son niños menores de 15 años de edad; el 46% de los adultos son mujeres (nos damos cuenta que es casi la mitad de esta población son del sexo femenino). Los casos nuevos de SIDA suman 4.9 millones de los cuales, 4.2 millones son adultos y 700 mil son niños menores de 15 años de edad. (Gatell JM, 1998)

Una de las metas de la OMS es llegar a cero, ya que es grande la afectación en la población general sobre todo a las mujeres embarazadas que ya tenían o que descubren la infección por VIH al momento de la gestación, por eso la OMS se propuso esta meta.

En el año 2007 murieron por SIDA 2 millones de personas, de los cuales, 1.8 millones eran adultos y 200 mil eran niños; en Estados Unidos de América y Canadá juntos tienen cerca de 1.3 millones de pacientes con SIDA; Estados Unidos reporta 46000 nuevos casos de seropositivos, y cerca de, 21.000 personas mueren anualmente por la enfermedad; América latina y las Islas del Caribe tienen 1.83 millones de seropositivos. 150.00 personas mueren anualmente por SIDA; México reporta cerca de 45.00 casos nuevos de SIDA por año. A la fecha (2007) hay 118 mil personas infectadas con SIDA en México, aunque la prevalencia se da entre varones homosexuales, drogadictos, y mujeres sexo-servidoras; China tiene alrededor de 2.1 millones de personas con SIDA, la mayoría de ellos infectados por el uso de drogas intravenosas o por el pobre saneamiento en la industria de la compra de sangre en

China; Oceanía (Australia y Nueva Zelanda) tienen 18.00 casos; en 2005, han muerto 240 personas, África Sub-Sahariana permanece con números crecientes (Gatell JM, 1998)

En las embarazadas VIH positivo, a más de los cambios fisiológicos propios del embarazo deben enfrentar las complicaciones que provoca el propio virus, como la disminución de su sistema inmunitario y los eventos adversos del tratamiento con antiretrovirales

Situación actual de la epidemia en Ecuador: El Ministerio de Salud Pública creó el Programa Nacional de VIH-Sida e ITS a partir de la detección de los primeros 8 casos en el año 1984, su implementación ha permitido dar una respuesta integral a la creciente y compleja epidemia que requiere de un monitoreo permanente, de servicios especializados y de la formación continua de los prestadores de servicios, para poder actualizarse frente a los nuevos retos de diagnóstico, cuidado y tratamiento que demanda esta enfermedad. El total de los casos VIH/Sida reportados por el sistema a partir del año 1984 a 2009 es de 21.885, de los cuales 14.844 son personas VIH +, 7.041 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. Del total se han reportado 4.789 defunciones producidas por enfermedades atribuidas al sida

Las provincias consideradas de alto riesgo de acuerdo a los casos notificados son: Guayas, Pichincha, Los Ríos, Manabí, Esmeraldas, El Oro, Sto. Domingo, Sta. Elena. Las otras provincias las consideramos de riesgo medio y bajo. Se identifica como vía de transmisión predominante en el país el contacto sexual en el 96% de los casos, otra de las vías es la transmisión perinatal y en menor proporción por transfusión de sangre. Según el Informe Onusida 2008, la prevalencia del VIH en Ecuador oscila entre 0,1 y 0,5%. La epidemia continúa siendo concentrada, con una prevalencia mayor al 5% en poblaciones específicas (HSH) y con una prevalencia menor al 1% en población general (embarazadas). Los primeros reportes evidencian que entre 1987 y 1988, por cada 30 hombres infectados con VIH, existía una mujer en la misma condición; para la década de los noventa la razón hombre mujer para VIH ha disminuido dos a uno y se ha mantenido estable hasta el momento. Con relación al sida por cada mujer existían 11 hombres infectados en 1997 y para el nuevo milenio la razón ha disminuido a dos hombres por cada mujer infectada. La epidemia según grupo de edad se encuentra en la población entre 20 a 49 años tanto para sida como para VIH, con el más alto

número de reportes entre 25 a 29 años. Este rango de edad corresponde a población económicamente activa, identificando que el mayor reporte de casos VIH/Sida se evidencia en obreros, amas de casa y comerciantes. (Dr.Castillo, Dra. Espinoza, & Dr. Ortiz, 2010)

Por lo que se considera los diferentes aspectos a plantearse:

1. ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en las mujeres embarazadas con VIH positivo atendidas en el Hospital Enrique Sotomayor?
2. ¿En qué momento se diagnosticó la infección en pacientes embarazadas portadora de VIH que asistieron al Hospital Enrique Sotomayor?
3. ¿Cuál es la incidencia de VIH/SIDA en embarazadas que asistieron a control prenatal en dicha maternidad?
4. ¿Cuál es el porcentaje de embarazadas con VIH/SIDA que asistieron a control prenatal y cumplieron correctamente con el tratamiento antirretroviral?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo tratara solamente de determinar las complicaciones que tienen las mujeres embarazadas con VIH que acuden al Hospital Enrique C. Sotomayor. También se espera que después de obtener los resultados de ese trabajo se pueda aportar con mayor información porque es un problema vigente y que pone en riesgo la vida y función del binomio madre-hijo.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de las gestantes VIH positivo asociada a comorbilidades con la presencia de complicaciones atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor., durante el periodo de enero a diciembre del 2015?

