

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE  
MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS  
LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**RUBÉN SEVERIANO, PALOMINO HUAMÁN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA- PERÚ**

**2018**

ASESORA

Dra. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

## AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer cordialmente a mis padres por a verme apoyado y estuvieron los días difíciles de la carrera, también agradezco a mis profesores la universidad por a verme brindado sus conocimientos y superar cada día.

## DEDICATORIA

A mis padres ya que gracias a ellos  
llegue culminar la carrera y dejarme  
salir para adelante.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se ha llevado a cabo el estudio de diseño tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra consistió en todos los recién nacidos de madres VIH positivas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Los datos extraídos fueron analizados con el SPSS utilizando análisis invariados para el cálculo de prevalencia y bivariados para comparar la prevalencia en subgrupos utilizando para ello F de Fisher para un p valor < 0.05.

**RESULTADOS:** Se encontró un total 77 bebés de madre VIH positivas que nacieron entre 2014 y 2017. Los cuales 7 RN eran VIH positivos confirmados, determinando una prevalencia de 9.09%. La población estudiada tenía una edad promedio de 19 años, provenía del distrito de Puente Piedra y se controló en el hospital. La prevalencia de RN VIH positivo fue significativamente mayor en parto vaginal 42,9% y carga viral mayor de mil 35,3%. En los otros subgrupos no se encontró diferencias significativas.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 fue baja en relación a lo publicado en Perú. Sin embargo, es significativamente mayor en parto vaginal y carga viral mayor de 1000 que en la población estudiada. Se sugiere evitar el parto vaginal y disminuir los niveles de carga viral en estos pacientes.

**Palabras claves:** VIH, Recién nacidos, gestación, tratamientos antirretrovirales, lactancia materna, carga viral

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of HIV in newborns of HIV-positive mothers at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital in the period 2014-2017.

**MATERIALS AND METHODS:** observational, descriptive, transversal and retrospective design study has been carried out. The sample consisted of all newborns of HIV positive mothers in the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital. The extracted data were analyzed with the SPSS using invariant analyzes for the prevalence calculation and bivariate to compare the prevalence in subgroups using Fisher's F for a p value <0.05.

**RESULTS:** A total of 77 HIV positive mother babies born between 2014 and 2017 were found. Of these, 7 RN were confirmed HIV positive, determining a prevalence of 9,09%. The population studied had an average age of 19 years, came from the district of Puente Piedra and was monitored in the hospital. The prevalence of HIV positive RN was significantly higher in vaginal delivery 42,9% and viral load greater than 35,3%. In the other subgroups no significant differences were found.

**CONCLUSIONS:** The prevalence of HIV in newborns of HIV-positive mothers at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital in the period 2014-2017 was low in relation to that published in Peru. However, it is significantly higher in vaginal birth and viral load than 1000 in the population studied. It is suggested to avoid vaginal delivery and decrease viral load levels in these patients.

**Keywords:** HIV, Newborns, gestation, antiretroviral treatments, breastfeeding, viral load

## **PRESENTACIÓN**

Las primeras personas encontradas en VIH / SIDA en niños aparecieron en los Estados Unidos en 1982. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que actualmente hay más de 3 millones de niños y adolescentes que viven con VIH / SIDA menores de 15 años <sup>(1)</sup>.

En los últimos años, la cantidad de niños infectados ha aumentado para aumentar la tasa de infección por VIH en mujeres embarazadas. Se encontró que 2'300,000 niños que tenían VIH al comienzo de la epidemia hasta diciembre de 2005, y en el año anterior hubo 800,000 casos nuevos en niños menores de 15 años. El noventa y uno por ciento (95%) de los casos ocurre en países en desarrollo, y África es el continente que aporta la mayor parte de los niños a la enfermedad <sup>(1-2)</sup>.

En América Latina, que finaliza en 2005, 850 mil mujeres infectadas con VIH / SIDA e infectadas mujeres jóvenes en edad reproductiva afectan un aumento del 1% <sup>(2-3)</sup> .Esta tesis consta de cinco capítulos.

Capítulo I: Se plantea la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas.

Capitulo II: Se realiza una revisión de estudios anteriores de gestantes con VIH positivos, al igual que los conceptos, cuadro clínico, tratamiento, etc. Formula la hipótesis y describe las variables.

