



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORES DE
VIH**

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

ARMIJOS CEVALLOS AMBAR NOEMI

TUTOR

DR. LUIS RIVADENEIRA CAMPODÓNICO

GUAYAQUIL - ECUADOR

AÑO

2017- 2018



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORES DE VIH		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	ARMIJOS CEVALLOS AMBAR NOEMI		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DR. LUIS RIVADENEIRA		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO GENERAL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No.DE PÁGINAS:	67
ÁREAS TEMÁTICAS:	SALUD PÚBLICA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	VIH, transmisión vertical, controles prenatales, tratamiento.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250palabras):	En este estudio se analiza el proceso bajo el cual las adolescentes embarazadas y sus hijos se ven afectados por el virus de inmunodeficiencia adquirida. La importancia de este trabajo radica en que aún existen altos índices de mujeres y neonatos infectados, a pesar de las medidas de prevención tomadas en los últimos 5 años. El análisis se lo realiza a partir de los datos obtenidos de las historias clínicas de adolescentes embarazadas portadoras de VIH atendidas en el Hospital Mariana de Jesús. Se evidenció una gran cantidad de mujeres con diagnósticos tardíos, lo cual retrasa el tratamiento, aumenta el riesgo de transmisión vertical y la morbilidad neonatal. Se concluye que es fundamental incrementar la cobertura del personal de salud, e incentivar los controles prenatales estrictos y el cumplimiento correcto del tratamiento antirretroviral.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0986911133	E-mail: ambar_2112@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre:		
	Teléfono:		
	E-mail:		

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR

Habiendo sido nombrado **DR. SANTILLÁN MUÑOZ JOSÉ ANTONIO** tutor del trabajo de titulación **RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **AMBAR NOEMI ARMIJOS CEVALLOS**, con Cl. **0931290795**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**, en la Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.



DR. SANTILLÁN MUÑOZ JOSÉ ANTONIO

Cl. No. 0920686979

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, **AMBAR NOEMI ARMIJOS CEVALLOS** con C.I. No. **0931290795** ,certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORES DE VIH, ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIANA DE JESÚS EN EL QUINQUENIO 2013- 2017”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*,autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

AMBAR NOEMI ARMIJOS CEVALLOS
C.I. No. 0931290795

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n.899- Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimonial se corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

Sr. Dr.
CECIL FLORES
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH”** del(los) estudiante (s) **ARMIJOS CEVALLOS AMBAR NOEMI**, indicando ha (n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que él (los) estudiante(s) **ARMIJOS CEVALLOS AMBAR NOEMI** está(n) apto(s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

DR. LUIS RIVADENEIRA CAMPODÓNICO

C.I. 0900232851

DEDICATORIA

A:

- Dios, quien me ha guiado por el camino correcto a pesar de las adversidades y no me ha permitido desistir a lo largo de toda la carrera.

- Mi mamá, quién me apoyó en todo momento desde el inicio, y confió plenamente en mis capacidades.

Sin su apoyo no hubiera llegado hasta esta instancia.

- Mi papá, quién siempre se ha preocupado por mi bienestar, de igual manera me dio palabras de aliento que me ayudaron a seguir adelante.

- Universidad y maestros, por impartirnos los conocimientos necesarios a lo largo de estos 7 años.

- Familiares y amigos, con quienes compartí momentos de alegrías y tristezas que me ayudaron a crecer.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar me gustaría agradecer a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, darme la salud y la inteligencia para seguir cada día y lograr este sueño anhelado.

A mis padres, que con su esfuerzo, experiencia y motivación supieron guiarme en este largo camino.

A mi tutor, que me brindó los conocimientos sobre el tema.

A mi prima Karina, que estuvo apoyándome en todo momento a pesar de la distancia, y me guió de forma correcta para la realización de este trabajo.

INDICE

PORTADA.....	I
REPOSITORIO.....	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR	III
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.....	IV
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	V
ANEXO 4.....	VI
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO.....	VIII
INDICE.....	IX
INDICE DE TABLAS.....	XII
INDICE DE GRÁFICOS	XIII
LISTADO DE SIGLAS.....	XIV
"RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH"	XV
Resumen	XV
ABSTRACT- Key words: HIV, vertical transmission, prenatal care, treatment.	XVI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	3
1.1 EL PROBLEMA	3
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL:	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	5
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.6 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.7 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	6
1.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	6
1.7.3 VARIABLE INTERVINIENTE.....	6
1.8 HIPÓTESIS	6

CAPITULO II	7
2.1 MARCO TEÓRICO	7
2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.2 EMBARAZO ADOLESCENTE	8
2.1.3 DEFINICIÓN DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH].....	9
2.1.4 FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD.	9
2.1.5 SIGNOS Y SINTOMAS.	10
2.1.6 EPIDEMIOLOGIA.....	12
2.1.7 TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH].....	14
2.1.8 DESEO REPRODUCTIVO	16
2.1.9 FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH	17
2.1.10 DIAGNÓSTICO	18
2.1.11 MANEJO DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO:	20
2.1.12 COMORBILIDADES EN EL RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE VIH POSITIVA	24
2.1.13 EFECTOS ADVERSOS EN EL RECIÉN NACIDO	24
2.1.14 PREVENCIÓN	25
2.2 MARCO LEGAL	26
CAPÍTULO III	27
MARCO METODOLÓGICO	27
3.1 METODOLOGÍA	27
3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL- ZONAL- PROVINCIAL- CANTONAL- LOCAL)	27
3.3 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	27
3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	27
3.4.1 Universo:.....	27
3.4.2 Muestra:	28
3.4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	28
3.5 VIABILIDAD	28
3.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	29
3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
3.8 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS Humanos:.....	30
3.9 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.10 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	31

3.11 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	31
CAPÍTULO IV	31
4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	60
CAPÍTULO V	63
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
Bibliografía	65
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores de riesgo para la transmisión del VIH-1 de la madre al bebé a través de la lactancia	16
Tabla 2. Infecciones maternas que muestran mayor incidencia y mayor riesgo de TV	18
Tabla 3 Esquema diagnóstico de la infección VIH en los menores de 18 meses.	20
Tabla 4 PREVALENCIA ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH	32
Tabla 5 ADOLESCENTES GESTANTES DE 12 A 19 AÑOS PORTADORAS DE VIH	33
Tabla 6 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2013	34
Tabla 7 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2014	35
Tabla 8 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2015	36
Tabla 9 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2016	37
Tabla 10 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2017	38
Tabla 11 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES PRENATALES	39
Tabla 12 VÍA DE NACIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS PERINATALES	40
Tabla 13 PREVALENCIA DE SEXO EN NIÑOS EXPUESTOS PERINATALES DESDE EL 2013 AL 2017	41
Tabla 14 DIAGNÓSTICO ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH	42
Tabla 15 DIAGNÓSTICO GLOBAL DE ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH	43
Tabla 16 COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES PORTADORAS DE VIH	44
Tabla 17 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES	45
Tabla 18 ESTADO DE LA PAREJA DISTRIBUIDO EN AÑOS	46
Tabla 19 ESTADO DE LA PAREJA	47
Tabla 20 NIVELES DE CD4 EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LAS GESTANTES	48
Tabla 21 NIVELES DE CD4	49
Tabla 22 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2014 ...	50
Tabla 23 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2015 ...	51
Tabla 24 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2016 ...	52
Tabla 25 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2017 ...	53
Tabla 26 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2014	54
Tabla 27 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2015	55
Tabla 28 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2016	56
Tabla 29 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2017	57
Tabla 30 CUADRO COMPARATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA Y LECHE DE FÓRMULA	58
Tabla 31 PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN LOS RECIÉN NACIDOS	59

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 PREVALENCIA ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH	32
Gráfico 2 ADOLESCENTES GESTANTES DE 12 A 19 AÑOS PORTADORAS DE VIH	33
Gráfico 3 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2013.....	34
Gráfico 4 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2014.....	35
Gráfico 5 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2015.....	36
Gráfico 6 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2016.....	37
Gráfico 7 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2017.....	38
Gráfico 8 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES PRENATALES	39
Gráfico 9 VÍA DE NACIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS PERINATALES.....	40
Gráfico 10 PREVALENCIA DE SEXO EN NIÑOS EXPUESTOS PERINATALES DESDE EL 2013 AL 2017	41
Gráfico 11 DIAGNÓSTICO ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH.....	42
Gráfico 12 DIAGNÓSTICO GLOBAL DE ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH.....	43
Gráfico 13 COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES PORTADORAS DE VIH.....	44
Gráfico 14 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES	45
Gráfico 15 ESTADO DE LA PAREJA DISTRIBUIDO EN AÑOS.....	46
Gráfico 16 ESTADO DE LA PAREJA	47
Gráfico 17 NIVELES DE CD4 EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LAS GESTANTES	48
Gráfico 18 NIVELES DE CD4	49
Gráfico 19 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2014	50
Gráfico 20 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2015	51
Gráfico 21 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2016	52
Gráfico 22 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2017	53
Gráfico 23 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2014	54
Gráfico 24 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2015	55
Gráfico 25 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2016	56
Gráfico 26 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2017	57
Gráfico 27 CUADRO COMPARATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA Y LECHE DE FÓRMULA.....	58
Gráfico 28 PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN LOS RECIÉN NACIDOS	59

LISTADO DE SIGLAS

3TC	Lamivudina
ARV	Antirretrovirales
AZT/ZVD	Zidovudina
CV	Carga Viral
EFV	Efavirenz
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
FTC	Emtricitabina
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas Y Censos
INTI	Inhibidores Nucléosidos
IP	Inhibidores de la Proteasa
LPV	Lopinavir
NVP	Nevirapina
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCIU	Retardo de Crecimiento Intrauterino
RPM	Ruptura Prematura de Membranas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TDF	Tenofovir
TV	Transmisión Vertical
VIH	Virus Inmunodeficiencia Adquirida

"RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORES DE VIH"

Autor: Ambar Noemi Armijos Cevallos

Tutor: Dr. Luis Rivadeneira Campodónico

Resumen

En este estudio se analiza el proceso bajo el cual las adolescentes embarazadas y sus hijos se ven afectados por el virus de inmunodeficiencia adquirida. La importancia de este trabajo radica en que aún existen altos índices de mujeres y neonatos infectados, a pesar de las medidas de prevención tomadas en los últimos 5 años. El análisis se lo realiza a partir de los datos obtenidos de las historias clínicas de adolescentes embarazadas portadoras de VIH atendidas en el Hospital Mariana de Jesús. Se evidenció una gran cantidad de mujeres con diagnósticos tardíos, lo cual retrasa el tratamiento, aumenta el riesgo de transmisión vertical y la morbilidad neonatal. Se concluye que es fundamental incrementar la cobertura del personal de salud, e incentivar los controles prenatales estrictos y el cumplimiento correcto del tratamiento antirretroviral.

Palabras Claves: VIH, transmisión vertical, controles prenatales, tratamiento.

"Effects of HIV infected adolescents on maternal and neonatal health"

Author: Ambar Noemi Armijos Cevallos

Advisor: Dr. Luis Rivadeneira Campodonico

Abstract

This study analyzes the process under which pregnant adolescents and their children are affected by the human immunodeficiency virus. The relevance of this work is that contributes on the study of the observed high rates of infected women and neonates, despite the prevention measures taken in the last 5 years. The analysis is carried out based on the data obtained from the medical records of pregnant adolescents infected with HIV, treated at the "Mariana de Jesús" Hospital. Results reveal that there are a lot of women with late diagnoses, which delays treatment, and therefore, the risk of vertical transmission and neonatal morbidity are increased. Thus, is fundamental to increase the coverage of health personnel, and to encourage strict prenatal care and the correct compliance of antiretroviral treatment.

Key words: HIV, vertical transmission, prenatal care, treatment.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el VIH continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que a finales del 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones.(1)

En la actualidad más del 50% [17.8 millones] de todas las personas que viven con el virus son mujeres y niñas. Se continúa observando que el mayor riesgo de contraer esta infección lo tienen las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años, debido a la promiscuidad, falta de conocimiento de anticoncepción, y en algunos casos difícil acceso a estos métodos de barrera. En nuestro país, existe alrededor de 9900 mujeres de 15 años o más que viven con VIH y más de 500 niños de 0 a 14 años con VIH. (1)

El virus del VIH es un microorganismo que ataca directamente al sistema inmune de los individuos debilitándolo y generando que la persona sea susceptible a contagiarse cualquier tipo de enfermedad. Este también puede atacar a las mujeres embarazadas, produciendo que el niño se contagie, lo que se conoce como transmisión vertical. El VIH en una mujer gestante es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos. (2)

La transmisión materno infantil se puede dar mediante 3 vías: intrauterina que representa un 25% de riesgo como causa de afectación en el niño, durante el parto donde el riesgo de transmisión es entre 40% y 45%, pues el recién nacido está expuesto a fluidos como sangre y secreciones genitales maternas que contienen el virus y a través de la lactancia materna con un riesgo de transmisión es del 14% al 20%.

Todos los recién nacidos de madre con VIH positivo se convierte en portadores si no se realiza los controles inmediatos para controlar esta enfermedad en la madre y en el recién nacido. Es recomendable realizar exámenes al recién nacido hasta los 18 meses ya que podría presentar los anticuerpos de la madre y no ser propios.

A pesar de que cada año aumenta el número de embarazadas con VIH que recibe tratamiento para la prevención de la transmisión del VIH a su hijo, aún existe un pequeño porcentaje de madres en Ecuador que no son detectadas a tiempo o que no reciben el tratamiento de manera temprana. La lucha contra el VIH en nuestro país es constante, implementando charlas a jóvenes, familias, haciendo énfasis en las medidas de prevención. (3)

Por todo lo mencionado anteriormente, el objetivo del presente trabajo: evaluar el resultante materno neonatal para establecer un protocolo de prevención, constituye un tema de interés nacional e internacional.

La metodología de esta investigación está basada en el estudio bibliográfico, analítico y observacional de campo. El estudio se llevó a cabo basado en la información obtenida de las historias clínicas de 128 adolescentes diagnosticadas de VIH con riesgo de contagio vertical ingresadas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el quinquenio 2013-2017.

El presente trabajo se divide de la siguiente forma: en el primer capítulo se plantea el problema, la justificación y objetivos y en el segundo capítulo se encuentra el marco teórico. Luego, en el tercer capítulo se expone el marco metodológico. En el cuarto capítulo se realiza el análisis de resultados. Y finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones del estudio.

CAPITULO I

1.1 EL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud el virus de inmunodeficiencia humana [VIH de aquí en adelante] continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública. Se estima que a finales del 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. Como ya es conocido esta enfermedad se puede transmitir por diversas vías, una de ellas es la transmisión materno infantil que se da por medio de una madre seropositiva a su hijo a través del embarazo, parto o lactancia y cuya tasa de contagio sin intervención previa es del 15-45%. (1)

A continuación, se presentarán las prevalencias de este virus, a pesar de que es posible prever este tipo de contagio, suministrando los antirretrovirales a ambos, tanto niño como madre, de preferencia lo más temprano durante el embarazo y en la fase de lactancia. (1)

De acuerdo a los informes de la organización "Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida" [ONUSIDA], la zona del Caribe tiene la segunda prevalencia más alta en el mundo y la epidemia perturba con más frecuencia a la población infantil. Así mismo en el 2015, alrededor de 2 millones de personas vivían con el VIH en América Latina. (2)

Es importante destacar que, a pesar de que las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte, la cifra de nuevas infecciones por VIH no ha variado en los últimos años; por lo que se debe hacer mayor énfasis en las medidas de prevención. (2)

Se estima que en América Latina se dieron 2100 casos de nuevas infecciones por el VIH en niños en el año 2015. (2)

Con relación al Ecuador, las estadísticas del INEC en el 2010 afirman que existió una gran incidencia de embarazos adolescentes en nuestro país; en particular, el 44,1%

de madres tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años y el 2,4% entre los 12 y 14 años. (3)

Esto se considera un problema de tipo social y económico debido a que en esta etapa se esperaría que las mujeres estén estudiando y fortaleciendo su carrera profesional. Y teniendo en cuenta las consecuencias que nos conllevan un embarazo adolescente como la mortalidad materna, la mortalidad infantil y enfermedades de transmisión sexual asociadas. (3)

En el Ecuador existe alrededor de 9900 mujeres de 15 años o más que viven con VIH y más de 500 niños de 0 a 14 años con VIH. (4)

La lucha contra el VIH en nuestro país es constante, implementando charlas a jóvenes, familias, y haciendo énfasis en las medidas de prevención. A su vez se trata de realizar la detección oportuna durante la gestación. Sin embargo, aún existe un pequeño porcentaje de madres que no son detectadas o que no reciben el tratamiento de manera temprana.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto que causa la condición materna de VIH como factor que predispone el riesgo de transmisión vertical de mujeres adolescentes ingresadas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el quinquenio 2013- 2017?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar la resultante materno neonatal en adolescentes portadores de VIH para establecer un protocolo de prevención.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Demostrar el porcentaje de gestantes adolescentes con VIH en el periodo 2013-2017.
- 2) Establecer la situación materna de VIH como predisponente al contagio y a morbi-mortalidades en el neonato.
- 3) Mencionar la importancia del tratamiento temprano en mujeres gestantes.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Con este trabajo se desea demostrar que la situación materna de VIH es importante para la transmisión vertical a nivel regional.