1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA

La naturaleza de la investigación es básica, los aportes de conocimiento son en campo epidemiológico, clínico, infeccioso que aporta para el área de ginecología. Por lo expuesto es pertinente el tema: **COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO de 20 a 30 AÑOS DE EDAD en el HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

1.5 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

Objetivo General

Determinar las de las complicaciones en gestantes VIH positivo asociado con comorbilidades mediante un estudio observacional en el Hospital Enrique C. Sotomayor, durante el periodo de enero a diciembre del 2015

Objetivos Específicos

1. Identificar a las gestantes infectas con VIH que acuden al Hospital Enrique C. Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2015
2. Identificar las principales complicaciones en las pacientes embarazadas portadoras del VIH – SIDA.
3. Establecer el momento de diagnóstico de infección en gestantes con dicha enfermedad.
4. Identificar el comienzo del tratamiento antirretroviral en pacientes embarazadas con VIH.

CAPITULO II

2. MARCO TEROICO

2.1 ¿QUE ES EL VIH?

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus del género lentivirus causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuadro descrito hace ya tres décadas. Se conocen dos subtipos: el VIH-1 y el VIH-2, siendo el primero el más común y de distribución mundial, mientras que el segundo es una variante menos virulenta, más prevalente en África Occidental y Central. (Global Report, 2010)

Se estimó que al 2011 existían 34.2 millones de personas viviendo con la infección por VIH, en comparación con 29.1 millones en 2001. En 2011 se infectaron 2.5 millones de personas y murieron 1.7 millones, lo cual marca un 22% de reducción en contagio en comparación a 2001 y una disminución del 26% en muertes en comparación a 2005. En Chile el primer caso de VIH/SIDA se notificó en 1984. Entre ese año y 2012 se estima que existían 39.000 personas infectadas con el VIH. (Ministerio de Salud, 1984-2012)

Las personas que son diagnosticadas con SIDA, pueden tener lo que se conoce como infecciones oportunistas, causadas por virus, bacterias, parásitos y hongos contra los que las personas sanas generalmente pueden luchar, mientras que para este otro grupo de personas es más complicado porque están poniendo en peligro la vida del paciente.

2.2 VIH Y EMBARAZO

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

El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres VIH positivas asintomáticas, pero puede haber una rápida progresión en aquellas mujeres que se encuentren en un estadio avanzado. Esto no parece debido a aceleración de la enfermedad

inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan trayendo como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH.

En la infección por el VIH se describen los siguientes estadios:

- Primo infección: infección aguda por el VIH, algunos pacientes presentan un cuadro sintomático, durante infecciones agudas por el virus, que a menudo recuerda a la mononucleosis infecciosa, y que suele auto limitarse a las pocas semanas

- Infección crónica asintomática
- Infección crónica sintomática: complejo relacionado con el SIDA
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA

En la actualidad 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.

2.3 ¿COMO SE TRASMITE EL VIH?

El VIH se propaga a través del contacto sexual con una persona afectada previamente por la enfermedad que desarrolla al haber contraído el virus del VIH, a través del intercambio de agujas y/ o jeringas que principalmente son utilizadas como ayuda para inyectarse drogas con personas enfermas o a través de transfusiones de sangre o factores de coagulación de la sangre, que se encuentren contaminados.

Adicionalmente, es posible que el bebé que una mujer VIH positiva haya dado a luz pueda contraer la infección antes o durante el nacimiento o después de éste durante el período de lactancia. (CDC, 2015)

Algunas personas temen que el VIH pueda adoptar otras vías de transmisión, sin embargo, no se ha encontrado evidencia científica que sustente estos temores. Si el VIH fuese transmitido a través de otros mecanismos como el aire, el agua o los insectos, el patrón de casos de SIDA que ha sido reportado sería muy distinto al que se observa en la actualidad.

Por ejemplo, si el VIH fuese transmitido por mosquitos, la incidencia del SIDA sería mucho mayor entre niños de corta edad y preadolescentes.

2.4 ¿COMO EL VIH PRODUCE SIDA?

El VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo cual traerán como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos, a causa de la replicación viral que se da dentro de ellos. El virus se replica constantemente: en una fase es más alta que en la otra; se calcula que se producen entre 100 y 1000 billones de virus por día. Los linfocitos CD4 constituyen una subpoblación heterogénea de células con variadas funciones: inductora, ayudadora (helper) y de memoria. Son tan importantes en la ejecución de una adecuada función inmune, que su disminución trastornará las demás respuestas inmunológicas y, a su vez, la susceptibilidad del huésped a infecciones oportunistas y neoplasias raras. (Guillen, 1996)

2.5 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. (Guia Práctica 2, 2011)
- 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. (Guia Práctica 2, 2011)

2.6 CLASIFICACION

Nueva clasificación de la infección-enfermedad por VIH. Según la Organización Mundial de la Salud ⁽⁵⁾

- Categoría A. Personas asintomáticas, con adenopatías persistentes generalizadas, con infección aguda o sin ella.