Capitulo III: Se realizó el estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal; donde se aplicó en el servicio de Infectología del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017. Con una población y muestra de 77 historias clínica. Se obtuvo una base de datos con la información recolectada de las variables donde se procedió a la identificación y revisión de las historias clínicas de los pacientes con madres con VIH positivo e hijos. Se procedió a analizar los resultados empleando el programa estadístico SPSS versión 23.0.

Capítulo IV: Muestra el resultado de nuestra investigación en tablas y gráficos y las compara con otros estudios.

Capítulo V: Se llega a una conclusión de nuestra investigación y las recomendaciones.



## INDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS.....	XII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIV
LISTA DE ANEXOS.....	XVI

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....1**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.4.1. GENERAL.....	3
1.4.2. ESPECÍFICOS.....	3
1.5. PROPÓSITO.....	4

<b>CAPÍTULO II</b>	<b>:</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
2.1.		ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2.		BASES TEÓRICAS.....	13
2.3.		HIPÓTESIS.....	21
2.4.		VARIABLES.....	21
2.5.		DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	22
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>:</b>	<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>23</b>
3.1.		TIPO DE ESTUDIO.....	23
3.2.		ÁREA DE ESTUDIO.....	23
3.3.		POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
3.4.		TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.5.		DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.6.		PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>:</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
4.1.		RESULTADOS.....	26
4.2.		DISCUSIÓN.....	35

<b>CAPÍTULO V</b>	<b>:</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>37</b>
5.1.		CONCLUSIONES.....	37
5.2.		RECOMENDACIONES.....	38
		REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
		BIBLIOGRAFÍA.....	43
		ANEXOS.....	47

## LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1	
LA PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....	26
TABLA N° 2	
EDAD MATERNA CON VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....	27
TABLA N° 3	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS MADRES CON VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....	28
TABLA N° 4	
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES CON VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....	29
TABLA N° 5	
PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN TIPO DE LACTANCIA.....	30
TABLA N° 6	
PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN TRATAMIENTO MATERNO ANTIRETROVIRAL.....	31

TABLA N° 7

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN ESTADO INMUNITARIO DE LA MADRE.....32

TABLA N° 8

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN CARGA VIRAL DE LA MADRE.....33

TABLA N° 9

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN TIPO DE PARTO.....34

## LISTA DE GRÁFICOS

### GRÁFICO N° 1

LA PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....26

### GRÁFICO N° 2

EDAD MATERNA CON VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....27

### GRÁFICO N° 3

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS MADRES CON VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....28

### GRÁFICO N° 4

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES CON VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.....29

### GRÁFICO N° 5

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN TIPO DE LACTANCIA.....30

### GRÁFICO N° 6

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN TRATAMIENTO MATERNO ANTIRETROVIRAL.....31

GRÁFICO N° 7

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN ESTADO INMUNITARIO DE LA MADRE....32

GRÁFICO N° 8

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN CARGA VIRAL DE LA MADRE.....33

GRÁFICO N° 9

PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017 SEGÚN TIPO DE PARTO.....34

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1	
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
ANEXO N° 2	
INSTRUMENTOS.....	49
ANEXO N° 3	
VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS.....	50
ANEXO N° 4	
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS-ESTUDIO PILOTO.....	53
ANEXO N° 5	
SOLICITUD PARA LEVANTAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS PRESENTADO AL HOSPITAL CARLOS LAFRANCO LA HOZ.....	57
ANEXO N° 6	
OFICIO PRESENTADO POR EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ .....	58



## **CAPÍTULO I : EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Cuando los medicamentos antirretrovirales están disponibles como prevención, la transmisión general del VIH puede reducirse a <5% para detener la lactancia. ONUSIDA informó que muchos grupos de bajos y medianos ingresos, que alcanzaron al menos un 80% de cobertura de servicios de prevención del VIH para niños en diciembre de 2009, alcanzan un alcance mundial del 53% <sup>(1-5)</sup>.

Se observó que el número de niños infectados con VIH fue de 220,000 [190,000-260,000] en 2014, una disminución del 48% en comparación con 2002, la cifra más alta <sup>(6)</sup>. En los países de altos ingresos, el riesgo de transmisión vertical se ha reducido prácticamente a cero. Mientras que en los países con recursos limitados problemas graves para proporcionar un mayor acceso y cobertura de ART almacenada, lo que reduce la transmisión vertical se observa en la actualidad en todo el mundo, con lo cual redujo la supervivencia de los niños nacidos de madres infectadas con el VIH no están infectadas con el VIH (los niños, no infectado y no infectado con el VIH) <sup>(7)</sup>.