Debido a que el VIH representa un problema de salud pública a nivel mundial, y que ha generado un gran número de víctimas, sus formas de contagio son diversas y conocidas por la mayoría de personas, entre ellas como ya se mencionó, la transmisión vertical a través del embarazo, parto y lactancia; lo que se quiere documentar es el número de madres adolescentes seropositivas, el tratamiento que recibieron o caso contrario no haberlo recibido, a través de qué vía nació el producto, y mediante una investigación bibliográfica disminuir los números de casos con esta patología.

Para contribuir con información que demuestre la gravedad de ésta patología además de brindar medidas de prevención y así disminuir la morbi-mortalidad neonatal a nivel nacional.

De igual forma guiar a las madres adolescentes seropositivas a un mejor control prenatal, mayor cuidado y al cumplimiento de su tratamiento tanto dentro como fuera del embarazo.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza: Descriptivo

Campo: Salud Pública

Área: Gineco- obstetricia

Aspecto: Texto del tema

Tema / Investigar: Resultante Materno Neonatal en adolescentes portadoras del VIH.

Lugar: Hospital Especializado Santa Mariana de Jesús

Período: 2013- 2017

1.6 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué contribución tiene este trabajo de investigación?
2. ¿Cuál es el porcentaje de gestantes de acuerdo con la edad en que predomina el VIH?

3. ¿Cuál es la importancia de un diagnóstico oportuno?
4. ¿Qué influencia tiene sobre la transmisión vertical el tratamiento antirretroviral durante la gestación?
5. ¿Cómo se reduce el riesgo de transmisión vertical del VIH?

1.7 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores de riesgo maternos

1.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Transmisión vertical
- Exposición perinatal al VIH

1.7.3 VARIABLE INTERVINIENTE

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Actividad sexual

1.8 HIPÓTESIS

El cumplimiento de controles prenatales completos en gestantes adolescentes con VIH y la profilaxis antirretroviral temprana, ayudará a disminuir el riesgo de transmisión vertical a los recién nacidos a nivel nacional.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La transmisión vertical (materno neonatal) del VIH representa la forma más común de infección pediátrica, dicha transmisión puede presentarse cuando el niño se encuentra intraútero, a través del nacimiento o de la lactancia. De esta manera miles de niños se infectan cada año, y en conjunto pertenecen a países en vías de desarrollo. (5)

"La eliminación de la transmisión del VIH de la madre al hijo es uno de los principales objetivos de la lucha mundial por poner fin al sida en 2030". (5)

Diversos son los estudios realizados en base a la tasa de transmisión materno infantil del VIH.

En Cataluña entre octubre del 2001 y abril del 2002 se realizó un estudio transversal para obtener información de todos los niños infectados por el VIH por transmisión vertical, que fueron diagnosticados en 75 servicios de pediatría. Que nacieron entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre del 2001. (6)

Como resultado; "se obtuvieron 28 casos de infección pediátrica por VIH: 9, 9, 8, 2 y 0 por año de nacimiento de 1997 a 2001, respectivamente. De 16 madres diagnosticadas de VIH conocido ya sea antes o durante el embarazo, 9 realizaron profilaxis antirretroviral durante la gestación (5 con buena respuesta al tratamiento, uno desconocido y el resto con mala respuesta y adhesión) y 7 no realizaron profilaxis (6 por rechazo y uno se desconoce). De 12 madres diagnosticadas posterior al parto, 5 fueron embarazos con controles insuficientes y el resto poco o bien controlados. De estos últimos, en 6 no se efectuaron serología para VIH y en uno fue negativa en el primer trimestre". (6)

Se concluye que en Cataluña la transmisión ha disminuido en los últimos años, pero, en algún caso, se han producido infecciones por la mala implementación de las medidas preventivas ya conocidas. Por lo que el control debe ser tanto al inicio como al final de la gestación. (6)

Por otro lado, en el 2016 en Evinayong, Guinea Ecuatorial se realizó un estudio longitudinal descriptivo con 43 pacientes (niños) que tienen el antecedente de madres seropositivas que asistieron al Hospital Provincial Bonifacio OndoEdu para su revisión pediátrica. (5)

Se estudiaron variables relacionadas a factores maternos, y variables del niño. El 93,1% nacieron a las 37 semanas y tuvieron buen peso al nacer, el 88.4% fueron obtenidos por vía vaginal. El 76.9% (30) de recién nacidos tomaron tratamiento antirretroviral cumpliendo el esquema indicado además de la lactancia artificial. (5)

Mientras que los 13 niños restantes no recibieron tratamiento antirretroviral, el 50% se alimentó con lactancia artificial y el resto con lactancia materna. Tomando en cuenta el estado actual de los niños; se obtuvo 4 con VIH/SIDA, 10 sanos fuera del programa y 29 aún en estudio. (5)

Yatson Jesús Sánchez (5 pag6) comenta que los resultados del estudio mostraron que la reactividad de los recién nacidos dependió en gran medida del tratamiento ARV materno.

2.1.2 EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente o bien el embarazo precoz y no planificado perjudica tanto a países de recaudaciones altas como a países de recaudaciones medias y bajas, causando preocupación a nivel mundial. (7)

Aquí cabe clarificar que, el vocablo "precoz" hace mención a la relación que existe entre la edad temprana y el mayor riesgo de efectos adversos sociales, para la salud materna y del neonato. Así mismo, el vocablo "no planificado" describe los embarazos no previstos o inesperados, que no deben relacionarse con los embarazos precoces y programados. (7)

En esta misma línea, conviene subrayar que el embarazo adolescente tiene un gran huella en las vidas de los adolescentes, en especial la más jóvenes, causando inconvenientes en el ámbito social, económico, educativo y de su salud. (7)

En los países de recaudaciones medias y bajas, la carencia de conocimiento sobre la prevención del embarazo generalmente va conectado con la falta de acceso a

información y a servicios de salud sexual y reproductiva. No hay que olvidar que, en algunos países, el acceso a métodos anticonceptivos puede ser especialmente difícil para niñas solteras. (7)

2.1.3 DEFINICIÓN DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH].

El virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], aislado por primera vez en 1983, es el agente causal del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA], que constituye la fase final de la infección. La principal característica es la destrucción del sistema inmune, pero también origina una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales. (8)

En comparación con otros virus, el virus de inmunodeficiencia humana no puede ser eliminado totalmente del cuerpo humano, a pesar de recibir tratamiento. Por tanto, quien está infectado lo tendrá de por vida. (9)

Con relación a sus efectos, el VIH agrede al sistema inmunitario del organismo, en especial las células CD4, las cuales son las encargadas de ayudar al organismo a combatir las infecciones. Así pues, si no se realiza tratamiento contra este virus, el virus disminuye la cantidad de células CD4, causando que la persona infectada tenga más posibilidades de adquirir diversas infecciones o tener cánceres relacionados con infecciones. Con el pasar del tiempo, el virus produce una gran destrucción celular que hace que el organismo quede indefenso contra enfermedades, que en la mayoría de los casos son enfermedades oportunistas. Estas infecciones oportunistas son indicadores de que persona presenta SIDA y cursa la última etapa de la enfermedad. (9)

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD.

Respecto al proceso patológico, la infección por VIH tiene un efecto sistémica debido a que presenta un modo de actuar muy variable sobre las células, tejidos, órganos ya sea de forma directa o indirecta. (10)

"El virus del VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de estos linfocitos debido a la replicación viral dentro de ellos". (11)

El organismo trata de restablecer gran parte de las células inmunológicas destruidas, pero nunca logra restaurar toda la cantidad que se destruyó. Por otra parte, el agotamiento del sistema inmune se produce porque los primeros síntomas aparecen cuando exista un predominio de la destrucción celular y no de la reposición celular. Esto explica la razón por la cual el inicio de la terapia antirretroviral se debe de suministrar antes de que aparezcan los primeros síntomas". (10)

2.1.5 SIGNOS Y SINTOMAS.

Por lo que se refiere a signos y síntomas, esta infección se caracteriza por una variedad de etapas clínicas con sus respectivas manifestaciones.

La primera fase de infección aguda retroviral está dada por la llegada del virus al cuerpo humano y se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por dos situaciones: puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos; o bien sintomática. En esta última situación, el cuadro clínico presenta síntomas muy diversos, entre los cuales encontramos los siguientes tipos: a) generales (fiebre, faringitis, linfadenopatías, cuadro similar al de la mononucleosis infecciosa, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso); b) gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas; c) dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia; d) neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré. (10)

De forma general, estos síntomas tienen un período de duración de 6 a 8 semanas aproximadamente y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Conviene aquí subrayar que, durante esta fase existe el riesgo de que la serología del VIH resulte negativa o no reactiva, a pesar de que los antígenos virales sean positivos. (12)

En cuanto a la segunda fase conocida como fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores, el paciente progresa a la fase de mayor duración de la enfermedad. Esta fase de portador asintomático tiene un periodo variable con media

tan corta como de un año y tan larga como de 8,5 años, aunque con los nuevos tratamientos se está intentando extenderla cada vez más. (10)

Ahora bien, la persona infectada puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico con las siguientes características: más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan 2 o más regiones continuas. A esto se denomina linfadenopatía generalizada persistente, en donde puede o no haber esplenomegalia y, por tanto, el diagnóstico en esta etapa se realiza a través de la serología VIH. (10)

A medida que pasan los años la enfermedad sigue su progreso y la persona infectada pasa a la fase sintomática de la infección por VIH, la cual va a representar un período intermedio entre el portador asintomático y el de caso sida. (10)

En efecto, durante esta fase emergen los primeros síntomas o también, se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, de tal manera que estos pacientes ya no estarán estables como en la fase previa, pero los problemas no serán tan graves como en la fase posterior. (10)

Clínicamente se identifica con síntomas variables: a) linfadenopáticos: pueden reducir los ganglios linfáticos; b) respiratorios: tos seca persistente; c) digestivos: diarrea con duración mayor a un mes; d) generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de diaforesis nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10% e) hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él; f) dermatológicos: candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales; así como g) neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica.

Existen distintos factores que modificarán la duración de esta fase de la enfermedad como tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros. (10)

Por último, la fase SIDA u oportunistas mayores, es la etapa final de la infección por VIH y se determina por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, el paciente ya se encuentra en un estado de

inmunodepresión severa, dado por una depleción importante del número de linfocito CD4, cuya función en la respuesta inmune es bien conocida. Además hay una alta replicación viral, asistida por la debilidad del sistema inmunológico. "Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso SIDA cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen". (13)

2.1.6 EPIDEMIOLOGIA.

Respecto a la distribución y los determinantes de este virus, la epidemia del VIH y SIDA por lo general tiene una presentación más común en los países más pobres y dentro de los países industrializados, sin olvidar los grupos de poblaciones más desfavorecidos. (14)

Llama la atención que en las últimas décadas el VIH/SIDA se ha propagado por todo el mundo en cifras cambiantes. Esto ha traído consecuencias catastróficas debido a su capacidad de difusión, elevada mortalidad y afectación especialmente a adultos jóvenes, dejando desatendidos a niños y mayores. (14)

En cuanto a los expuesto por la Organización Mundial de la Salud se estima que a finales del 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones en la población. (1)

En la actualidad más del 50% [17.8 millones] de todas las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas. (15)

Además, se continúa observando que el mayor riesgo de contraer esta infección lo tienen las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años.

Según el Informe Mundial del ONUSIDA: el grupo de la población que predomina con esta infección son las mujeres y niñas, que representan más de la mitad del total. En África subsahariana, el número de mujeres que vive con el VIH supera al de hombres, y las probabilidades de que las jóvenes de entre 15 y 24 años sean seropositivas son ocho veces mayores que en el caso de los varones.

Por otra parte según UNAIDS los niños viviendo con VIH desde el 2016 corresponde a 2.1 millones. (16)

"La cantidad de personas que viven con el virus continúan elevándose, debido a que más personas tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y como resultado viven más y con más salud." (17)

La región de África sub-Sahariana es la más afectada por esta pandemia, ya que allí viven más de dos terceras partes de la población afectada, siendo la transmisión principalmente heterosexual. Sin embargo las mujeres jóvenes son las más afectadas y un elevado número de niños se ha infectado a partir de sus madres. (18)

En Latinoamérica y en los países del Caribe la dimensión de la epidemia y el mecanismo de transmisión varía de un lugar a otro. Por su parte, en el Caribe predomina la transmisión heterosexual, mientras que en los países andinos, los cuales se encuentran menos perjudicados, tienen el riesgo de transmisión homosexual y heterosexual. (14)

En Brasil existe una gran cantidad de afectados y aquí tiene gran importancia la transmisión entre usuarios de drogas inyectadas. Importante recordar que la entrada de la epidemia de SIDA en Asia fue relativamente tardía. (14)

En el año 2000, menos del 1 % de las personas que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos tenían acceso al tratamiento. En 2014, la cobertura mundial de la población que tuvo acceso al tratamiento antirretroviral llegó al 40%. (17)

Según las últimas estadísticas del ONUSIDA; África es el continente más afectado con 25.730 millones de personas, seguido de Asia y el Pacífico con 5.1 millones.

Europa tiene alrededor de 2.1 millones de personas que viven con VIH y Latinoamérica presenta alrededor de 5.1 millones en el año 2016. (16)

Hay que mencionar, además que al comparar las cifras de nuevas infecciones por VIH tenemos que en el 2000 la cantidad de infectados era elevada pero a partir del 2014 se evidencia una gran reducción.

Así tenemos que, en el 2016, en el este y sur de África hay alrededor de 790000 nuevos infectados, en Asia 270000 personas, en Latinoamérica y Europa- Norte América existen 97000 y 73000 nuevos casos respectivamente. (16)

Con respecto a la transmisión materno infantil del VIH "Se estima que en 2009 unos 370.000 niños (rango de 220.000 a 520.000) contrajeron el VIH durante el periodo perinatal y la lactancia, una cifra bastante inferior a los 500.000 [rango de 320.000 a 670.000] de 2001." (15)

A pesar de que este descenso es revelador, el VIH continúa teniendo una gran mortalidad materno infantil en la mayoría de países. Sin embargo, resalta Sudáfrica donde se logró una cobertura del tratamiento que superó al 90% por lo que su transmisión ha disminuido notablemente. (15)

Con respecto al Ecuador, las estadísticas del INEC en el 2010 muestran que, existió una gran incidencia de embarazos adolescentes en nuestro país; el 44,1% de madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años y el 2,4% entre los 12 y 14 años. (3)

Esto se considera un problema social debido a que en esta etapa se esperaría que las mujeres estén estudiando y fortaleciendo su carrera profesional. Y teniendo en cuenta las consecuencias que nos conllevan un embarazo adolescente como la mortalidad materna, la mortalidad infantil y enfermedades de transmisión sexual asociadas.

En el Ecuador existe alrededor de 9900 mujeres de 15 años o más que viven con VIH y más de 500 niños de 0 a 14 años con VIH. (4)

La lucha contra el VIH en nuestro país es constante, insistiendo en la realización del tamizaje durante el embarazo como norma obligatoria durante todo control prenatal, además de los programas dados por el Ministerio de Salud Pública implementando charlas a jóvenes, familias, haciendo énfasis en las medidas de prevención.

De manera que se trata de realizar la detección oportuna durante la gestación, a pesar de ello aún existe un pequeño porcentaje de madres que no son detectadas o que no reciben el tratamiento de manera temprana.

2.1.7 TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]

La transmisión vertical se da en 3 momentos: intraútero, en el momento del parto o durante la lactancia.

La transmisión intrauterina constituye alrededor del 25% del riesgo, como motivo de afectación al niño, de tal forma que la infección será de origen placentaria en cualquier semana de la gestación. Por otra parte, las investigaciones exponen que la transmisión intrauterina se presenta principalmente en las últimas semanas de gestación. (19)

El principal factor de riesgo asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral materna, es decir a mayor carga viral mayor probabilidad de transmisión. (19)

Durante el parto, el riesgo de contagio va del 40% al 45%, pues el recién nacido está expuesto a fluidos como sangre y secreciones genitales maternas que contienen el virus. El contagio puede darse a través de microtransfusiones sanguíneas que se presentan durante el trabajo de parto es decir en las contracciones uterinas, debido al ascenso del virus a través del canal de la vagina-cérvix y, en caso de ruptura de membranas, a través del tracto digestivo del niño, por este motivo se debe evitar que la mujer progrese al trabajo de parto, de tal forma que se planifica una cesárea. (19)

"La ruptura prematura de membranas está asociada con el aumento del riesgo de transmisión, siendo significativo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa". (19)

Está manifestado que en la gestante con carga viral menor de 1 000 copias tiene una disminución importante en las tasa de contagio. En la última guía del Ministerio de Salud Pública del Ecuador sobre la transmisión materna del VIH se menciona: "Cuando se programa una cesárea, esta deberá realizarse antes del inicio de la labor de parto y con membranas amnióticas íntegras". (19)

Finalmente a través de la lactancia materna, el riesgo de traspaso va del 14% al 20%. (19)

Tabla 1 Factores de riesgo para la transmisión del VIH-1 de la madre al bebé a través de la lactancia

Factores de riesgo para la transmisión del VIH-1 de la madre al bebé a través de la lactancia
Mayor carga viral en el plasma materno y la leche materna
Menor CD4 materno
Recuento de células T
Enfermedad materna avanzada
Desnutrición avanzada
Duración prolongada de la lactancia materna
Lactancia no exclusiva
Mastitis clínica y subclínica, absceso mamario, pezones agrietados
Elevada proporción Na / K de leche materna
Úlceras orales

Fuente. Adaptado de Marc Bulterys, Athena P. Kourtis (20)

2.18 DESEO REPRODUCTIVO

La mejoría de la calidad de vida en los pacientes infectados por el VIH ha motivado un interés progresivo de éstos por la posibilidad de tener hijos. Si bien es cierto que ningún método actual asegura que no exista peligro de transmisión, éste reduce cuando el miembro de la pareja infectado recibe TARGA [Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad] y presenta una carga viral plasmática indetectable [< 50 copias/ml].