- Categoría B. Pacientes con síntomas, pero que no forman parte de la categoría A ni C y corresponden a diferentes condiciones patológicas, entre ellas:

- | | |
|--|----------------------------|
| • Candidiasis oro faríngea y vaginal | • Carcinoma in situ |
| • Displasia cervical | • Leucoplasia vellosa oral |
| • Fiebres y diarreas por más de un mes | • Herpes zoster |
| • Enfermedad inflamatoria pélvica, | • PTI |
| • Neuropatía periférica | • Angiomatosis bacilar |

- Categoría C. Concuerda con la definición de caso SIDA en todos aquellos pacientes que al menos presenten una de las afecciones relacionadas en una larga lista y entre las cuales figuran:

- Candidiasis esofágica y broncopulmonar
- Citomegalovirus generalizada
- Sarcoma de Kaposi – Linfomas
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Tuberculosis pulmonar y extra pulmonar

2.7 MANEJO DE LA GESTACION EN LA MUJER CON VIH

Se recomienda que, una vez que la paciente es derivada a los Centros de Atención que manejan este tema, para que a su vez 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. (Guia Práctica 2, 2011)

Historia clínica:

- Fecha, 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 o 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. En gestantes no controladas en dicha institución, se solicitara un informe de su infectólogo de referencia. (Guia Práctica 2, 2011)

Control gestacional

Los cuidados prenatales deben realizarse en los centros de atención médica especializados en este tema, 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 estadificar la infección VIH. Las gestantes infectadas por el VIH deberán ser atendidas durante el embarazo, parto y posparto por un profesional de salud capacitado y especializado en el tema, para llevar a cabo el control de cada una de las pacientes con privacidad, responsabilidad y eficacia. (Bcnatal, 2010)

Exploraciones complementarias

Exámenes complementarios generales al ingreso:

- Hemograma
- Perfil bioquímico (PBQ) que incluya pruebas hepáticas, creatinina 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. (Velásquez & López, 2011)

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.

2.8 COMPLICACIONES EN LAS GESTANTES INFECTADAS CON 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 micro desprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua basal con la contaminación directa de células del trofoblasto.

Generalmente los estudios indican que la transmisión intrauterina ocurre en los momentos próximos al parto. (MSP, 2013)

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. (Pedrosa & Martínez, 2012)

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

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). 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*
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Anemia (en muchos de los casos se debe a la toma del tratamiento antirretroviral)
- ✓ Sepsis urinaria
- ✓ Herpes zoster
- ✓ Sarcoma de Kaposi
- ✓ Embarazo ectópico
- ✓ Tuberculosis (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 .
- ✓ 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 trae adicionales al ya vulnerable sistema inmunológico de una mujer infectada. Pero durante los últimos años, el embarazo no se ha considerado 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.

2.8.1 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. (Evans-Jones, 2008)

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. (Sistema Nacional de Salud, 2009)

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. (Sistema Nacional de Salud, 2009)

2.8.2 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. (Santos & Fuertes, 2011)

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

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 25 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. (Velásquez & López, 2011)

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.

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). (Bernal, Vásquez, & Giadalah, 2013)

2.8.3 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. (Muñoz & Iribarren, 2013)

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 Zidovudina AZT Endovenosa 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 logra 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.

2.8.4 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. (Muñoz & Iribarren, 2013)

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. (Bernal, Vásquez, & Giadalah, 2013)

2.8.5 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. (Estrada & Figueroa, 2010)

¿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. (Martinez, 2011)

2.8.6 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. (Sanín & Gómez, 2010)

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. (Dra. Scucces, 2011)

- **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:

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

Factores relacionados con el útero y la placenta:

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

Factores relacionados con el bebé en desarrollo (Feto):

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

¿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:

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

2.9 USO DE ANTIRRETROVIRAL EN LA MUJER EMBARAZADA CON VIH

2.9.1 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.

2.9.2 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 prematuras iatrogénica. (Bernal, Vásquez, & Giadallah, 2013)
- La cesárea electiva debe ser siempre planificada y ejecutada en condiciones adecuadas para reducir todo riesgo, para la madre, recién nacido y personal de salud. Por ellos, el equipo responsable y las unidades de salud deberán establecer el día y la hora para la admisión de la embarazada con VIH-SIDA.
- Todas las mujeres en las que se realice la cesárea deben recibir AZT por vía intravenosa tres horas antes de efectuarse este procedimiento.