Por lo tanto, se planteó la implementación de este estudio, que actualizó los datos sobre la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

### **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017?

Problema específico:

- ¿Conocer las características de las madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de lactancia?
- ¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tratamiento antirretroviral?
- ¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según estado inmunitario de la madre?
- ¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de parto?
- ¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según carga viral de la madre?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de la infección por el VIH continúa siendo un problema de salud pública que debe tener atención especial. Que la infección por el VIH no se debe simplemente a la ignorancia de la forma de transmisión sino también a su falta de emancipación generalizada; puesto que la mayor parte

de las mujeres embarazadas se infectan por el VIH como consecuencia de obtener alto riesgo de su pareja sobre el cual tienen poco o ningún control. <sup>(9)</sup> Los niños de las mujeres embarazadas portadoras del VIH tiene como consecuencia de nacer con bajo peso, y a lo largo de su vida a desarrollar enfermedades oportunistas como: bronquitis, neumonía, faringitis, entre otras <sup>(9-10)</sup>.

#### 1.4. OBJETIVOS

##### 1.4.1 Objetivos generales

Determinar la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017

##### 1.4.2 Objetivos específicos

- Conocer las características de las madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017.
- Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de lactancia.
- Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según inicio de tratamiento antirretroviral.
- Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según estado inmunitario de la madre.

- Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según carga viral de la madre.
- Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de parto.

### 1.5. PROPÓSITO

El propósito que se planteó para elaborar este trabajo es para disminuir y plantear medidas preventivas de transmisión de madre a hijo antes, durante y después de la gestación infectada. Entonces se tomó la medida para diagnosticar la infección por VIH resultará útil para pre y posparto inmediato para poder completar la profilaxis con los antirretroviral, evitar la transmisión vertical en el recién nacido y para contraindicar la lactancia materna.

El estudio es planteo porque son necesarios a fin de determinar principal prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### 2.1.1. Antecedente Internacionales

En una revisión sistemática realizada por Arikawa S., Rollins Y., Newell M-L., and Becquet R., se estudió sobre el Riesgo de mortalidad y factores asociados en niños no infectados y expuestos al VIH. Se planteó como objetivo aumentar los tratamientos antirretrovirales materno (TAR), con el fin reducir el número de niños recién infectados con VIH. Sin embargo, la posible mayor mortalidad en la gran cantidad de niños expuestos a VIH y no infectados (HEU) puede ser motivo de preocupación. Se cuantifico en este estudio los riesgos de mortalidad entre los niños con HEU y revisamos los factores asociados. Se utilizó el método de búsqueda sistemática de bases de datos electrónicas (PubMed, Scopus). Se incluyeron todos los estudios que informaron la mortalidad de niños con UME hasta la edad de 60 meses y los factores asociados. El riesgo relativo de mortalidad entre UME y niños no infectados con VIH no infectados (HUU) se extrajo cuando fue relevante. Los métodos de varianza inversa se usaron para ajustar el tamaño del estudio. Se ajustaron modelos de efectos aleatorios para obtener estimaciones agrupadas. Se encontró como resultados donde se incluyeron un total de 14 estudios en el metanálisis y 13 en la revisión de los factores asociados. La mortalidad acumulada combinada en niños con UME fue del 5,5% (IC 95%: 4,0-7,2; I (2) = 94%) a los 12 meses (11 estudios) y 11,0% (IC del 95%: 7,6-15,0; I (2) = 93%) a los 24 meses (cuatro estudios). Las razones de riesgo agrupadas para la mortalidad en niños con UME en comparación con HUU en el mismo contexto fueron 1,9 (IC 95%: 0,9-3,8; I (2) = 93%) a los 12 meses (cuatro estudios) y 2,4 (IC 95%): 1.1-5.1; I (2) = 93%) a los 24 meses (tres estudios). Al final concluyeron que la comparación con los niños HUU, el riesgo de mortalidad en los niños con HEU fue aproximadamente el doble en ambos puntos de edad, aunque la asociación no fue estadísticamente

significativa a los 12 meses. La interpretación de las estimaciones agrupadas se confunde por una considerable heterogeneidad entre los estudios. Se necesita más investigación para caracterizar el impacto de la muerte materna y la lactancia materna en la supervivencia de los lactantes HEU en el contexto de ART materno, donde la evidencia actual es limitada <sup>(9)</sup>.