"Sin embargo, es importante insistir en que «ninguna técnica o tratamiento garantiza la ausencia de transmisión», ya que, aunque la carga viral sea indetectable, ello no indica necesariamente que ocurra lo mismo en el tracto genital". (21)

Si la decisión de la pareja es tener hijos, hay que descartar en ambos miembros de la pareja otras infecciones de transmisión sexual. (22)

"En el caso del miembro infectado es aconsejable que se encuentre en condiciones óptimas, tomando tratamiento antirretroviral de gran actividad, con buen nivel de CD4 y con carga viral indetectable. Por último, siempre que vayan a utilizarse técnicas de reproducción asistida se recomienda la realización de estudios de fertilidad previos". (22)

2.1.9 FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

El principal factor de riesgo para la transmisión maternoinfantil del VIH es la carga viral plasmática [CVP] en la madre, cuando esta es mayor a 1.000 copias/ml.

Otros factores de riesgo:

- La administración de TARGA es fundamental durante el embarazo: esta disminuye el riesgo de transmisión vertical, si la madre tiene una carga viral menor a 1000 copias/ml y recibe TARGA el riesgo de contagio es menor del 1% y del 9.8% si no lo recibe.
- Tipo de parto: el parto vaginal supone más riesgo que la cesárea urgente y ésta más riesgo que cesárea programada
- Parto instrumentado
- Cesárea en el curso del parto tras un tiempo prolongado de dinámica uterina.
- Peso al nacer inferior a 2500 gr.
- La presencia de sangrado durante el parto
- Mal estado clínico de la madre.
- Inicio del tratamiento antirretroviral pasada las 30 semanas de gestación.
- Prematuridad; menor a 37 semanas, principalmente si es menor a 32 semanas
- Mayor tiempo de ruptura de membrana, a más tiempo, más riesgo de transmisión de VIH, aumentando considerablemente a partir de las 8 -12 horas, este hecho representa un factor de riesgo independiente.
- Infección del tracto genital concomitante. (6)

Tabla 2. Infecciones maternas que muestran mayor incidencia y mayor riesgo de TV

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">· Herpes simple genital.· Citomegalovirus.· Lúes.· Toxoplasma.· Tuberculosis.· Virus de la hepatitis C.· Virus de la hepatitis B.· Virus del papiloma humano.· Enfermedad de Chagas (<i>Trypanosoma cruzi</i>).· Malaria. |
|--|

Fuente. M.I González Tomé. (23)

2.1.10 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE LA MADRE:

El diagnóstico de infección por VIH/sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

Para determinar el diagnóstico en la gestante se deben efectuar dos tipos de pruebas de tamizaje:

- Una prueba de ELISA para VIH, preferible de cuarta generación.
- Dos pruebas rápidas de 3ra. generación

En caso de que la prueba de tamizaje resulte reactiva, deberá realizarse la confirmación con una prueba de Western Blot.

Caso contrario si resulta no reactiva la primera evaluación, repetiremos la prueba a las 34, 36 semanas y en la labor de parto debido a que existe la posibilidad de infección durante el embarazo o por el período de ventana. (19)

DIAGNÓSTICO EN EL NIÑO:

El diagnóstico de la infección VIH en los niños mayores de 18 meses se determina con serología como en el adulto, mientras que en los niños menores de 18 meses se emplearán test virológicos como:

El PCR DNA VIH, cuya su sensibilidad se refuerza con la edad, existe el 40% durante la primera semana de vida, aumentando la sensibilidad al 96% con una especificidad del 99% a partir del mes. (24)

Y el PCR RNA VIH que actúa detectando RNA viral libre en plasma, teniendo esta técnica mayor disponibilidad que la PCR de DNA y es la más usada en los centros de salud. La sensibilidad también aumenta con la edad, así existe el 25-40% durante la primera semana de vida aumentando a partir de la tercera semana de vida y alcanzando más del 90-100% a partir de los 2-3 meses. (24)

De acuerdo al esquema indicado para el diagnóstico de la infección en recién nacido hijo de madre VIH se debe hacer una detección de RNA y/o DNA viral en las primeras 48 horas de vida, en este caso no se usa la sangre de cordón ya que nos puede originar falsos positivos. De modo que, si las pruebas virológicas resultan positivas, confirma que ha existido una infección intraútero. (24)

Puesto que la sensibilidad de las pruebas virológicas incrementa a partir del mes de vida, estas deben repetirse entre los 15-21 días de vida; pero no es necesario si existió bajo riesgo de transmisión vertical, y a las 4 ó 6 semanas de vida, es decir 2 semanas después de que se haya suspendido la profilaxis y mayor de 4 meses, teniendo en cuenta esta determinación en el caso de niños que hubieran recibido terapia combinada, lo cual podría haber disminuido la carga viral y originar falsos negativos.

Por lo tanto, si se obtiene un resultado positivo con alguna de estas técnicas, hay que proceder a repetir el examen en una muestra de sangre diferente para confirmar la infección y descartar un falso positivo. (24)

"Se considera que existe infección en un niño menor de 18 meses si presenta al menos 2 PCR de RNA y/o DNA de VIH positivas en determinaciones de sangre diferentes". (24)

En efecto, se puede descartar con bastante probabilidad la infección en el niño menor de 18 meses, si se obtiene al menos dos PCR de RNA y/o DNA de VIH negativas en determinaciones de sangre diferentes, obtenidas por encima de las 6-8 semanas de vida cuando ya está sin tratamiento antirretroviral. En todos los casos, hay que comprobar la desaparición de anticuerpos. (24)

El protocolo del seguimiento del niño expuesto se basa en realizar PCR al nacimiento, 15-21 días, 6 semanas, y una PCR a partir de los 4 meses. Mientras que la serologías a los 12 y 18 meses; si primera es negativa y PCR negativas no precisa repetir y realizar carga viral. (24)

Tabla 3 Esquema diagnóstico de la infección VIH en los menores de 18 meses.

Edad	Actuación	Comentarios
0-48 h vida	Iniciar profilaxis antirretroviral Solicitar PCR RNA/DNA HIV en las 1as 48h.	Si negativa repetir 15-21 días de vida. Si positiva , repetir en otra muestra para confirmar infección intraútero y descartar falso positivo
15-21 días vida	Solicitar PCR RNA/DNA VIH (opcional si bajo riesgo de TV de VIH)	Si negativa repetir a 4- 6 semanas de vida. Solicitar en caso de riesgo de TV .Si positiva , repetir en otra muestra para confirmar infección y descartar falso positivo.
4 -6 sem. de vida	Solicitar PCR RNA/DNA VIH .Stop profilaxis a las 4s de vida	Si negativa repetir a los 4 meses de vida. Si positiva , repetir en otra muestra para confirmar infección y descartar falso positivo.
≥4 m de vida	Solicitar PCR RNA/DNA HIV	Si negativa : Infección prácticamente descartada Si positiva , repetir en otra muestra para confirmar infección y descartar falso positivo.
12-18 m	ELISA	Comprobar desaparición de anticuerpos para VIH

Fuente. M.I González Tomé. (23)

2.1.11 MANEJO DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO:

GESTANTE:

- Se recomienda que toda pareja serodiscordante es decir, una gestante no infectada por VIH y cuya pareja está infectada sea considerada de alto riesgo para adquirir la enfermedad. Es obligatorio realizar tamizaje para VIH en el primer control prenatal, el segundo tamizaje realizarlo durante tercer trimestre, antes de las 36 semanas de gestación, y una tercera prueba en el parto.
- En caso de que la gestante presente síntomas sugestivos de síndrome retroviral agudo, se debe solicitar carga viral de inmediato.
- Si el resultado es positivo para la prueba de tamizaje o la carga viral, se debe iniciar la TARGA inmediatamente además de evitar los factores de riesgo en la gestante y realizar controles prenatales subsecuentes.
- En las parejas serodiscordantes, la pareja debe comenzar tratamiento antirretroviral en caso de que no la reciba previamente, independientemente del estadio clínico o del recuento de CD4. (19)

Tenemos tres situaciones con relación al inicio de tratamiento con tratamiento antirretroviral de gran actividad para la prevención de la transmisión materno infantil del virus:

- a) Gestante con VIH sin TARGA que consulta en etapas tempranas de su embarazo
- b) Gestante con VIH y sin tratamiento que se presentan en trabajo de parto
- c) Recién nacido de madre con VIH que no recibió ningún tratamiento profiláctico. (19)

Gestante con VIH sin TARGA que consulta en etapas tempranas de su embarazo

En una mujer gestante con VIH, los antirretrovirales [ARV] se los debe suministrar desde el momento que se conoce el diagnóstico y se mantenerlo durante todo el embarazo y posterior a este. (19)

El propósito de la TARGA durante la gestación es reducir la carga viral y consecuentemente mantenerla indetectable, ya que esto impedirá el contagio al feto, resguardará la salud de ambos y evita la presencia de resistencia a los fármacos empleados [ARV]. (19)

Es importante recordar los posibles efectos adversos de los antirretrovirales, tanto al feto como a la madre.

La eficacia del tratamiento la determinamos a través de la evaluación periódica de la carga viral. (19)

El esquema de primera línea recomendada para las mujeres embarazadas, consiste en dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos [INTI] habitualmente tenofovir + lamivudina o emtricitabina con efavirenz [TDF+ 3TC o FTC con EFV]. (19)

En mujeres que tienen un conteo de CD4/mm³ mayor de 250 células, hay que recordar que el uso de nevirapina puede estar relacionado con mayor toxicidad por lo que debe vigilarse continuamente a la paciente durante las 12 primeras semanas de tratamiento. (19)

Otra opción terapéutica es un régimen basado en 2 INTI que son zidovudina + lamivudina + lopinavir [AZT + 3TC+ LPV/r] pero se debe recordar que el uso de un inhibidor de la proteasa dado como primera línea limita futuras opciones de tratamiento. (19)

Por otra parte, la zidovudina se la administra para el componente intraparto; se inicia a una dosis de carga intravenosa 2mg/kg que se pasa durante una hora, y se continúa con una infusión intravenosa de 1mg/kg/hora hasta clampearse el cordón. Si no contamos con zidovudina intravenosa, se puede emplear zidovudina vía oral 12 horas antes de la cesárea programada en una dosis de 300 mg cada tres horas. En caso de que una mujer VIH+ que esté recibiendo tratamiento antirretroviral actual, se embarace, según la norma actual debe mantenerse con el tratamiento previo. (19)

Gestante con VIH y sin tratamiento que se presentan en trabajo de parto:

En este caso es obligatorio, suministrar los tratamientos con antirretrovirales en dos momentos: intraparto y posparto. Para el factor intraparto, se maneja con el esquema de elección que consiste en iniciar lo más pronto posible con una dosis inicial de zidovudina intravenosa a 2 mg/kg, pasarla en una hora junto con una dosis única de nevirapina de 200 mg, y continuar con una infusión continua intravenosa de zidovudina de 1 mg/kg/hora hasta clampearse el cordón umbilical. Es importante saber que, se debe iniciar cesárea siempre que no se haya iniciado el trabajo de parto y la gestante no haya roto membranas. (19)

En caso de no disponer de zidovudina [AZT] intravenosa, hay que suministrar cada tres horas zidovudina [AZT] vía oral de 300 mg, dándola 12 horas antes de la cesárea y mantenerla hasta el nacimiento. "Para factor el posparto deberá administrarse el esquema de primera línea; representado por tenofovir + lamivudina o emtricitabina + efavirenz [TDF + 3TC o FTC + EFV] indefinidamente". (19)

Deseo subrayar que es obligatoria la realización de cesárea electiva o programada entre las 37 y 38 semanas de gestación. (19)

RECIÉN NACIDO:

Gran parte de los niños podrán recibir monoterapia con zidovudina [ZDV] sola como profilaxis frente a la infección VIH, mientras que en los casos en los que exista más riesgo de TV, deberá evaluarse el uso de triple terapia.

"Los hijos de madres que hayan recibido TARGA durante el embarazo y tengan carga viral menor de 50 copias/ml en el parto y sin otros factores de riesgo como ruptura de membranas prolongada, hemorragia significativa, adoptarán monoterapia con zidovudina [ZDV] durante 4 semanas". (24)

En el caso de niños prematuros, principalmente menores de 32 semanas de gestación, se recomienda solo el manejo solo con zidovudina durante 4 semanas. Además, debe considerarse la administración de una dosis única de nevirapina a la gestante, dos horas antes del labor de parto. Está contraindicado administrarse la nevirapina en monoterapia para impedir la resistencia. (24)

Recién nacido de madre con VIH que no recibió ningún tratamiento profiláctico.

Es mandatorio realizar el estudio virológico en los recién nacidos lo más temprano posible, la primera muestra debe tomarse inmediatamente al nacimiento previo al inicio de la profilaxis y, la siguiente después de las cuatro semanas. (19)

El tratamiento antirretroviral recomendado será de forma combinado con zidovudina + lamivudina + nevirapina [AZT-3TC-NVP] conocido como triple terapia, que se administra en las primeras horas de vida de la siguiente manera:

En la primera semana, es importante que a partir de las primeras cuatro a seis horas de vida, comenzar con lamivudina [3TC] a dosis de 2 mg/kg/dosis 2 veces al día + zidovudina [AZT] a dosis de 4 mg/kg/dosis, administrar 2 veces al día durante seis semanas. (19)

Se administrará nevirapina a dosis de 2 mg/kg/día, la primera dosis se debe administrar lo más pronto posible; procurar que sea antes de las primeras 12 horas de vida. Suspender del segundo al cuarto día y retomar a partir del quinto día de vida, se administrará a dosis 4 mg/kg/día hasta los quince días de vida.

La duración total de la profilaxis antirretroviral es de cuatro semanas, las dos primeras con zidovudina + lamivudina + nevirapina y en las dos últimas se emplea zidovudina + lamivudina. (19)

2.1.12 COMORBILIDADES EN EL RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE VIH POSITIVA

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

- Coinfecciones maternas, idóneos de ser transmitidas al niño durante el embarazo y/o el parto. Además, es necesario descartar la infección congénita por citomegalovirus a través una PCR o cultivo en orina al nacimiento.
- Hijos de madre con diabetes gestacional, esta patología es más prevalente en el caso de madres con infección por VIH. (23)
- Prematuridad, es la complicación perinatal más frecuente en las gestantes que reciben TARGA; se discute si dicha asociación se debería al uso de inhibidores de la proteasa. (24)
- Malformaciones, no obstante no se ha descrito una mayor incidencia de malformaciones en los niños que usaron antirretrovirales. Hay que recordar que sólo el efavirenz se incluye en la Categoría D.
- Restricción del crecimiento intrauterino, es la complicación más frecuente en gestantes de edad avanzada, asociadas otras patologías obstétricas como eclampsia o pre-eclampsia, síndrome HELLP; toxicomanías y en algunas infecciones congénitas conocidas como toxoplasmosis, citomegalovirus y VIH.
- Síndrome de abstinencia, que se presenta cuando existe el antecedente de consumo de drogas o la clínica neonatal sugestiva. (25)

2.1.13 EFECTOS ADVERSOS EN EL RECIÉN NACIDO

La terapia antirretroviral produce efectos adversos tanto en el recién nacido como en la mujer embarazada. Por su parte, en el recién nacido son más comunes las alteraciones hematológicas (citopenias) que por lo general son leves y no producen afectación grave sobre el organismo; toxicidad mitocondrial, convulsiones febriles, entre otros. (26)

En un estudio realizado en Chile en el 2013 sobre los efectos secundarios de la terapia antirretroviral se obtuvo que la anemia fue el principal efecto adverso, presente en el 70% de los recién nacidos. Seguimiento de alteraciones metabólicas como la hiperlactacidemia sin acidosis. (26)

De igual manera, fue escasa la presencia de retardo de crecimiento intrauterino y malformaciones cardíacas congénitas como comunicación interventricular y ductus arterioso persistente. (26)

2.1.14 PREVENCIÓN

Diversos estudios perinatales han demostrado que si se permite la evolución natural de la infección, las tasas de transmisión vertical oscilarían entre un 13 y un 48% dependiendo si las madres daban o no de lactar a los recién nacidos y según el lugar del estudio. (22)

La transmisión vertical ha disminuido considerablemente en el mundo desarrollado debido al uso de zidovudina [ZDV] durante el embarazo, parto y al recién nacido inmediato al nacimiento, y posteriormente con el tratamiento antirretroviral de gran actividad [TARGA]. (22)

Está comprobado que el porcentaje de transmisión del virus a través de la lactancia materna en las primeras semanas de vida es mayor debido a carga aumentada del virus, esto también varía, de acuerdo a la carga viral de la madre. Por este motivo está contraindicada la lactancia materna.(19)

Es importante saber que la lactancia mixta, cursa con un mayor riesgo de transmisión que la lactancia materna exclusiva, por lo que está contraindicada. (19)

Cuando la gestante no está infectada por VIH y su pareja es reactiva, ambos tienen que recibir consejería acerca del uso correcto y constante del preservativo para impedir el contagio del virus a la pareja. (19)

2.2 MARCO LEGAL

De acuerdo a la Constitución del Ecuador, en el capítulo tercero, sección cuarta tenemos lo siguiente:

Art. 43.-

El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (27)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGÍA

El presente trabajo es de enfoque cualitativo, diseño no experimental, de corte transversal y el método es observacional, analítico y retrospectivo.