- Para la cesárea se recomienda incisión infra umbilical media de preferencia, con una adecuada técnica quirúrgica y con equipo médico entrenado. Manteniendo normas de bioseguridad.
- No se ha demostrado una reducción en la transmisión perinatal, si la cesárea se efectúa después de haberse iniciado el trabajo de parto o de la ruptura de membranas.
- Cabe anotar que está plenamente establecido que la ruptura de membranas mayor a cuatro horas aumenta el riesgo de transmisión fetal, por lo cual se debe evitar esta situación al igual que el trabajo de parto.
- La tasa de transmisión aumenta progresivamente después de las 4 horas de las membranas rotas, cerca del 2% por cada hora hasta las 24 horas 22, 24, por lo que el uso de oxitócicos pudiera ser indicado para conducir el trabajo de parto, respetando las contraindicaciones. Si existe ruptura de membranas durante el trabajo de parto, 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. (Bernal, Vásquez, & Giadalah, 2013)

2.10 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. (Guía Práctica 2, 2011)

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La ciudad de Guayaquil se encuentra en la región litoral o costa de Ecuador, cerca al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. Se localiza en la margen derecho del río Guayas, bordea al oeste con el Estero Salado y los cerros Azul y Blanco. Por el sur con el estuario de la Puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puna.

El cantón Guayaquil es una entidad territorial de nacionalidad ecuatoriana, capital de la provincia del Guayas con más de 2.350.915 habitantes, según estadísticas de 2010, es el cantón más poblado del Ecuador. Su cabecera cantonal es la ciudad de Santiago de Guayaquil, lugar donde se agrupa más del 85% de su población total. El clima del cantón Guayaquil es del tipo tropical sabana y tropical monzón, con temperaturas elevadas durante la mayor parte del año. La temperatura promedio es de 25°C. Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil, ubicada en el Centro de Guayaquil (Pío Montufar y Pedro Pablo Gómez), durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

Gestantes VIH positivo atendidas e ingresadas en el hospital Enrique C. Sotomayor de Guayaquil durante el periodo Enero a Diciembre del 2015

3.2.2 MUESTRA

Se tomará como muestra al total del universo de estudio por ser una cantidad manejable estadísticamente, y cuyos resultados aportarán información verídica y valedera.

3.2.3 MUESTRA

El presente estudio es viable por cuanto es de interés en el área de salud y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, se cuenta con el aval de la Universidad de Guayaquil, la cooperación institucional de la Maternidad Enrique C. Sotomayor y la colaboración y contribución académica de la Dra. Eliana Robles Granda, Tutora de tesis.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Están incluidas las pacientes embarazadas VIH positivas en cualquier etapa del embarazo comprendidas entre 20 a 30 años de edad, cuyos expedientes se encuentran en los archivos de la maternidad Enrique C. Sotomayor.

3.3.2 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.

3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE INVESTIGACION

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA		FUENTE
V. Independiente: VIH	Presencia del virus en la sangre de la gestante.	Embarazo Serologia	<28 semanas 28 – 36 sem. >36 semanas		Historia clínica
V. Dependiente: Complicaciones	Son las consecuencias patológicas que se presentan durante la gestación a causa de VIH	Parto pretermino Bajo peso al nacer Amenaza de parto pretermino Aborto Amenaza de aborto Sepsis neonatal	Sí	No	Historia clínica
			Sí	No	
			Sí	No	
			Sí	No	
			Sí	No	

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos que se utilizaron fueron las historias clínicas de las pacientes, donde se describen los antecedentes clínicos, diagnóstico, evolución, el tipo de complicación, en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil. Se elaboró una hoja de recolección de datos, la cual se realizó a las gestantes en el momento de recolección de datos dentro de la unidad hospitalaria.

3.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio retrospectivo porque analiza resultados en el presente, pero con datos del pasado; descriptivo porque se centra en recolectar datos que describan la situación tal y como es; observacional porque el investigador no interviene, solo se limita a observar y describir la realidad; y estadístico de corte transversal porque se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual desde 01 enero 2015 a 31 diciembre del 2015. Se analizó a todas las gestantes de 20 a 30 años que tuvieron complicaciones durante la gestación, en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

3.7 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente estudio se clasifica como investigación sin riesgo, y se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas de la base de datos de historias clínicas escaneadas del hospital.

Una vez aprobado el tema por el departamento de internado de la Universidad de Guayaquil, se procedió a solicitar la autorización a los diferentes departamentos del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Se solicitó acceso al sistema computacional del programa On base y al departamento de Estadística, para poder revisar las historias clínicas. La presente investigación no presento riesgo alguno para los participantes, los datos obtenidos se guardaran en anonimato y fueron solo utilizados con fines investigativos.

3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	JUN	JUL	AGO	SEP	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	RESPONSABLE
ELABORACIÓN DE HOJA RECOLECCIÓN DATOS											INVESTIGADOR
ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO											INVESTIGADOR
IDENTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS											INVESTIGADOR
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO REFERENCIAL											INVESTIGADOR
RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS											INVESTIGADOR
ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS											INVESTIGADOR
REVISIÓN DE BORRADOR DE ANTEPROYECTO											TUTOR
CORRECCIONES											INVESTIGADOR
REVISIÓN DE ANTEPROYECTO											TUTOR
BORRADOR DE TESIS											INVESTIGADOR
REDACCIÓN TESIS											INVESTIGADOR
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN											INVESTIGADOR

3.9 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se realizó en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje.