En otra revisión realizada el 2012 realizado por Berhan Z, Abebe F, Gedefaw M, Tesfa M, Assefa M, Tafere Y que se estudió “Riesgo de VIH y factores asociados entre los bebés nacidos de mujeres VIH positivas en la región de Amhara, Etiopía: un estudio retrospectivo basado en las instalaciones”, donde se llegó a incluir a 434 niños expuestos al VIH que tenían un resultado de la prueba de reacción de la cadena de polimerasa (ADN) con ácido desoxirribonucleico (ADN) del VIH. Los datos fueron recolectados utilizando la herramienta de extracción de datos estructurados. Se empleó el análisis de regresión logística binaria para evaluar la asociación putativa de variables independientes con la variable de resultado. La significancia se tomó a un valor de  $P < 0.05$  y un nivel de confianza del 95%. Donde los resultados fueron que “la prevalencia del VIH entre los niños expuestos al VIH fue del 10,1% (IC del 95% = 7,3-13%). Retraso en el diagnóstico (AOR = 2.7, IC 95% = 1.3, 29.4), alimentación mixta (AOR = 8.8, IC 95% = 4.5, 22.8), falta de tratamiento antirretroviral o profilaxis durante el embarazo o la lactancia (AOR = 21.6, IC del 95% = 14.5, 39.8) y la duración más corta del tratamiento contra el VIH (AOR = 12, IC 95% = (4.2, 45.0) fueron los factores que aumentaron el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. Con estos resultados llegaron a la conclusión de que “La prevalencia de la infección por el VIH entre los niños expuestos al VIH” es sorprendentemente alta. El uso inadecuado de la terapia antirretroviral y la atención especializada en el parto fueron los factores que redujeron la transmisión del VIH de madre a hijo. La educación y promoción integradas y específicas de la audiencia para buscar atención obstétrica y servicios de VIH es fundamental para frenar las

devastadoras consecuencias del VIH en las mujeres embarazadas y sus recién nacidos” (10).

Así mismo, en un estudio que tuvo como objetivo “Evaluar la efectividad de la intervención para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo e identificar los factores de influencia”. Se empleó la siguiente metodología “recogieron los datos sobre las mujeres embarazadas y sus bebés, incluidas las características demográficas, el embarazo y el parto, el acceso a la terapia antiviral, el estado de infección por VIH a los 18 meses y la supervivencia de los recién nacidos entre 2002 y 2013 mediante el seguimiento”. Realizaron un análisis de regresión logística multivariante modelo se utilizaron para identificar los factores de influencia. Los datos que se obtuvo como resultados a fines de 2013, un total de 8 621 554 mujeres embarazadas se sometieron a la prueba del VIH, de las cuales 2 264 estaban infectadas con el VIH. La tasa de VIH positiva es del 0.03%. La tasa de VIH positivo disminuyó año tras año ( $\chi^2(2) = 4.871$ ,  $P = 0.027$ ). Se realizó un total de 1 530 bebés nacieron entre 2002 y 2013, de los cuales 1 384 sobrevivieron y 92 murieron a la edad de 18 meses, y 54 se perdieron durante el seguimiento. Sesenta bebés fueron evaluados como VIH-positivos, 1 324 bebés fueron evaluados como VIH-negativos. La tasa de transmisión de madre a hijo fue 4.34%, la tasa correctiva de transmisión de madre a hijo fue 6.33%. Recibir servicio de prevención del VIH al inicio del embarazo (OR = 0.26, IC 95%: 0.09-0.77), terapia antirretroviral estandarizada (OR = 0.42, IC 95%: 0.21-0.82), alimentación artificial (OR = 0.06, IC 95%: 0.02 -0.21) podrían ser los principales factores de protección, la episiotomía en el momento del parto (OR = 3.91, IC 95%: 1.74-8.80) podría ser el factor de riesgo. Con los resultados obtenidos se realizó una conclusión que la tasa de VIH positiva permaneció baja y disminuyó año tras año en mujeres embarazadas en Henan, pero la tasa de transmisión de VIH madre a hijo fue alta. Es necesario mejorar la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (11).