Éste trabajo tiene un enfoque cualitativo , donde se pretende analizar los resultados obtenidos para determinar la condición de VIH materno y embarazo adolescente como elemento para la transmisión vertical.

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL- ZONAL- PROVINCIAL- CANTONAL- LOCAL)

La zona de trabajo del presente estudio es el Hospital Especializado Mariana de Jesús, ubicado en la calle 27 y Rosendo Avilés al sur-oeste de la ciudad de Guayaquil, cantón Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

El Hospital Especializado Mariana de Jesús al estar localizado en esta zona de la ciudad y por ser el punto de acceso a la salud de cientos de mujeres de la Ciudad de Guayaquil, de la provincia del Guayas y de todo el país, es un lugar idóneo ya que cuenta con todo el personal y material necesario para la realización de este estudio.

3.3 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis se realizó en el período de estudio que pertenece al quinquenio 2013- 2017

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1 Universo:

Está representado por la población en estudio, que corresponde al total de mujeres embarazadas adolescentes portadoras de VIH, representado por 128 pacientes.

3.4.2 Muestra:

Corresponde al número de mujeres adolescentes embarazadas portadoras de VIH que fueron atendidas por controles prenatales y posterior parto en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el quinquenio 2013- 2017, representado por 128 mujeres.

3.4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres adolescentes gestantes portadoras de VIH que llevaron sus controles y reciben tratamiento en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el quinquenio 2013- 2017.
- Todos los recién nacidos de madres adolescentes portadoras de VIH, que fueron expuestos a la infección.

Criterios de exclusión:

- Todas las gestantes no portadoras que fueron atendidas en esta institución.
- Todos los recién nacidos de madres adolescentes que no portaban VIH.

3.5 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio es viable, debido a que es de gran interés por la comunidad médica y especialistas que pertenecen al área de salud pública. Además de que el embarazo precoz y la transmisión vertical del VIH sean casos muy frecuentes en la actualidad y que generan gran impacto en la sociedad, se requiere su estudio a fondo y la pesquisa de la infección a tiempo.

3.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variables	Definición	Indicadores	Escala valorativa	Fuentes
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>Es todo aquello que predispone a la gestante a la transmisión vertical.</p>	<p>Carga viral CD4 No TARGA RPM prolongado Tipo de parto Infecciones asociadas Captación tardía</p>	<p>>1000 copias Menor de 250 células Recibió o no Mayor a 8 horas Parto o cesárea ETS/ Corioamnionitis</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Transmisión vertical</p>	<p>Es el contagio de la infección de la madre al hijo a través de 3 vías ya establecidas</p>	<p>Durante el embarazo Durante el parto A través de la lactancia materna</p>	<p>Si o no Si o no Si o no</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>VARIABLE INTERVINIENTE</p>	<p>Son aquellos factores que están relacionados pero no influyen de forma directa</p>	<p>Edad Sexo Estado civil Actividad sexual</p>	<p>12 a 19 años Mujer Casada, soltera, unión libre Número de parejas</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>Controles Prenatales</p>	<p>Atención médica que la gestante debe recibir durante todo el embarazo</p>	<p>Óptimos Mínimos Ninguno</p>	<p>Más de 5 Menor a 5 Ninguno</p>	<p>Historia clínica</p>

Tratamiento antirretroviral	Fármacos seleccionados para tratar la infección por VIH	TDF+ 3TC o FTC con EFV AZT + 3TC+ LPV/r	Recibió o no recibió terapia	Historia clínica
-----------------------------	---	--	------------------------------	------------------

3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo observacional, retrospectivo, analítico y de corte transversal.

3.8 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

Humanos:

- Autor (Estudiante de Medicina)
- Tutor Docente (Médico Gineco-obstetra)
- Director del Hospital
- Jefe del área de estadística
- Pacientes (adolescentes gestantes) y sus hijos.

Físicos:

- Hospital Especializado Mariana de Jesús
- Departamento de estadística
- Historias clínicas
- Permiso de la institución para realizar el trabajo de investigación
- Laptop, internet, revistas médicas, impresora, hojas blancas, bolígrafos

3.9 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica para la recolección de datos fue la documentación así, se usarán las historias clínicas junto con los informes estadísticos suministrados por el hospital, que nos darán la información necesaria. Además de ciertos datos sobre el manejo dados mediante una entrevista por la ginecóloga y la pediatra encargadas del departamento de VIH.

3.10 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el correcto análisis de los resultados obtenidos, se empleó tablas detallando la frecuencia y el porcentaje de dichas variables cualitativas.

3.11 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Para empezar con el trabajo, primero se entregó el oficio al director del Hospital Mariana de Jesús, de tal forma que nos dio la autorización correspondiente.

Durante la realización del trabajo siempre se tuvo presente asegurar la privacidad de todas las adolescentes procurando no revelar sus identidades, por lo tanto no hubo ningún conflicto bioético.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH DEL 2013- 2017

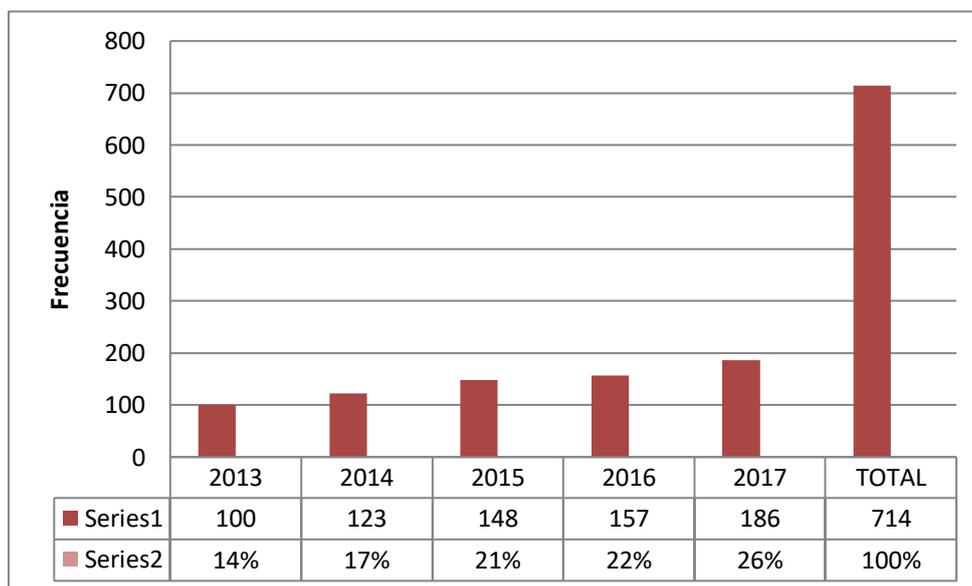
Tabla 4 PREVALENCIA ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2013	100	14%
2014	123	17%
2015	148	21%
2016	157	22%
2017	186	26%
TOTAL	714	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 1 PREVALENCIA ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis revela que el año donde obtuvimos una mayor prevalencia de madres portadoras de VIH (incluidas mayores de 20 años) fue el 2017 (26%), seguido

del 2016 (22%), en tercer lugar el 2015 (21%), y en menor porcentaje el 2014 y 2013 con 17% y 14% respectivamente.

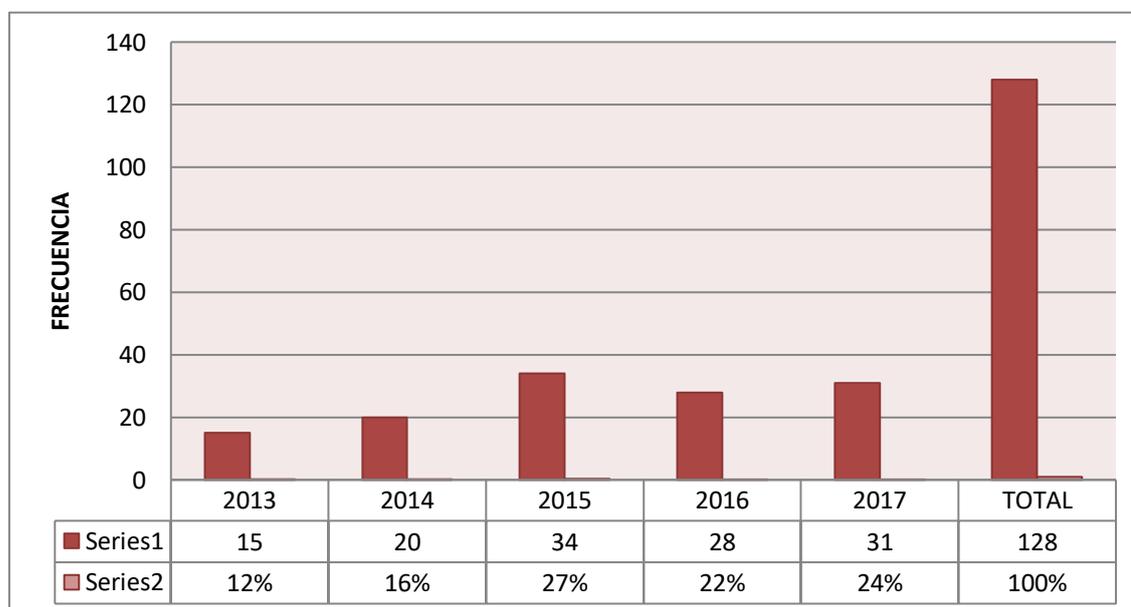
Tabla 5 ADOLESCENTES GESTANTES DE 12 A 19 AÑOS PORTADORAS DE VIH

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2013	15	12%
2014	20	16%
2015	34	27%
2016	28	22%
2017	31	24%
TOTAL	128	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 2 ADOLESCENTES GESTANTES DE 12 A 19 AÑOS PORTADORAS DE VIH



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis: El resultado del análisis revela que existieron 128 adolescentes portadoras de VIH en el período 2013- 2017, del cual el predominio fue en el 2015 con el 27%, en

segundo lugar el 2017 con el 24%, 2016 con el 22%, seguido del 2014 y 2013 con el 16% y 12% respectivamente. Esto demuestra el notable aumento de mujeres portadoras del virus en los últimos 3 años.

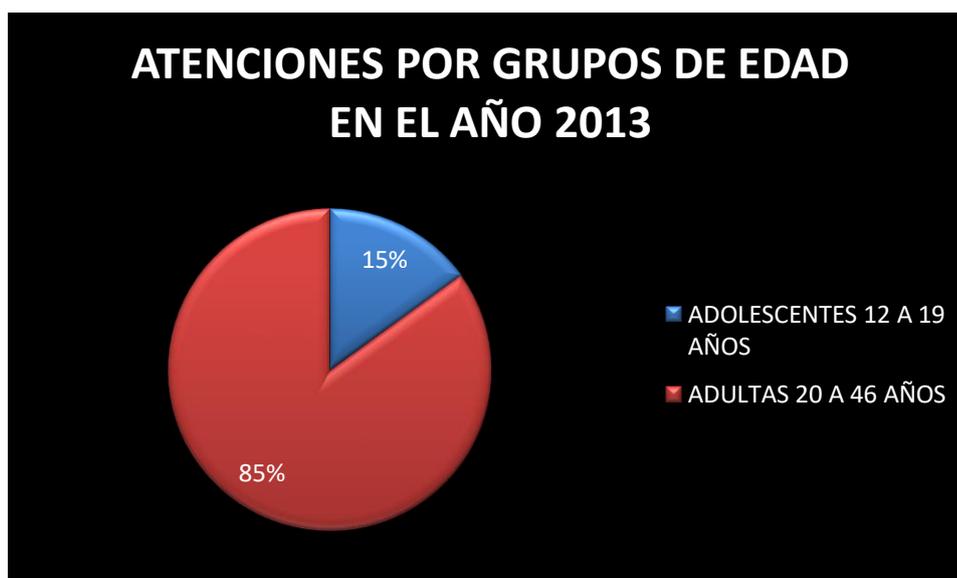
Tabla 6 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2013

AÑO 2013	ADOLESCENTES 12 A 19 AÑOS	ADULTAS 20 A 46 AÑOS
FRECUENCIA	15	85
PORCENTAJE	15%	85%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 3 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2013



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que en el año 2013, la mayor cantidad de mujeres atendidas, portadoras de VIH fue el grupo de 20 a 46 años representado por el 85%, mientras que las adolescentes corresponde al 15%.

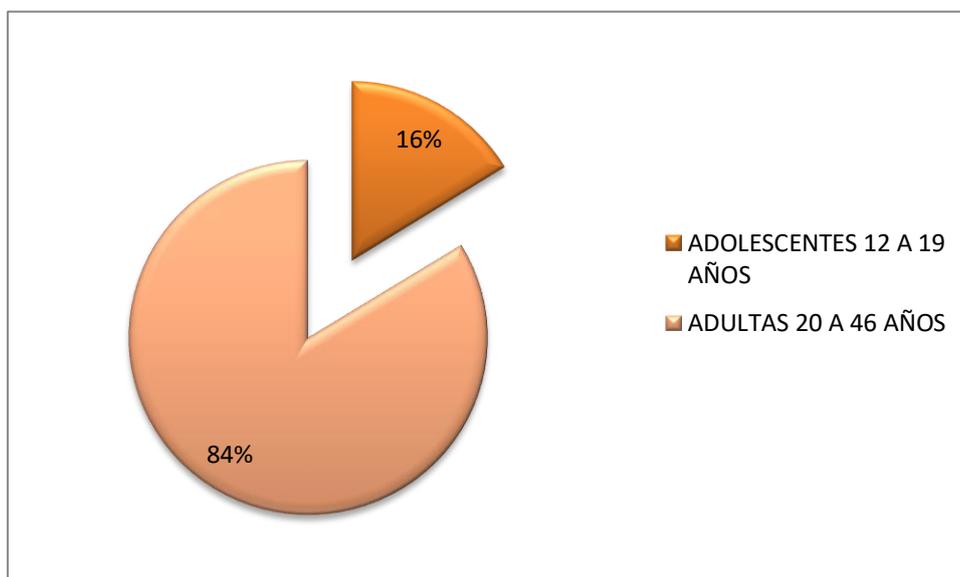
Tabla 7 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2014

AÑO 2014	ADOLESCENTES 12 A 19 AÑOS	ADULTAS 20 A 46 AÑOS	TOTAL
FRECUENCIA	20	103	123
PORCENTAJE	16%	84%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 4 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2014



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que en el año 2014, la mayor cantidad de mujeres atendidas, portadoras de VIH fue el grupo de mujeres de 20 a 46 años representado por el 84%, mientras que las adolescentes corresponde al 16%.

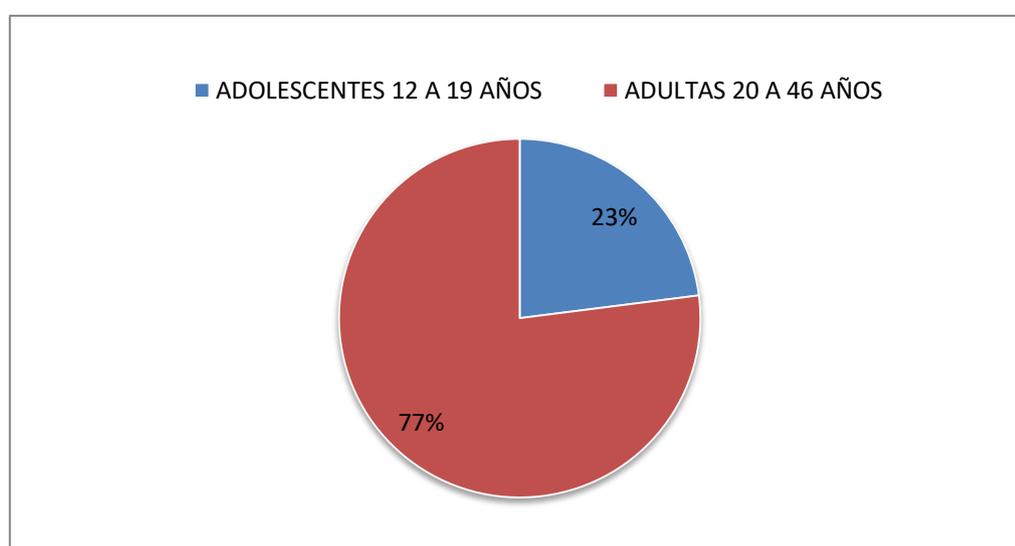
Tabla 8 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2015

AÑO 2015	ADOLESCENTES 12 A 19 AÑOS	ADULTAS 20 A 46 AÑOS	TOTAL
FRECUENCIA	34	114	148
PORCENTAJE	23%	77%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 5 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2015



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que en el año 2015, la mayor cantidad de mujeres atendidas, portadoras de VIH fue el grupo de mujeres de 20 a 46 años representado por el 77%, mientras que las adolescentes corresponde al 23%. Aquí se observa un ligero incremento del VIH en las adolescentes pero continua predominando en las mujeres adultas.