3.10 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.10.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador
- Tutor de tesis

3.10.2 RECURSOS FÍSICOS

- Libros de ginecología-obstetricia y bibliografía de internet
- Laptop, papel bond, bolígrafos
- Impresora

CAPITULO IV

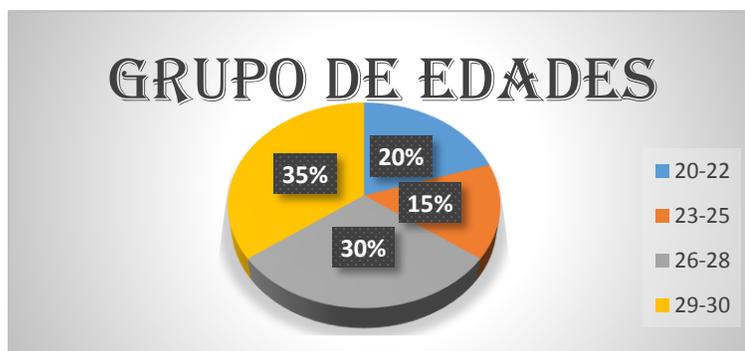
5. RESULTADOS Y ANALISIS

Tabla 1. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDADES.

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-22	28	20%
23-25	21	15%
26-28	42	30%
29-30	49	35%
TOTAL	20	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 1. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDADES.



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

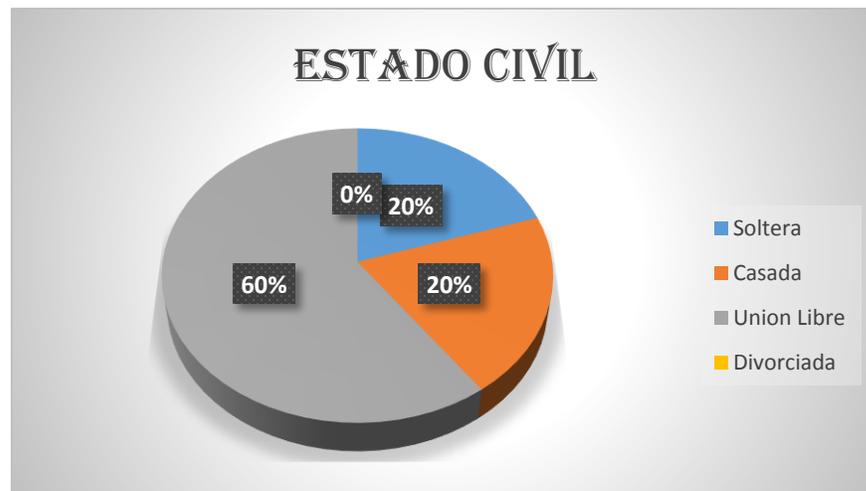
Las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del Virus del VIH según el grupo de edades: se presentan con más frecuencia en 29 – 30 años con un 35%, seguida de las pacientes de 26 a 28 años con un 30%, mientras que las de 20 a 22 años con un 20%, y en menor porcentaje de 23 a 25 años con el 15%.

Tabla 2. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PACIENTES	PORCENTAJES
Soltera	28	20%
Casada	28	20%
Unión Libre	84	60%
Divorciada	0	0
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 2. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL ESTADO CIVIL



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

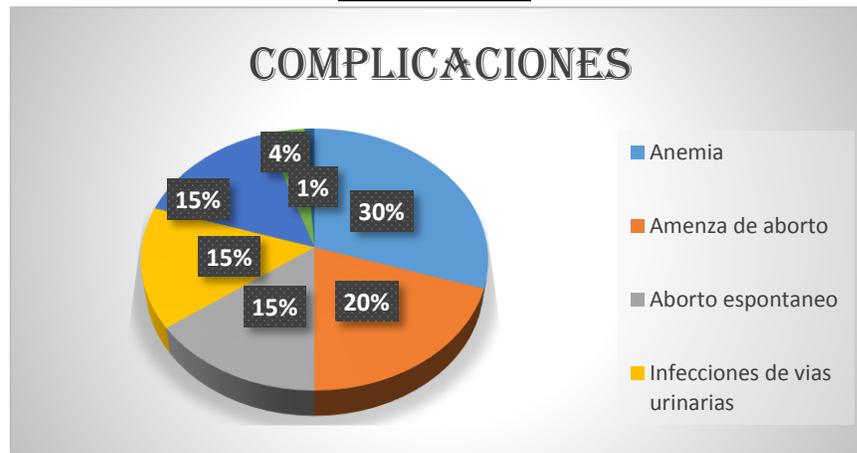
Como se observa en la gráfica que el 75% de las pacientes presentaron Unión Libre, seguido del 20% que están solteras, y con menor porcentaje el 5% está casada.