Continuando estudio próxima reunión ha sido objeto de "pacientes embarazadas con VIH y las acciones para reducir el riesgo de transmisión vertical en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Nicolás San Juan reducir septiembre Toluca de enero de 2009 2012". El objetivo era que esto es para obtener y analizar la información de los pacientes embarazadas VIH con respecto a las acciones que conducen objetivo reducir el riesgo de transmisión vertical y los resultados en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Toluca "Dr. Nicolás San Juan "de enero de 2009 a septiembre de 2012. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de observación. todos los pacientes VIH-positivas embarazadas que acuden a atención prenatal y obstétrica evento al que asistieron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Toluca utilizado "Dr. Nicolás San Juan" entre enero de 2009 y septiembre de 2012, conjuntamente hacer frente a los CAPASITS. Cuando los siguientes resultados son los siguientes, un total de pacientes tratados fueron 21. El 29% de VIH es positivo cuando se diagnostica el embarazo, el 66% se diagnostica con trabajo de parto durante el embarazo y el 5%. El 100% de los pacientes reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Se observa que la mejora se muestra en su recuento de CD4, el primer trimestre al 56,2%, el segundo trimestre del 68,6% y el tercer trimestre del 38,2% de los pacientes diagnosticados antes del embarazo redujeron su recuento de CD4 11,5%. 57,2% disminuyó la carga viral por debajo de 50 copias, 21,5% menos de 1000 copias, el 14,2% se mantuvo por encima de 1000 copias y 7,2% el aumento de niveles no detectables a más de 50 copias a pesar de la manipulación. Los pacientes realizaron 100% del tipo de parto que tuvo la cesárea. El 100% de los neonatos recibieron profilaxis con Zidovudina + Lamivudina desde las 6 horas de vida hasta el día 7. El 100% de los pacientes no tuvieron lactancia. Según lo que informó CAPASITS, la transferencia vertical hasta ahora es 0%. Terminar la conclusión siguiente el tratamiento bajo TARGA, con una mejora significativa en las células CD4 y la carga viral, esto junto con aborto mediante



abdominal, la lactancia y la profilaxis de los recién nacidos con Zidovudina + Lamivudina 6h desde el nacimiento hasta el día 7 es Permitimos tener una velocidad de transmisión vertical de hasta 0% en este momento <sup>(12)</sup>.

Se encontró otro estudio sobre " Prevalencia y resultados de los desafíos de diagnóstico del VIH-1 durante las pruebas de nacimiento universales: de estudio cohorte y observacional sudafricana urbana." Con el fin de encontrar RN expuestos al VIH nacidos en el Hospital Materno Infantil Rahima Moosa entre el 5 de junio de 2014 y el 31 de agosto de 2016. Se encontró que 104 (1.8%) de 5743 RN expuestos al VIH recibieron un resultado de PCR de nacimiento no negativo. El estado de infección por VIH fue positivo en 83 (81%) lactantes, negativo en 8 (8%), incierto en 5 (5%) y LTFU en 6 (6%) casos. Los RN que dieron positivo al nacer tuvieron resultados significativamente más altos de carga viral (VL) que los que arrojaron resultados indeterminados al nacimiento de 4.5 y 3.0 log copias / ml ( $p = 0.0007$ ), respectivamente. De manera similar, las madres de RN con resultados positivos en comparación con las pruebas de nacimiento indeterminadas tuvieron una VL más alta de 4,5 y 2,7 copias log / ml ( $p = 0,0013$ ) <sup>(13)</sup>.

#### 2.1.2. Antecedente Nacionales

Uno de los estudios de impacto más importantes es el siguiente estudio, "Complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas que elevaron el virus de la inmunodeficiencia humana del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2012 - 2014". Tiene como objetivo complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas que están infectadas tratadas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el período de enero de 2012 hasta diciembre de 2014. Determinar Se realizó estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental. Los registros de las mujeres embarazadas mostraron seropositividad en la prueba de ELISA para VIH con verificación por Western blot realizada 36 casos. Se obtuvo