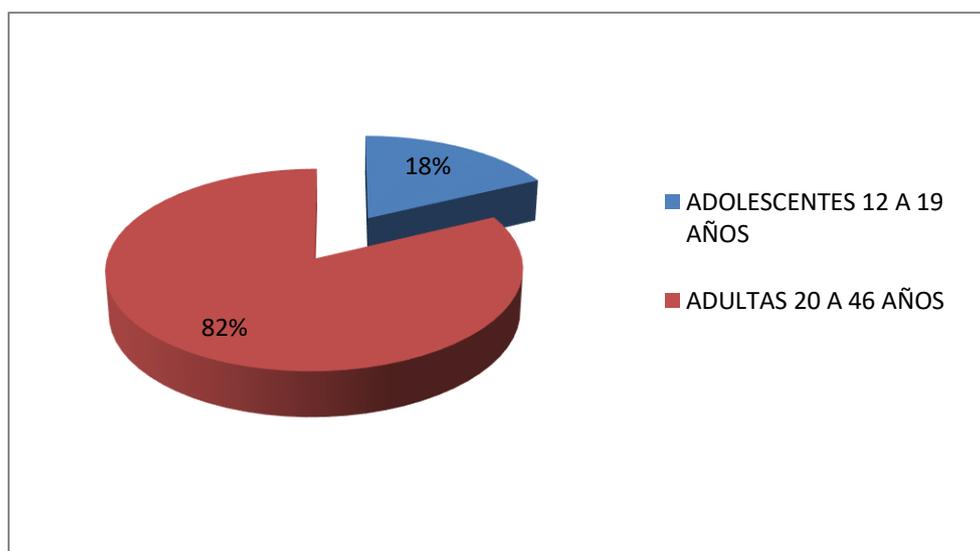
Tabla 9 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2016

AÑO 2016	ADOLESCENTES 12 A 19 AÑOS	ADULTAS 20 A 46 AÑOS	TOTAL
FRECUENCIA	28	129	157
PORCENTAJE	23%	77%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 6 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2016



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que en el año 2016, la mayor cantidad de mujeres atendidas, portadoras de VIH fue el grupo de mujeres de 20 a 46 años representado por el 82%, mientras que las adolescentes corresponde al 18%.

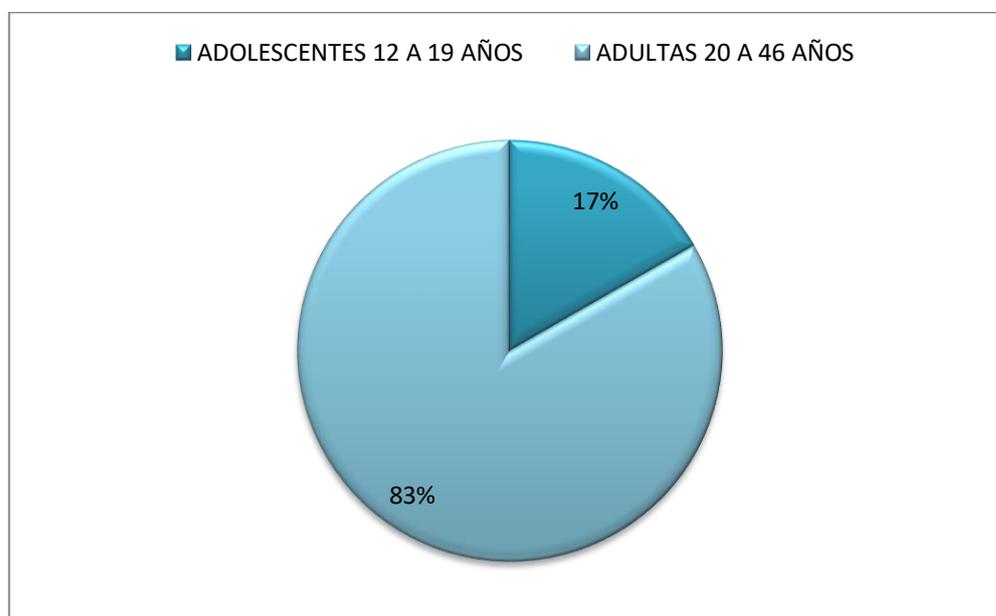
Tabla 10 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2017

AÑO 2017	ADOLESCENTES 12 A 19 AÑOS	ADULTAS 20 A 46 AÑOS	TOTAL
FRECUENCIA	31	155	186
PORCENTAJE	17%	83%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 7 ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD- AÑO 2017



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que en el año 2017, la mayor cantidad de mujeres atendidas, portadoras de VIH fue el grupo de mujeres de 20 a 46 años representado por el 83%, mientras que las adolescentes corresponde al 17%.

Durante los 5 años, el predominio de VIH en mujeres adultas fue evidente, a pesar de esto en el 2015 hubo un aumento en las adolescentes.

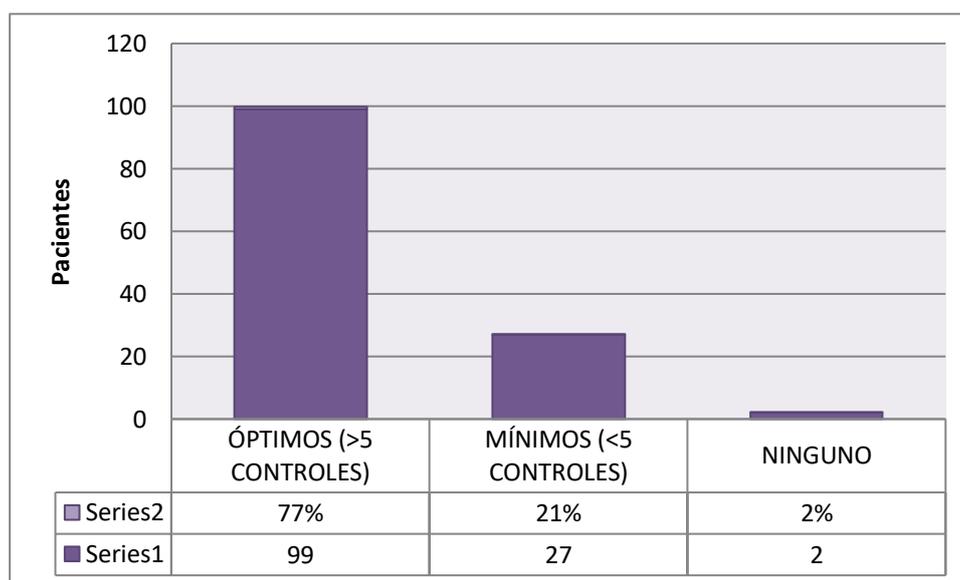
Tabla 11 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES PRENATALES

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÓPTIMOS (>5 CONTROLES)	99	77%
MÍNIMOS (<5 CONTROLES)	27	21%
NINGUNO	2	2%
TOTAL	128	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 8 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis evidencia que los controles prenatales de las 128 gestantes adolescentes, el 77% asistieron a la mayoría de controles prenatales, el 21% de gestantes tuvieron controles prenatales insuficientes o mínimos por factor tiempo, mientras que el 2% no tuvo ningún control prenatal ya sea que vino de otra institución o no era conocida en el área.

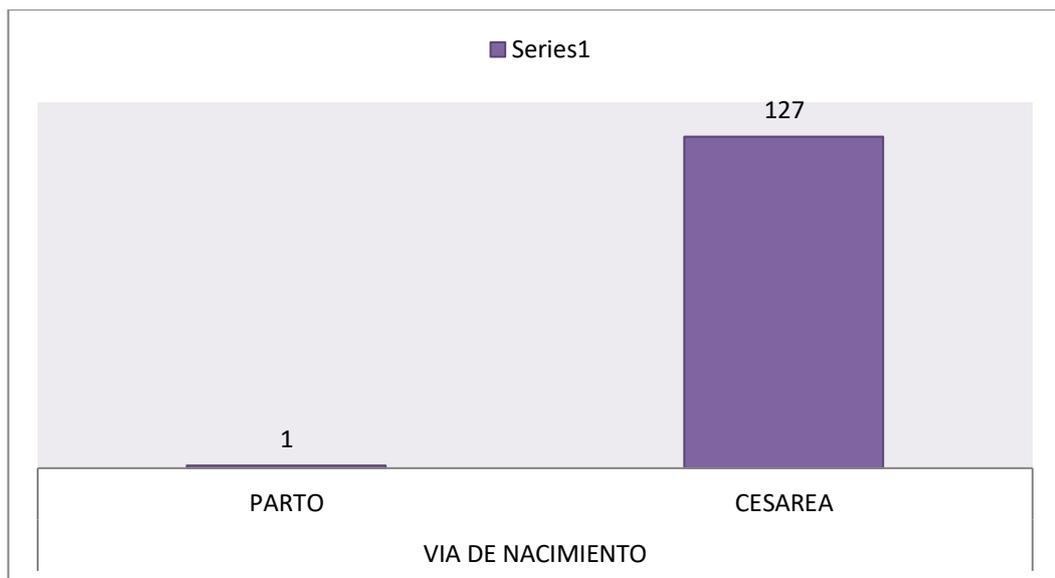
Tabla 12 VÍA DE NACIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS PERINATALES

VÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO	1	1%
CESÁREA	127	99%
TOTAL	128	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 9 VÍA DE NACIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS PERINATALES



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que la gran mayoría de hijos de madres adolescentes portadoras (período 2013- 2017) nacieron por cesárea (99%), y solo el 1% fue parto normal. Este caso de parto normal se dio en el 2013.

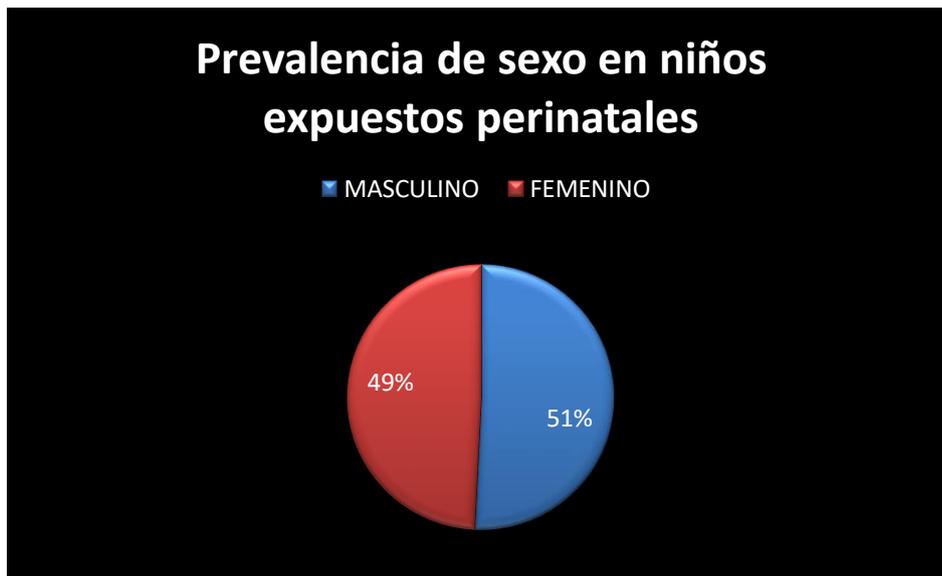
Tabla 13 PREVALENCIA DE SEXO EN NIÑOS EXPUESTOS PERINATALES DESDE EL 2013 AL 2017

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	65	51%
FEMENINO	63	49%
TOTAL	128	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 10 PREVALENCIA DE SEXO EN NIÑOS EXPUESTOS PERINATALES DESDE EL 2013 AL 2017



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que de los 128 niños expuestos perinatales, el 51% fue de predominio masculino y seguido del 49% con sexo femenino.

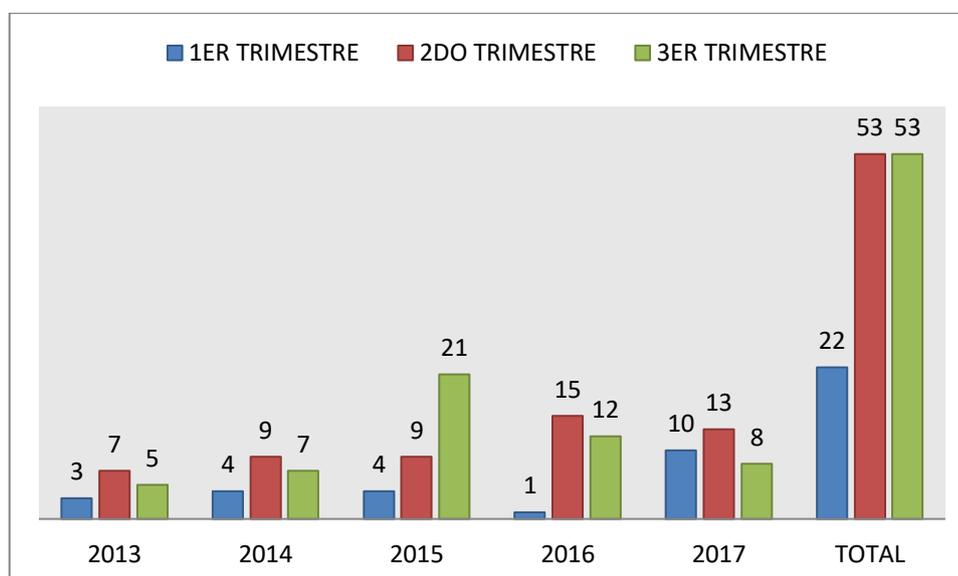
Tabla 14 DIAGNÓSTICO ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH

AÑO	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	TOTAL
2013	3	7	5	15
2014	4	9	7	20
2015	4	9	21	34
2016	1	15	12	28
2017	10	13	8	31
TOTAL	22	53	53	128

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 11 DIAGNÓSTICO ANUAL DE MADRES PORTADORAS DE VIH



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis revela que durante los 5 años, el diagnóstico en las adolescentes se realizó principalmente durante el segundo y tercer trimestre, con un total de 53 en cada uno, mientras que en el primer trimestre solo fueron diagnosticadas 22 gestantes. Sin embargo, en el 2017 se observó un gran aumento en el diagnóstico durante el primer trimestre, lo cual es favorable para la madre y el hijo.

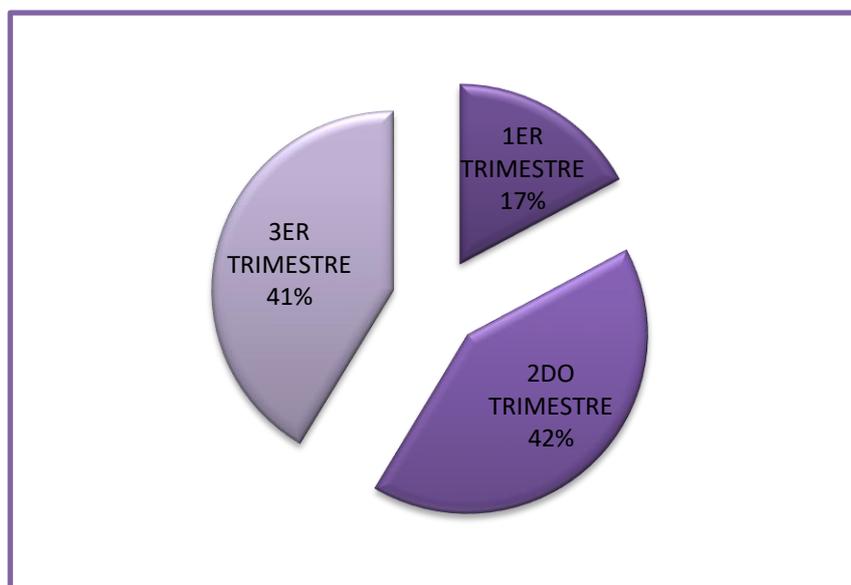
Tabla 15 DIAGNÓSTICO GLOBAL DE ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH

1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	TOTAL
22	53	53	128
17%	42%	41%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 12 DIAGNÓSTICO GLOBAL DE ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis revela que durante los 5 años, el diagnóstico en las adolescentes se realizó principalmente durante el segundo y tercer trimestre, el 42% corresponde al primer trimestre, seguido del 41% en el tercer trimestre, y finalmente el 17% en el primer trimestre.

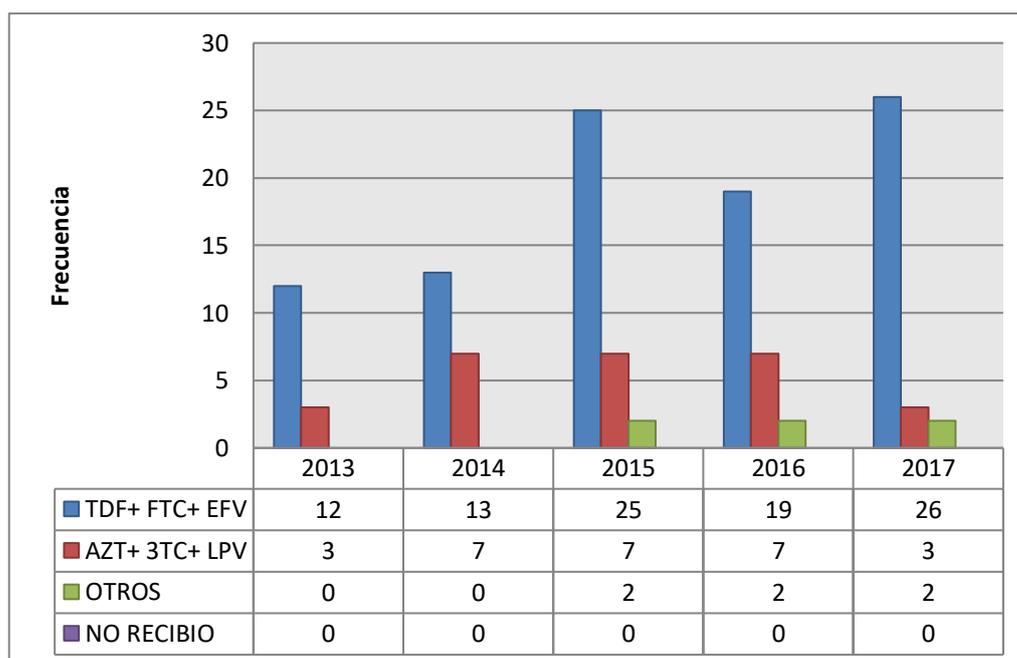
Tabla 16 COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES PORTADORAS DE VIH

AÑO	TDF+ FTC+ EFV	AZT+ 3TC+ LPV	OTROS	NO RECIBIO
2013	12	3	0	0
2014	13	7	0	0
2015	25	7	2	0
2016	19	7	2	0
2017	26	3	2	0

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 13 COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES PORTADORAS DE VIH



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que las 128 mujeres recibieron tratamiento, del cual el más usado en todos los años, fue el esquema de primera elección TDF+ FTC+ EFV, seguido del AZT+ 3TC+ LPV. Un total de 6 mujeres solo recibieron zidovudina intraparto, a pesar de esto ninguna gestante se quedó sin recibir tratamiento.