Tabla 3. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS MÁS FRECUENTES

COMPLICACIONES	PACIENTES	PORCENTAJE
Anemia	42	30%
Amenaza de aborto	28	20%
Aborto espontaneo	21	15%
Infecciones de vías urinarias	21	15%
Ninguna	21	15%
RCIU	6	4%
Parto Prematuro	1	1%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 3. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS MÁS FRECUENTES



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

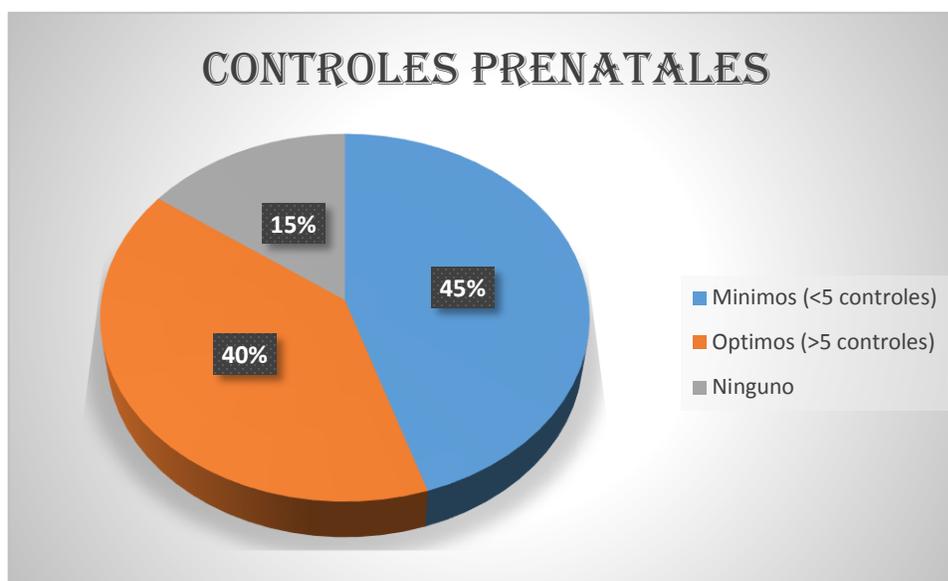
En la figura se observa, que las complicaciones en gestantes con VIH con mayor porcentaje es la Anemia con un 30%, seguida de la Amenaza de Aborto con un 20%, luego la Infección de vía urinarias con un 15%, las pacientes con ninguna complicación durante el embarazo con un 15%, y con un menor porcentaje el retardo de crecimiento Intrauterino con un 5%.

Tabla 4. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS Y SUS CONTROLES PRENATALES

CONTROLES PRENATALES	PACIENTES	PORCENTAJES
Mínimos (<5 controles)	63	45%
Óptimos (>5 controles)	56	40%
Ninguno	21	15%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 4. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS Y SUS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

Como se observa en esta figura, que el mayor porcentaje corresponde al 45% de pacientes gestantes con VIH que tuvieron hasta 5 controles prenatales, seguido del 40% que tuvieron más de 5 controles, y con el 15% que no se han realizado ningún control.

Tabla 5. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS SUSTANCIAS QUE CONSUMIERON

SUSTANCIAS	PACIENTES	PORCENTAJE
Alcohol	28	20%
Drogas	28	20%
Tabaco	14	10%
Ninguna	70	50%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 5. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS SUSTANCIAS QUE CONSUMIERON



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

Como se observa en la figura 4 que el mayor porcentaje de las gestantes con VIH no han consumido ninguna sustancia con el 65%, seguido del 20% que consumieron alcohol, luego con el 10% que consumieron drogas, y con menor porcentaje el 5% consumieron tabaco.

Tabla 6. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS PAREJAS SEXUALES

PAREJAS SEXUALES	PACIENTES	PORCENTAJE
1 a 3	126	90%
> 3	14	10%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 6. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION A LAS PAREJAS SEXUALES