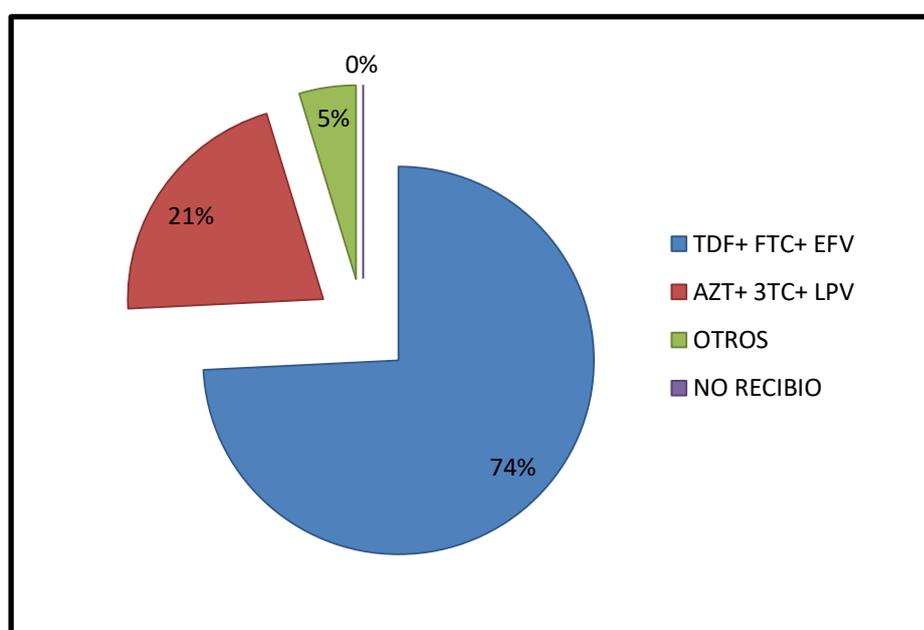
Tabla 17 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES

TDF+ FTC+ EFV	AZT+ 3TC+ LPV	OTROS	NO RECIBIO	TOTAL
95	27	6	0	128
74%	21%	5%	0%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 14 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES DE LAS MADRES



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra que el esquema antirretroviral más usado fue TDF+FTC+EFV con el 74%, seguido del AZT+ 3TC+LPV con el 21%, el 5% corresponde a las pacientes que solo recibieron zidovudina intraparto, debido al diagnóstico tardío.

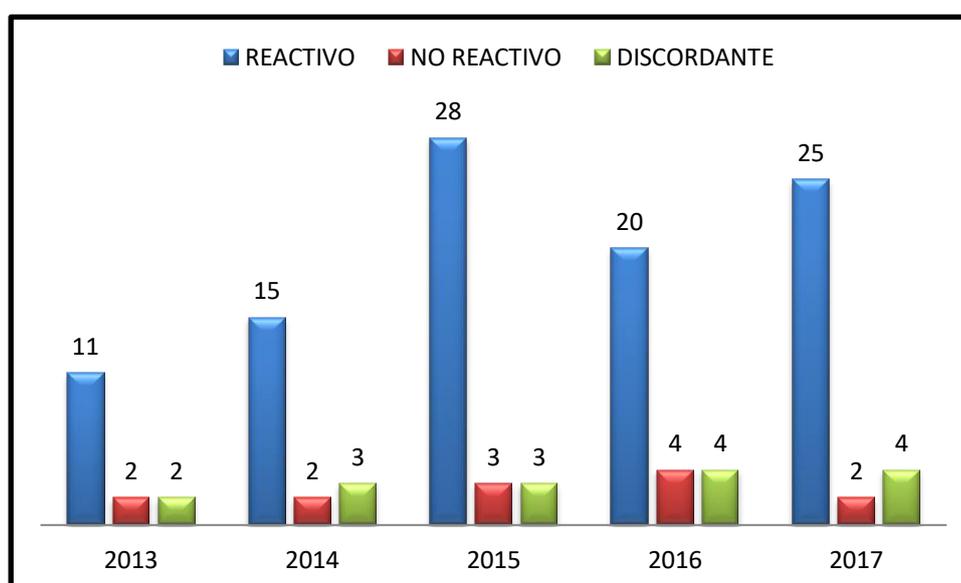
Tabla 18 ESTADO DE LA PAREJA DISTRIBUIDO EN AÑOS

AÑO	REACTIVO	NO REACTIVO	DISCORDANTE
2013	11	2	2
2014	15	2	3
2015	28	3	3
2016	20	4	4
2017	25	2	4
TOTAL	99	13	16

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 15 ESTADO DE LA PAREJA DISTRIBUIDO EN AÑOS



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra, que en el quinquenio 2013- 2017 predominó el estado de la pareja reactivo con un total de 99 casos, seguido por el estado de discordante con 16 casos y finalmente no reactivo con 13 casos. Esto quiere decir que en la mayoría de casos fue la pareja quien contagió a la madre.

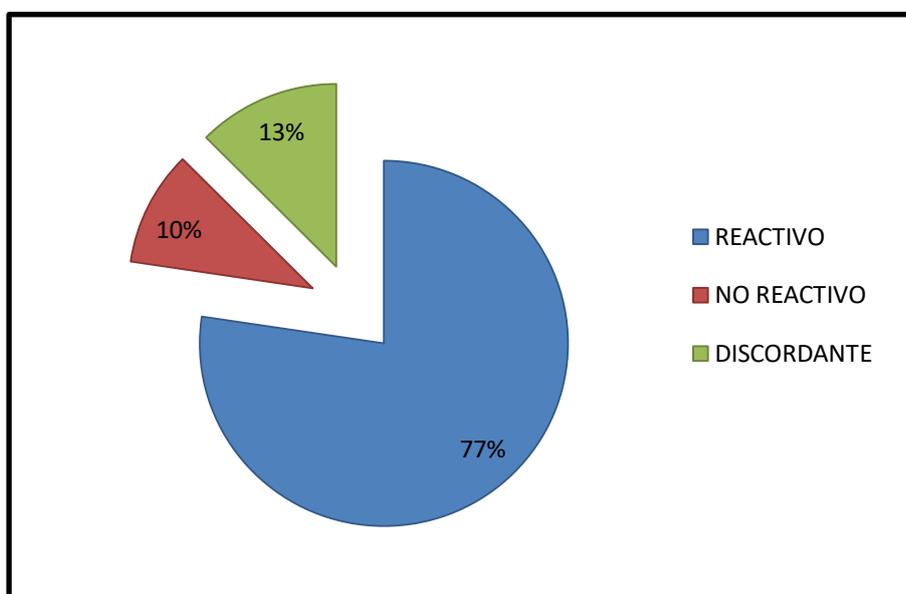
Tabla 19 ESTADO DE LA PAREJA

REACTIVO	NO REACTIVO	DISCORDANTE	TOTAL
99	13	16	128
77%	10%	13%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 16 ESTADO DE LA PAREJA



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra, que en el quinquenio 2013- 2017 predominó el estado de la pareja reactivo con el 77% de los casos, seguido por el estado de discordante con el 13% de las parejas y finalmente no reactivo con 10% de las parejas.

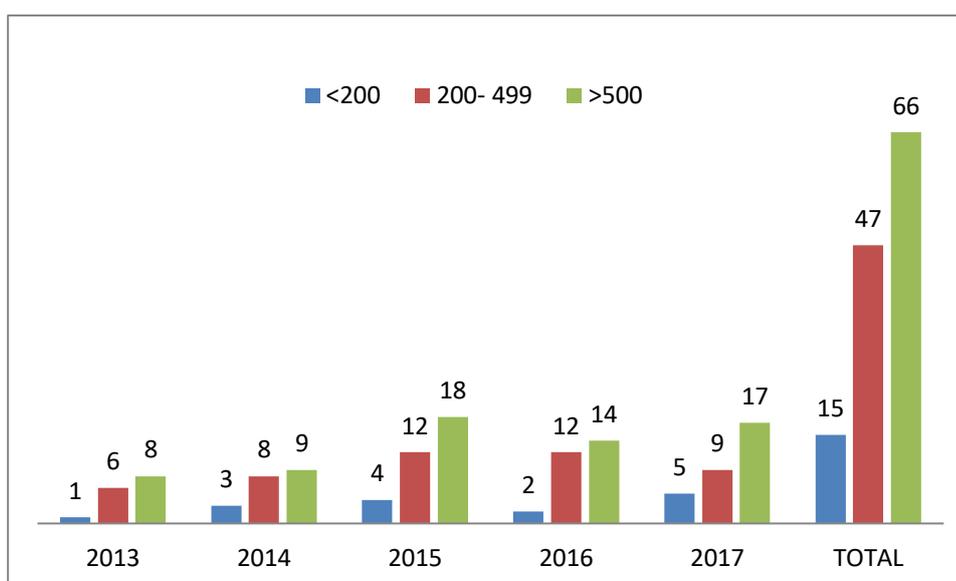
Tabla 20 NIVELES DE CD4 EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LAS GESTANTES

AÑO	<200	200- 499	>500
2013	1	6	8
2014	3	8	9
2015	4	12	18
2016	2	12	14
2017	5	9	17
TOTAL	15	47	66

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 17 NIVELES DE CD4 EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LAS GESTANTES



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis evidencia que durante el quinquenio 2013- 2017, que las madres principalmente presentaron niveles de CD4 >500 con un total de 66 mujeres, seguido de 47 con nivel de CD4 DE 200- 499 y finalmente 15 mujeres con CD4 <200. Esto es algo favorable para la madre y el neonato debido a que el nivel de CD4 en la mayoría de mujeres, no constituye un factor de riesgo para la transmisión vertical.

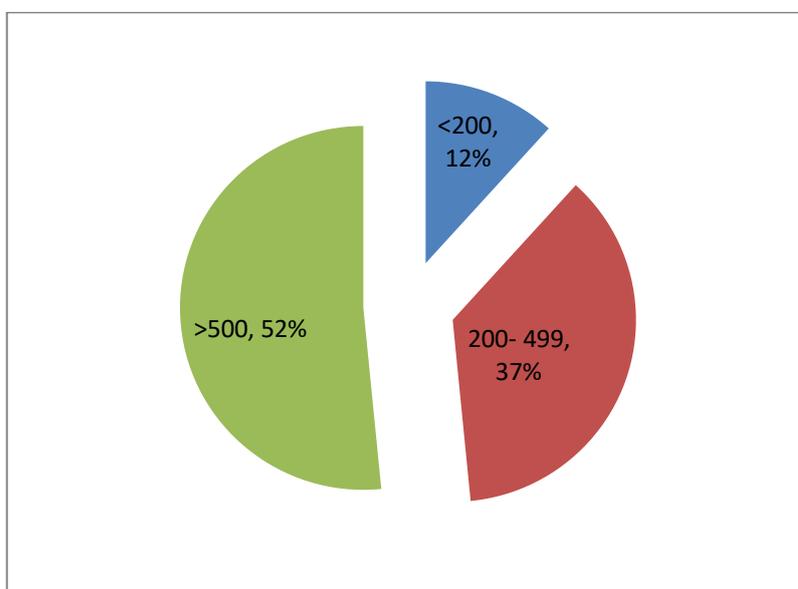
Tabla 21 NIVELES DE CD4

<200	200- 499	>500	TOTAL
15	47	66	128
12%	37%	52%	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 18 NIVELES DE CD4



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis evidencia que durante el quinquenio 2013- 2017, el mayor porcentaje corresponde al 52% de pacientes con nivel CD4 >500, en segundo lugar el 37% con CD4 de 200 a 499 y finalmente el 12% con nivel CD4 >200.

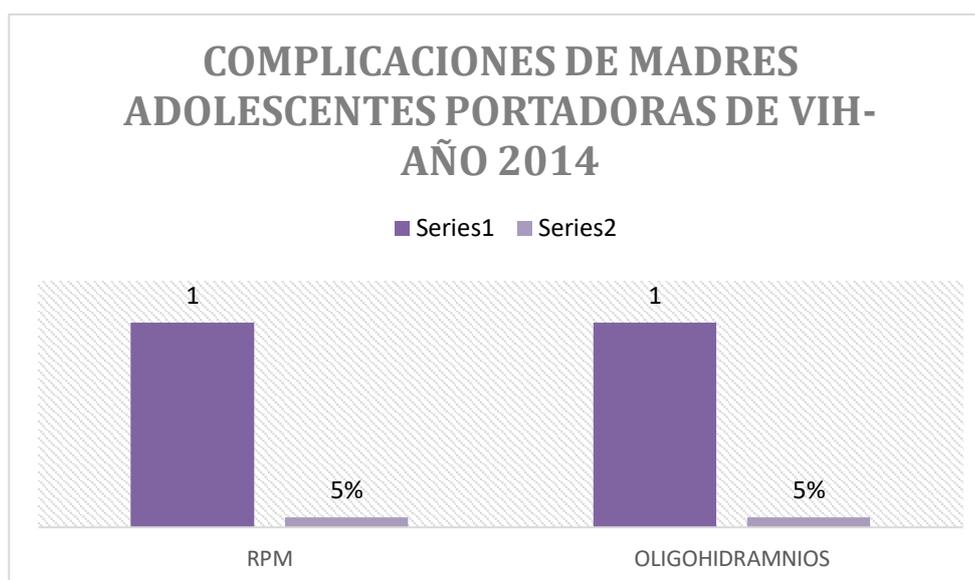
Tabla 22 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2014

2014	RPM	OLIGOHIDRAMNIOS	TOTAL
	1	1	2
	5%	5%	10%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 19 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2014



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El análisis de los resultados nos muestra, que de las 20 mujeres portadoras de VIH en el 2014 sólo 2 presentaron complicaciones, es decir el 10% de las pacientes, así el 5% presentó ruptura prematura de membranas y el otro 5% oligohidramnios. No se reportaron complicaciones en el 2013

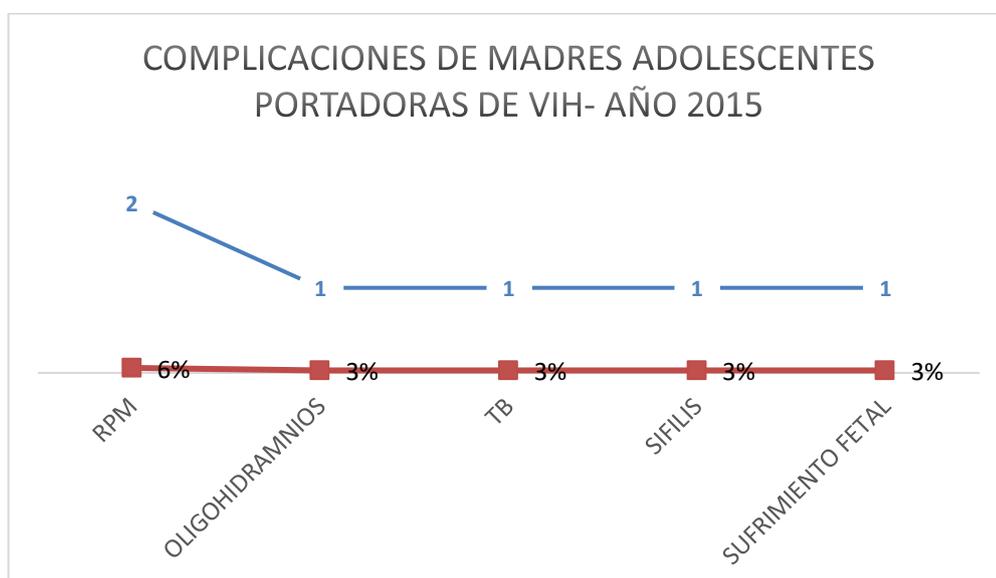
Tabla 23 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2015

2015	RPM	OLIGOHIDRAMNIOS	TB	SIFILIS	SUFRIMIENTO FETAL	TOTAL
	2	1	1	1	1	6
	6%	3%	3%	3%	3%	18%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 20 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2015



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis evidencia que de las 34 adolescentes portadoras de VIH en el 2015, 6 presentaron complicaciones, es decir el 18%, así en primer lugar el 6% corresponde a ruptura prematura de membranas, seguido del 3% con oligohidramnios, tuberculosis, sífilis y sufrimiento fetal.

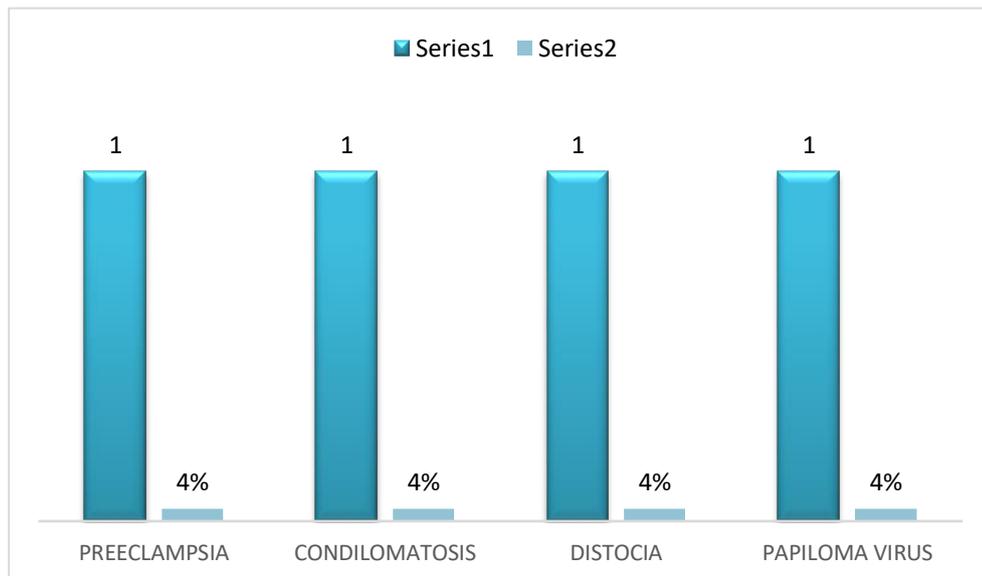
Tabla 24 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2016

2016	PREECLAMPSIA	CONDILOMATOSIS	DISTOCIA	PAPILOMA VIRUS	TOTAL
	1	1	1	1	4
	4%	4%	4%	4%	14%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 21 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2016



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis evidencia que de las 28 adolescentes portadoras de VIH en el 2016, 4 presentaron complicaciones o comorbilidades, es decir el 14%, así se presentó un caso de cada una que equivale al 4%; preeclampsia, condilomatosis, distocia, papiloma virus.

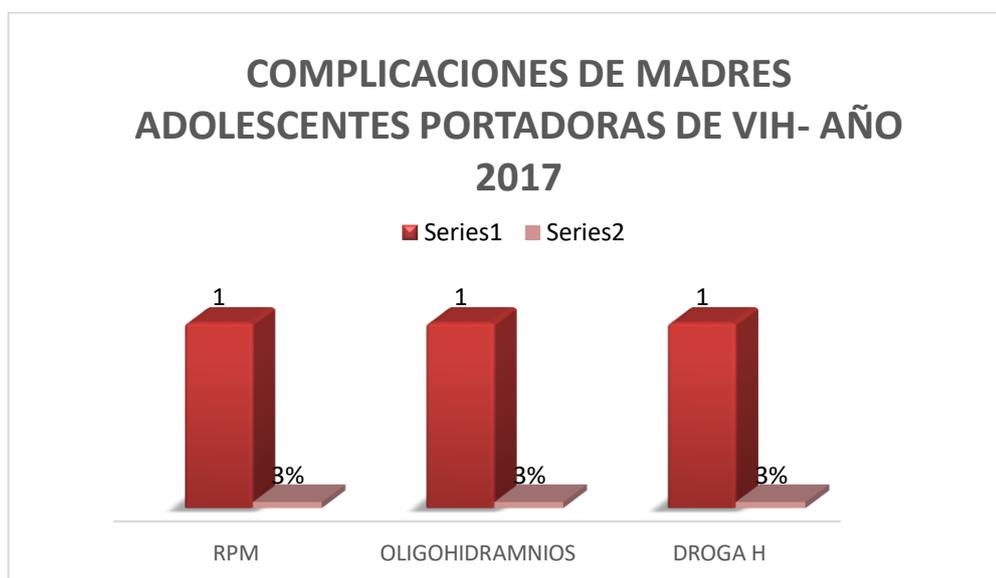
Tabla 25 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2017

2017	RPM	OLIGOHIDRAMNIOS	DROGA H	TOTAL
	1	1	1	3
	3%	3%	3%	10%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 22 COMPLICACIONES DE MADRES ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH- AÑO 2017



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis evidencia que de las 31 adolescentes portadoras de VIH en el 2017, 3 presentaron complicaciones o comorbilidades, es decir el 10%, se presentó un caso de cada una: ruptura prematura de membranas, oligohidramnios y consumo de droga H. Hay que resaltar la disminución de las complicaciones maternas en estos dos últimos años.

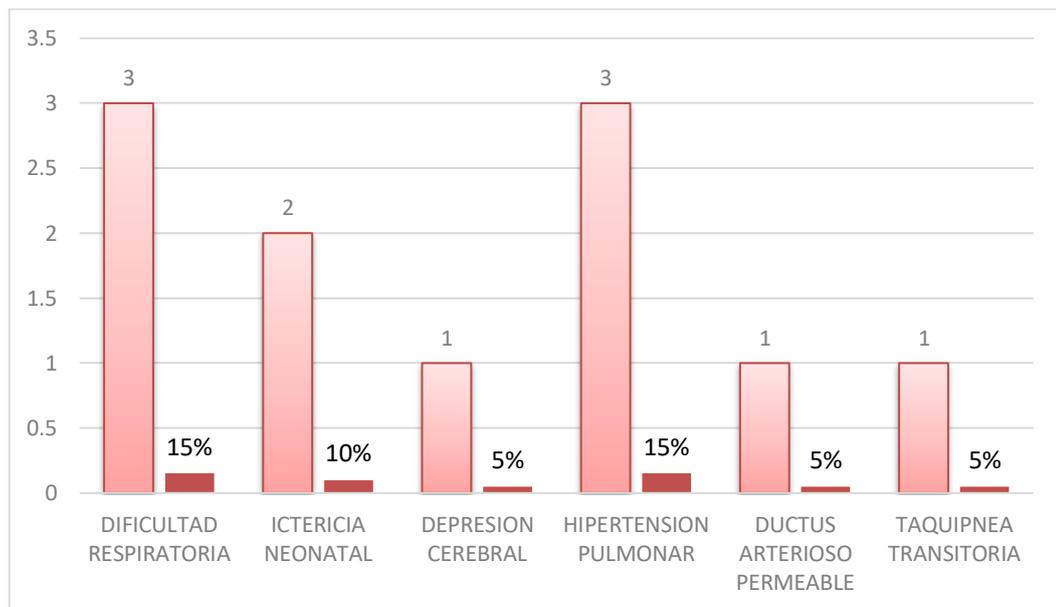
Tabla 26 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2014

COMPLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTAD RESPIRATORIA	3	15%
ICTERICIA NEONATAL	2	10%
DEPRESIÓN CEREBRAL	1	5%
HIPERTENSIÓN PULMONAR	3	15%
DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE	1	5%
TAQUIPNEA TRANSITORIA	1	5%
TOTAL	11	55%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 23 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2014



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis demuestra, que de los 20 recién nacidos expuestos perinatales en el 2014, el 55% presentaron complicaciones, así el mayor porcentaje 15% corresponde a dificultad respiratoria e hipertensión pulmonar, seguido del 10% con ictericia neonatal, y finalmente el 5% con depresión cerebral, ductus arterioso permeable y taquipnea transitoria del recién nacido.

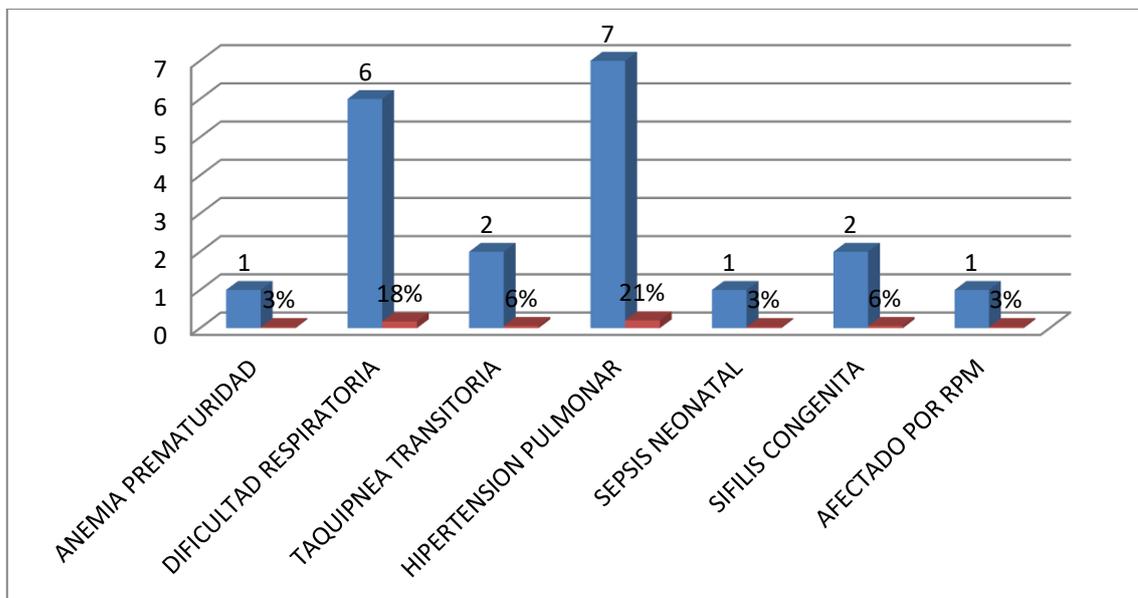
Tabla 27 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2015

COMPLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA PREMATURIDAD	1	3%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	6	18%
TAQUIPNEA TRANSITORIA	2	6%
HIPERTENSIÓN PULMONAR	7	21%
SEPSIS NEONATAL	1	3%
SÍFILIS CONGÉNITA	2	6%
AFECTADO POR RPM	1	3%
TOTAL	20	59%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 24 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2015



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis demuestra, que de los 34 recién nacidos expuestos perinatales en el 2015, el 59% presentaron complicaciones, es decir 20 niños, así el mayor porcentaje 21% corresponde a hipertensión pulmonar, seguido del 18% con dificultad respiratoria, en tercer lugar el 6% con taquipnea transitoria del recién nacido y sífilis congénita, finalmente el 3% presentaron anemia, sepsis neonatal, y afectado por RPM.

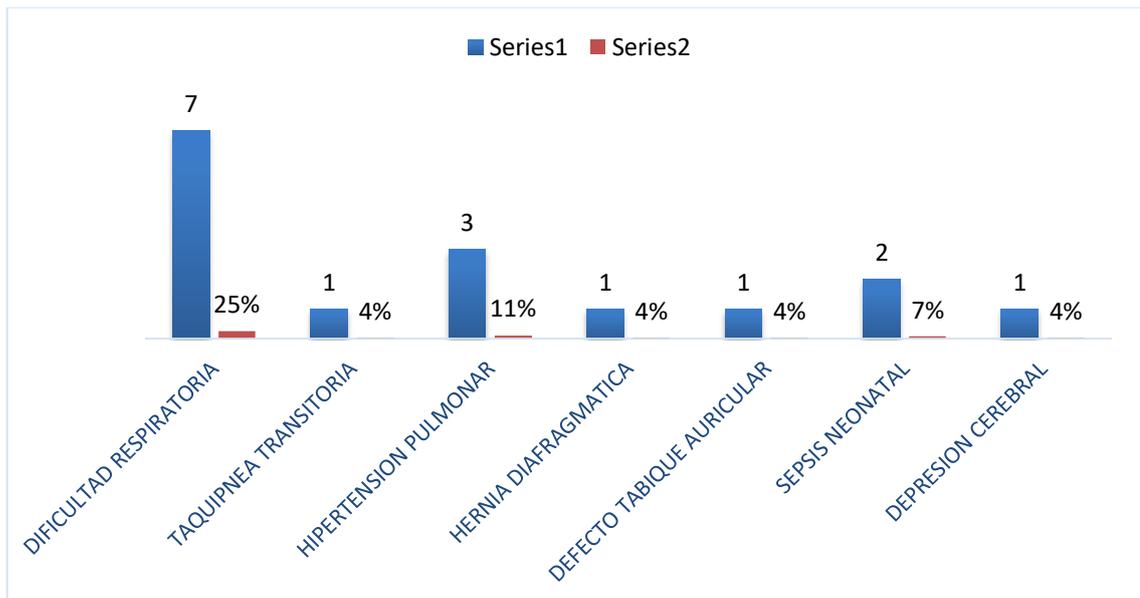
Tabla 28 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2016

COMPLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTAD RESPIRATORIA	7	25%
TAQUIPNEA RESPIRATORIA	1	4%
HIPERTENSIÓN PULMONAR	3	11%
HERNIA DIAFRAGMÁTICA	1	4%
DEFECTO TABIQUE AURICULAR	1	4%
SEPSIS NEONATAL	2	7%
DEPRESIÓN CEREBRAL	1	4%
TOTAL	16	57%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 25 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2016



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis: El resultado del análisis demuestra, que de los 28 recién nacidos expuestos perinatales en el 2016, el 57% presentaron complicaciones, es decir 16 de ellos, así el mayor porcentaje 25% corresponde a dificultad respiratoria seguido del 11% con hipertensión pulmonar, en tercer lugar el 7% con sepsis neonata y finalmente el 4% con taquipnea transitoria, hernia diafragmática y depresión cerebral.

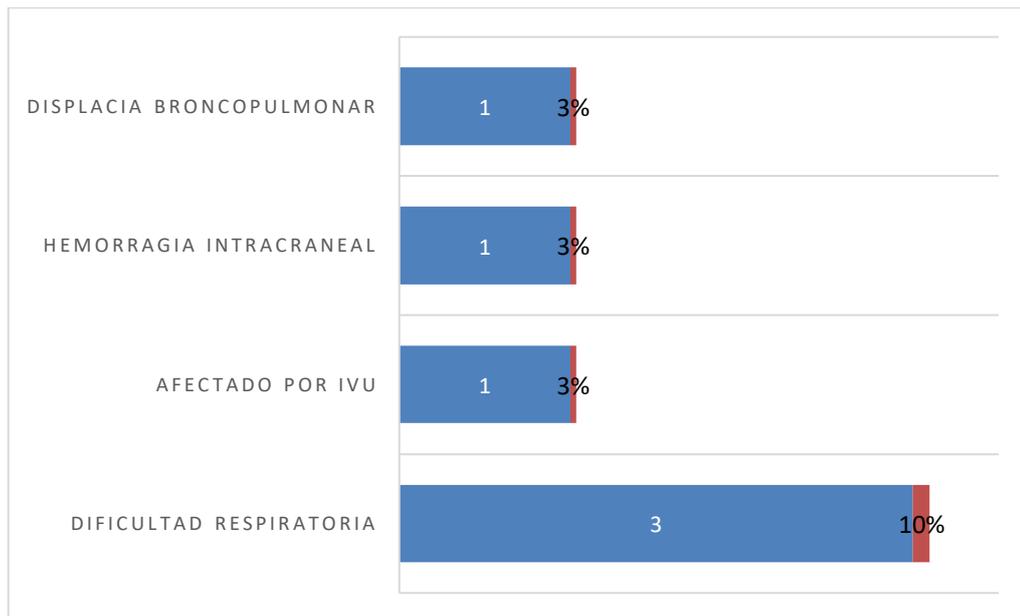
Tabla 29 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2017

COMPLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTAD RESPIRATORIA	3	10%
AFECTADO POR IVU	1	3%
HEMORRAGIA INTRACRANEAL	1	3%
DISPLACIA BRONCOPULMONAR	1	3%
TOTAL	6	19%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 26 COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH- AÑO 2017



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis demuestra, que de los 31 recién nacidos expuestos perinatales en el 2017, solo el 19% presentaron complicaciones, es decir 6 de ellos, así el mayor porcentaje 10% corresponde a dificultad respiratoria seguido del 3% con displacia broncopulmonar, hemorragia intracraneal y afectado por IVU.

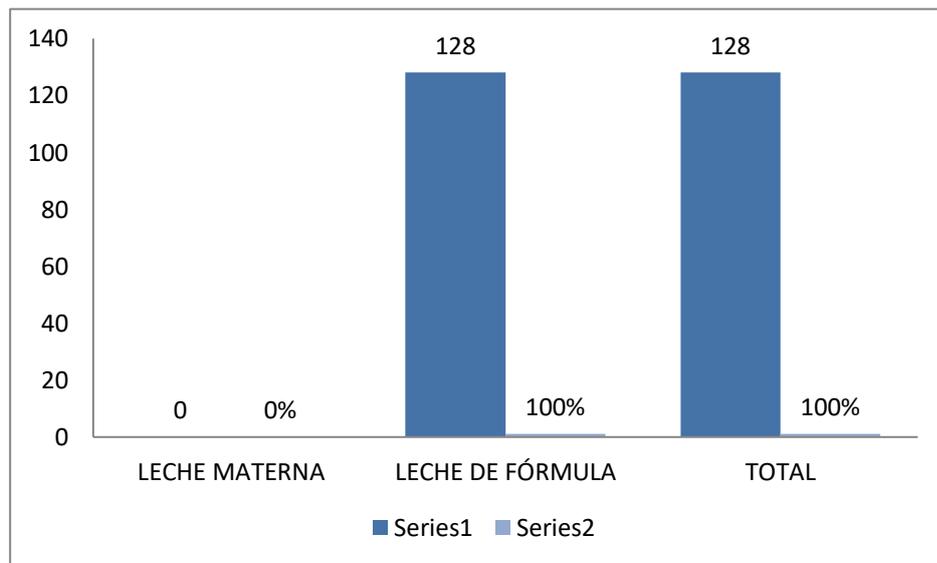
Tabla 30 CUADRO COMPARATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA Y LECHE DE FÓRMULA

ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LECHE MATERNA	0	0%
LECHE DE FÓRMULA	128	100%
TOTAL	128	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 27 CUADRO COMPARATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA Y LECHE DE FÓRMULA



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

El resultado del análisis muestra como al 100% de los recién nacidos se les suprimió la lactancia materna para reducir la transmisión vertical en un 14%, reemplazándola por la leche de fórmula.