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

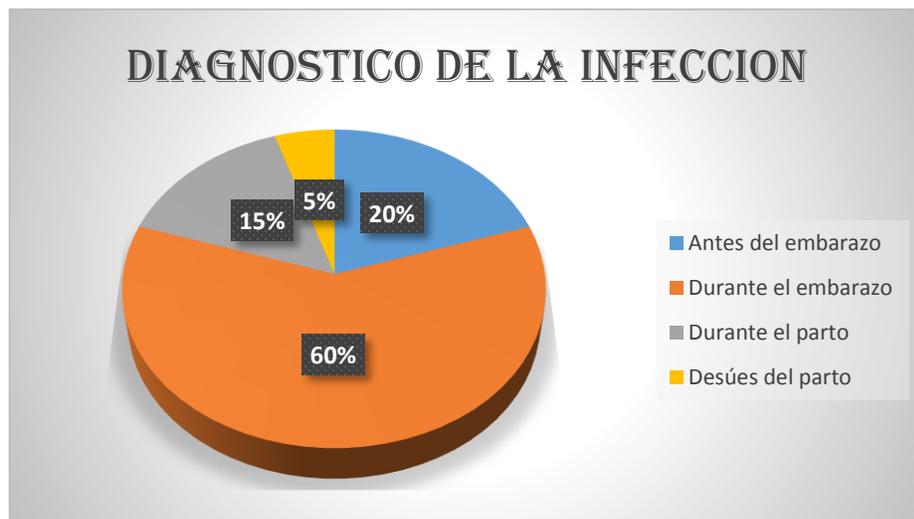
Como se observa en la figura 6 que el número de parejas sexuales que han tenido las gestantes con VIH con mayor porcentaje tenemos: de 1 a 3 parejas con el 90% y con menor porcentaje mayor de 3 parejas con el 10%.

Tabla 7. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL MOMENO DE DIAGNOSTICO DEL VIH

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
Antes del embarazo	28	20%
Durante el embarazo	84	60%
Durante el parto	21	15%
Después del parto	7	5%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 7. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL MOMENO DE DIAGNOSTICO DEL VIH



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

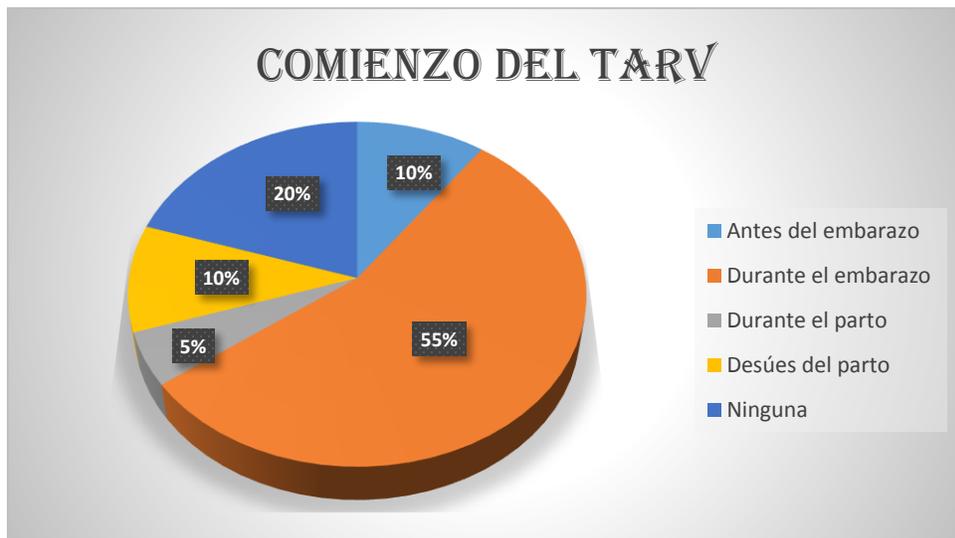
Como se observa en la figura 7 según la distribución del momento de diagnóstico de la infección en gestantes con VIH tenemos: con mayor porcentaje el 60% se le diagnosticó durante el embarazo, seguido del 20% que fue antes del embarazo, luego con el 15% que se diagnosticó durante el parto, y con menor porcentaje se diagnosticó después del parto con el 5%.

Tabla 8. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

COMIENZO DEL TARV	PACIENTES	PORCENTAJES
Antes del embarazo	14	10%
Durante el embarazo	77	55%
Durante el parto	7	5%
Después del parto	14	10%
Ninguna	28	20%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 8. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

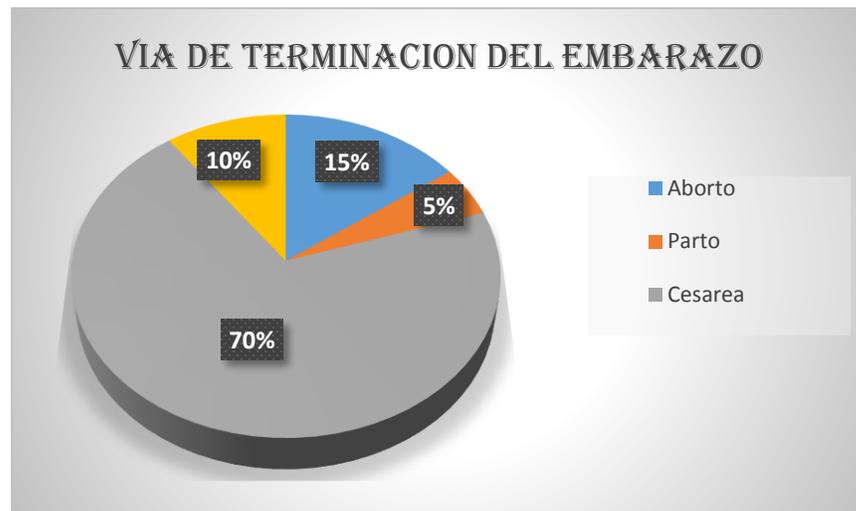
Como se observa en la figura 8 tenemos que el comienzo del tratamiento antirretroviral es: con mayor porcentaje durante el embarazo con el 55%, seguido de ningún tratamiento antirretroviral con el 20%, luego antes del embarazo con el 10%, después del parto con el 10%, y en menor porcentaje durante el parto con el 5%.

Tabla 9. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	PACIENTES	PORCENTAJE
Aborto	21	15%
Parto	7	5%
Cesárea	98	70%
Actualmente embarazada	14	10%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 9. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

Como se observa en la figura 9 tenemos que la vía de terminación en gestantes con VIH de 20 a 30 años con mayor porcentaje que corresponde al 70% que es la cesárea, seguido del 10% que actualmente continúan con su embarazo, luego el 15% terminaron en aborto y con menor porcentaje el 5% que fue parto en casa.

Tabla 10. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS EN RELACION AL CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH – SIDA

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH	PACIENTES	PORCENTAJE
Si	49	35%
No	91	65%
TOTAL	140	100%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Ilustración 10. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
 Autor: Richard Olmedo Rochina Sánchez

Análisis e Interpretación:

Como se observa en la figura 12 que el mayor porcentaje corresponde al 65% de las gestantes con VIH que no conocen sobre esta enfermedad y el 35% de ellas si tiene conocimiento. Teniendo estos datos estadísticos se puede afirmar que el mayor porcentaje de las pacientes no tienen conocimiento del VIH.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 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 la anemia con el 30%, seguido de la amenaza de aborto con 20%, con el 15% aborto espontáneo, el 15% infección de vías urinarias, 15% ninguna complicación, y con un nivel inferior el retardo de crecimiento intrauterino con un 5%.
2. Estas complicaciones se presentaron en pacientes gestantes con VIH de 29 a 30 años con el 35%, muy seguidas de pacientes de 26 a 28 años con un 30%, luego de 20 a 22 años con el 20% y en menor porcentaje en gestantes con VIH en edades comprendidas entre 23 a 25 años con el 15%..
3. En cuanto al estado civil de las pacientes el de alto porcentaje es Unión libre con el 75%.
4. Los controles prenatales tenemos que el alto índice de estas pacientes han recibido mínimos controles prenatales es decir <5 controles con el 45%; 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. El 90% de las pacientes han tenido de 1 a 3 compañeros sexuales, que corresponde al de mayor porcentaje.
6. 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 60%, y el comienzo del tratamiento antirretroviral también es durante el embarazo con el 55%
7. Siendo la cesárea la vía de terminación con el mayor porcentaje del 70%.

8. El mayor porcentaje de las pacientes gestantes con VIH no tienen conocimiento sobre esta enfermedad con un 65%. En los antecedentes Obstétricos tenemos un elevado porcentaje de 1 a 2 embarazos con el 45%.

5.2. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Incentivara 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bcnatal. (2010). *Google*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org>
2. Bernal, F., Vásquez, P., & Giadalah, C. (2013). *Google*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000500007
3. CDC. (2015). *Google*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/Spanish/>
4. Dr.Castillo, A., Dra. Espinoza, A., & Dr. Ortiz, A. (2010). *Google*. Obtenido de organizacion Mundial de la Salud: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador_art.pdf
5. Dra. Scucces, M. (2011). *Google*. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400003
6. Estrada, a., & Figueroa, R. (2010). *Google*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf>
7. Evans-Jones, R. (2008). *Google*. Obtenido de <http://gtt-vih.org/book/print/3161>
8. Gatell JM, B. E. (1998). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por el VIH-1. *Guía Práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*, 50-73.
9. Global Report. (2010). Obtenido de http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm
10. Guía Práctica 2. (2011). *Google*. Obtenido de <http://saei.org/hemero/libros/c44.pdf>
11. Guillen, M. (1996). Infección por el VIH, Epidemiología, Etiopatogenia e Historia Natural. *Infección por el VIH*, 9-28.
12. Martínez, M. (2011). *Google*. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_6infecciones.pdf
13. Ministerio de Salud. (1984-2012). *Informe Nacional Evolución VIH/SIDA*. Chile.
14. MSP. (2013). *Google*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf
15. Muñoz, E., & Iribarren, J. (2013). *Google*. Obtenido de <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2013/gesidadcycrc2013-SeguimientoInfVIHEmbarazo.pdf>
16. Pedrosa, L., & Martínez, F. (2012). *Detección oportuna de VIH en mujeres embarazadas*. Honduras.
17. Sanín, J., & Gómez, J. (2010). *Google*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n3/v60n3a06.pdf>

18. Santos, E., & Fuertes, M. (2011). *Google*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000700010
19. Sistema Nacional de Salud. (2009). *Google*. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf
20. Velásquez, G., & López, P. (2011). *Google*. Obtenido de <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A28.PDF>