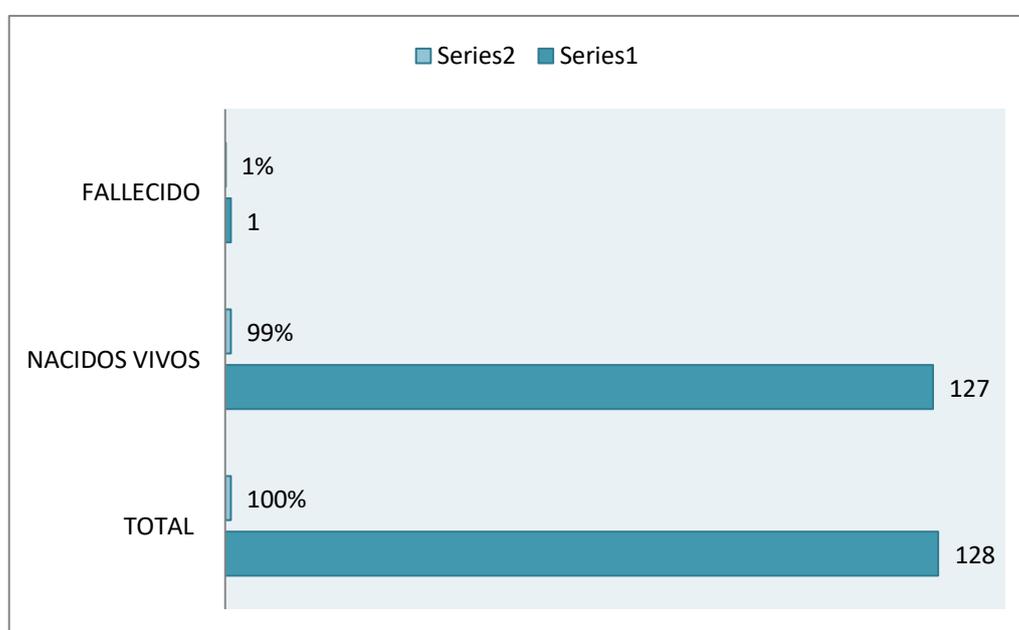
Tabla 31 PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN LOS RECIÉN NACIDOS

MORTALIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
VIVOS	127	99%
FALLECIDOS	1	1%
TOTAL	128	100%

Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Gráfico 28 PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN LOS RECIÉN NACIDOS



Fuente: Datos Estadísticos del Hospital Especializado Mariana de Jesús

Elaborado: Ambar Armijos Cevallos

Análisis:

Según el resultado de la mortalidad de los recién nacidos el 1% falleció por complicaciones tal como malformación congénita frente a un 99 % de los cuales están vivos.

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El presente estudio está enfocado en el resultante materno neonatal en adolescentes portadoras de VIH durante el quinquenio 2013- 2017 en el Hospital Especializado Mariana de Jesús, esta investigación ha revelado que durante los últimos 3 años el VIH ha aumentado su frecuencia en mujeres de todas las edades, así la mayor prevalencia fue en el 2017 con el 26%, ya que a pesar de las medidas tomadas por el Ministerio de Salud, los casos siguen en aumento. En segundo lugar, el 2016 con el 22% de casos seguido del 21% en el 2015. Finalmente en el 2014 y 2013 el número de reportes fue menor.

Por lo que se refiere a las adolescentes, existe una relación con el aumento de casos en la misma línea de tiempo mencionada previamente [2015 - 2017], pero con una variación, así la mayor prevalencia fue en el 2015 con el 27% debido a la falta de controles y exámenes oportunos para llegar al diagnóstico y por ser un grupo vulnerable a la promiscuidad y el contagio del VIH. A este valor le sigue un 24% de casos en el año 2017, y después un 22% de adolescentes afectadas en el año 2016. Finalmente, los reportes fueron menores en los años 2014 y 2013 en los cuales se obtuvo un 16% y 12% de casos respectivamente.

Sin embargo, a pesar de que las adolescentes pertenecen a un grupo susceptible de contagio, al analizar las atenciones por grupos de edad que se dieron en los 5 años, se observa que el conjunto que corresponde a mujeres de 20 a 46 años tuvo un mayor porcentaje de atención del 77% al 85% debido a la gran cantidad de embarazos y la ausencia de controles por parte de la madre ocasionada por la falta de tiempo. Mientras que del 15% al 23% correspondió a adolescentes de 12 a 19 años que en su mayoría fueron diagnosticadas por primera vez.

Teniendo en cuenta a partir de ahora el periodo de 5 años [2013- 2017] considerado en este estudio, se obtuvo que, respecto al seguimiento de los controles prenatales, la gran mayoría de adolescentes asistieron y tuvieron controles óptimos en este centro de salud, debido a las charlas constantes e incentivo para que asistan y no abandonen el tratamiento. Sin duda alguna, esto beneficiaría tanto el bienestar materno como el fetal. No obstante, existió un grupo que presentó controles

insuficientes (21%), y esto causado por la falta de tiempo o el ausentismo escolar que impedía que acudan de forma regular. Más aún, un 2% de gestantes no presentó ningún control prenatal, aumentando, de esta manera, el riesgo de transmisión vertical.

Con relación al diagnóstico en las madres, cabe indicar que, de forma general durante el periodo entre los años 2013- 2017, la detección del VIH se dio principalmente durante el segundo trimestre (42%) seguido del tercer trimestre (41%), lo cual representa un factor de peligro para el neonato, ya que el tratamiento debe instaurarse lo más pronto posible y de manera indefinida; de lo contrario, existe una alta probabilidad de que el riesgo de transmisión aumente. Finalmente, el 17% de los diagnósticos fueron realizados durante el primer trimestre, el cual es el momento ideal y oportuno para prevenir afecciones posteriores.

Respecto a los suministros dotados a las madres, es oportuno mencionar que en la actualidad se cuenta con un tratamiento para impedir la progresión de la enfermedad. Gracias al seguimiento de los controles prenatales, la mayoría de mujeres (74%) recibieron el primer esquema antirretroviral [TDF+FTC+EFV]. A este porcentaje le sigue un 21% de gestantes que recibieron otro esquema antirretroviral [AZT+ 3TC+LPV], finalmente solo el 5% recibió zidovudina intraparto, debido a captación tardía o al incumplimiento del tratamiento, presentando este último grupo, un mayor riesgo de transmisión materno-infantil.

Es importante tener en cuenta los niveles de CD4, en conjunto con la carga viral y el tratamiento antirretroviral son fundamentales para evaluar el riesgo de transmisión vertical. En el presente estudio no se pudo obtener la carga viral, pero si los niveles de CD4 en el tercer trimestre.

De manera que, el 52% de las gestantes presentaron un nivel de CD4 mayor a 500, que corresponde a menor riesgo de transmisión, seguido de CD4 de 200 a 499 por el 37% de las adolescentes. Y en tercer lugar el 12% de gestantes con nivel CD4 menor a 200, teniendo un factor de riesgo añadido.

En relación con las complicaciones maternas, estas tuvieron un bajo porcentaje en el quinquenio. Sin embargo, las dos siguientes fueron las más comunes: a) la ruptura prematura de membranas, que como ya es conocido, constituye un elemento de riesgo en la transmisión vertical; y b) el oligohidramnios, que provoca una alta tasa de mortalidad causada por falta de líquido amniótico. A esto cabe añadir que, en menor proporción hubieron comorbilidades asociadas como la sífilis, la tuberculosis, la preeclampsia, el papiloma virus, entre otras.

En cuanto a las complicaciones neonatales, se engloban principalmente las siguientes: dificultad respiratoria, que fue la más común, seguida de hipertensión pulmonar y finalmente sepsis neonatal. También se presentaron otras complicaciones pero en menor frecuencia como ictericia neonatal, taquipnea transitoria, anemia, ductus arterioso permeable, entre otras, todas estas producto de la presencia del virus durante la gestación.

También se estudió el alto nivel de índice por género en los hijos de madres portadoras, y se obtuvo que, en la prevalencia de recién nacidos expuestos perinatalmente al VIH, predomina el sexo masculino con el 51% , seguido del sexo femenino con el 49%. De aquí que sea conveniente que ambos grupos se sometan a un tratamiento ya establecido para evitar complicaciones futuras.

Para finalizar, en la presente investigación se exploraron también los tipos de parto, que se dieron por las madres infectadas con VIH. De estos resultados, es importante mencionar que el 99% de los recién nacidos se obtuvieron mediante cesárea, como lo indica el protocolo. Ahora bien solo el 1% nació de los casos nació por parto normal, lo cual se dio en el año 2013.

Es necesario destacar que existió una limitación en el estudio, ya que no pudieron obtenerse las cifras de carga viral materna, permitiéndonos realizar un análisis más exhaustivo.

Es relevante mencionar que en el estudio realizado en el 2016 en Evinayong, Guinea Ecuatorial, los resultados mostraron que la reactividad de los recién nacidos dependió en gran medida del tratamiento ARV materno.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha podido comprobar cómo el estado de VIH materno junto con los factores de riesgo tales como comorbilidades maternas, nivel de CD4, insuficientes controles prenatales y el tratamiento antirretroviral tardío, actúan aumentando el porcentaje de transmisión vertical a los neonatos y provocando un mayor número de complicaciones.

Ha sido evidente que, a pesar de las medidas de prevención como charlas, el VIH ha ido aumentando en los últimos tres años y su diagnóstico se lo realizó de manera tardía y no temprana como es lo indicado, por lo que es necesario una mayor cobertura por parte del personal de salud, e incentivar a las madres a llevar los controles prenatales estrictos.

Por otra parte, se ha cumplido de forma correcta el empleo de la terapia antirretroviral en la mayoría de los casos, usándose el primer esquema. A esto añadimos que todos los niños nacieron a través de cesárea y se alimentaron con leche de fórmula, disminuyendo así el riesgo de transmisión vertical.

Tomando en consideración el análisis realizado, se puede concluir que la prevención de la transmisión vertical debe estar destinada a las mujeres en edad reproductiva para evitar que adquieran la enfermedad y de las que ya son portadoras y desean tener un hijo informarse sobre los riesgos de transmitirle la infección a sus hijos.

En Ecuador las medidas preventivas no pueden ser llevadas a cabo por falla del control prenatal y no se puede detectar a tiempo la mujer portadora de VIH que está en estado de gestación. Esta enfermedad no solo debe ser abordada en el área de la salud, también deben darse charlas educativas en la población escolar y secundaria en todas las instituciones públicas, para que la juventud que son los más vulnerables hagan conciencia y aprenda sobre el VIH y todas sus formas de contagio y así evitar nuevos casos de infección.

RECOMENDACIONES

Es necesario una mayor difusión sobre los factores de riesgo y cómo evitar adquirir la enfermedad, de tal manera que se evite la transmisión vertical. Toda mujer portadora requiere un control estricto de su medicación, exámenes, y tomar medidas para evitar el contagio al neonato.

Es indispensable realizar estudios aún más profundos sobre prevalencia, e incidencia, y determinar el motivo por el cual los casos siguen en aumento a pesar de las medidas de prevención que se han tomado. Para esto, se recomienda a los investigadores se aseguren de trabajar con una institución que les pueda proveer todos los datos que son necesarios para la investigación.

Es importante capacitar a todo el personal de salud con nuevos protocolos, para que esté preparado de manejar este tipo de casos y no solo a médicos especialistas.

También se debe hacer énfasis en la prevención, crear nuevos programas, realizar un seguimiento más detallado de las embarazadas, ya que muchas de ellas no llevan un tratamiento completo.

Así mismo, se debe continuar informando sobre la importancia del VIH, del embarazo, los controles prenatales y el tratamiento antirretroviral temprano y de manera indefinida, para así permitir que las pacientes tengan un hijo en óptimas condiciones, sin complicaciones que posteriormente comprometan la vida del niño, y de igual manera para evitar las complicaciones maternas y garantizar el bienestar de ambos.

Finalmente, socializar el trabajo realizado a todo el personal médico que labora en el Hospital Especializado Mariana de Jesús.

Bibliografía

1. OMS. VIH/SIDA. [Online].; 2017 [cited 2017 NOVIEMBRE. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.
2. Mundiales Hi. ONUSIDA. [Online].; 2016 [cited 2016 Noviembre. Available from: http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS_FactSheet_es-noviembre-2.pdf.
3. INEC. Ecuador registra 122.301 madres adolescentes según Censo 2010. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 9. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>.
4. ONUSIDA. Country factsheets- Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>.
5. Yatson Jesús Sánchez Cabrera OMLJGSN. Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Mayo-junio, 2017. 2017.
6. Fortuny FR/MTGF/JA/JC/OC/C. Determinantes de la transmisión vertical del VIH en Cataluña. 2003 marzo..
7. UNESCO. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. In UNESCO.. París, Francia; 2017. p. 8.
8. C. Codina MTM. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. In C. Codina MTM. Farmacia Hospitalaria. Barcelona; 2011. p. 1494.
9. CDC. Acerca del VIH/SIDA. [Online].; 2017 [cited 2017 noviembre 30. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>.
10. Castillo MJAL. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN. 2014.
11. Edward C. Klatt M. Pathology of HIV/AIDS. 2017. Version 28.
12. Zetola NM PC. Diagnosis and management of acute HIV Infection. Infectious Disease Clinics of North America. 2007 Marzo; 21(1).
13. Finley JL JVSL. General pathology of HIV infection en AIDS and other. Elsevier Science. 2003; p.723-52.
14. Castilla J. Epidemiología de la infección por VIH/SIDA en el mundo. In.; 2006. p. 29.
15. ONUSIDA. INFORME MUNDIAL. Suiza: ONUSIDA, unaids.org; 2010.
16. (UNAIDS) JUNPoH. UNAIDS DATA 2017 Switzerland; 2017.

17. ONUSIDA. EL SIDA EN CIFRAS 2015. 2015..
18. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. [Online]. Ginebra; Junio 2000 [cited 2018 abril 1 [Ginebra: UNAIDS, 2000]. Available from: <http://www.unaids.org>.
19. MSP. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita Quito, Ecuador; 2013.
20. Marc Bulterys APK. HIV-1 and breastfeeding: Biology of transmission and advances in prevention. Clin Perinatol. 2010; 37(1).
21. Cu-Uvin S DAVKHJJKJea. Genital tract HIV-1 RNA shedding among women with below detectable plasma. AIDS. 2010..
22. Harkaitz Azkune MIXCyJAI. Prevención de la transmisión del VIH (vertical, ocupacional y no ocupacional). Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2011 Mayo; 29(8):615–625.
23. Tomé MIG. Profilaxis de la transmisión vertical del VIH. Enfermedades infecciosas pediátricas. 2016 junio.
24. González-Tomé MI RAJGSSIFIMEAJRXP. - Hijos de madre con diabetes gestacional, esta patología es más prevalente en el caso de madres con infección por VIH. HIV Medicine. 2008 Octubre; 9(10).
25. González-Tomé MI CIMELSBFBdRTdM,MFIM. Risk factors of preterm delivery and low birth weight in a multicenter cohort of HIV infected pregnant women. 2011. CROI.
26. Anamaría Peña ICIBDBKCMFARyML. Prevención de la transmisión vertical y efectos secundarios de la terapia anti-retroviral en hijos nacidos de madres seropositivas para VIH en el área Sur- Oriente de Santiago, Chile: perspectiva de 15 años. Revista Chilena Infectología. 2013 Octubre; 30(6).
27. Constituyente A. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Sección cuarta.

ANEXOS

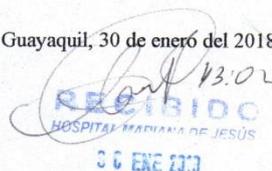


Universidad de Guayaquil

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL CARRERA DE MEDICINA

Guayaquil, 30 de enero del 2018

Director del Hospital
Dr. Billy Duarte
De mis consideraciones



Yo, **ARMIJOS CEVALLOS AMBAR NOEMI**, con CI **0931290795**, alumna de la carrera de medicina de la Universidad Estatal De Guayaquil.

Conocedor de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere me permite solicitarle a usted la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema **"RESULTANTE MATERNO NEONATAL EN ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH, EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS EN EL QUINQUENIO 2013- 2017"** en la institución que usted dirige.

En esta investigación se requieren datos: madres gestantes adolescentes (12-19 años) con vih del 2013- 2017. Vía de nacimiento: parto o cesárea.

En el proceso de elaboración y recolección de datos del presente estudio; se guardara en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la seguridad de los sujetos estudiados, exceptuando la del alumno investigador.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Recibido
[Handwritten Signature]
16/03/2018
14:26

Atte.:

[Handwritten Signature]
Ambar Noemi Armijos Cevallos
CI: 0931290795

Correo: ambar_2112@hotmail.com
Teléfono: 0986911133- 219175