recopilando, ordenando y procesando datos usando el programa SPSS 22.0. Las variables utilizadas se procesaron estadísticamente y analizaron los resultados. Se ha procesado con los datos cuantitativos con la prueba t de Student y para los datos cualitativos la prueba Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Cuando se obtuvieron los siguientes resultados en la prevalencia de VIH infectados durante el período de estudio, el 0,2% (36 casos) se infectaron. El 90% de las mujeres embarazadas son del distrito de Comas. El 58% de las mujeres embarazadas tienen entre 21 y 30 años. 69% son residentes. 70% de las mujeres embarazadas tienen educación secundaria. En la actividad sexual de las mujeres embarazadas infectadas con el VIH, el 100% de las mujeres embarazadas no usan condones durante sus relaciones sexuales con su pareja. El 86% de las mujeres embarazadas tenían entre 1 y 3 parejas sexuales. El 22% de las mujeres embarazadas se encontraron en el tercer trimestre del embarazo y el 39% en el primer control prenatal. El 63% de los casos de mujeres embarazadas tenían un control prenatal adecuado. 62% de las entregas fueron a término. El 75% de las mujeres embarazadas completaron su embarazo por cesárea. El 72% de las mujeres embarazadas tuvieron complicaciones durante el embarazo. 34% tenían infecciones del tracto urinario, el 20% de las mujeres embarazadas tienen amenaza nacimiento prematuro, el 16% abortada, el 55% de las mujeres embarazadas comenzar el tratamiento profiláctico con AZT a las 35 semanas de edad gestacional. Los resultados del estudio muestran que la incidencia de mujeres embarazadas con VIH tratadas en el hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período 2012-2014 fue de 0,2% cerrado. Debe enfatizar que en las complicaciones observadas en el presente estudio en mujeres embarazadas con VIH incluyen infecciones del tracto urinario 35%, seguido por el nacimiento prematuro 20% aborto 16%, amenazando trabajo de parto prematuro 9%, la membrana prematura ruptura 6%, la enfermedad hipertensiva 6%, y eventualmente con el mismo porcentaje de 3% de muerte fetal, sangrado posparto y retraso del crecimiento uterino <sup>(14)</sup>.

En otro estudio nacional que es realizado por Carrizales Castillo " Determinar la prevalencia de neonatos perinatalmente expuestos al Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los periodos 2010 – 2014", que es una visión general de la aparición de la aparición, transversal y hecho retroactivo - una Población de 290 bebés ya tiene VIH. La forma en que tiene acceso al uso de estos datos es una opción muy importante para registrar los PROCITTS (infección del programa sexual y SIDA) del HNHU Donde los siguientes resultados que se encontraron es un 16,2% de prevalencia de neonatos perinatalmente expuestos al VIH durante el año 2010, 14,1% durante el año 2011, un 19,3% en 2012, un 27,2% en 2013 y un 23,1% en 2014. Por lo cual se realizó con la conclusión de prevalencia de neonatos perinatalmente expuestos al VIH, ha tenido un leve incremento durante los años estudiados, con una cobertura profiláctica en más de la mitad de la población <sup>(15)</sup>.

El siguiente estudio se llevó a cabo en " Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud " embarazadas - Actitudes SIDA (Enfermedad) - Prevención - Perú En 2005, el Ministerio de Salud (MINSa) ha comenzado una larga implementación de la estrategia de prevención de VIH de madre a hijo. El objetivo fue determinar los factores relacionados con la no realización del cribado del VIH en mujeres embarazadas que asisten a las instalaciones del MINSa. Realizó una metodología de estudio analítico transversal. Las mujeres embarazadas y el personal de salud se llevaron a cabo en el país para llevar a cabo las instituciones del MINSa. Se realizó una regresión logística binomial para determinar los factores relacionados con la no realización del cribado del VIH. Se realizó una entrevista con 349 mujeres embarazadas. En 2007, la proporción de mujeres embarazadas evaluadas por VIH en las instalaciones del MINSa fue del 84%. El análisis multivariado determinó que los factores asociados con la falta de VIH-salida fue una falta de acceso o menos de 5

visitas prenatales de atención (APN) (OR = 2,7, IC 95% 01/03 a 05/06; p = 0,009), no proporcionar información a las mujeres embarazadas sobre la prueba del VIH (OR CI = 7,5 95% 3,7 a 15,4; p <0,001) y la no disponibilidad de la prueba rápida de VIH para el cuidado de la mujer embarazada la empresa (OF = 3.1, 95% CI 1.4-6.6, p = 0.004). Al final se concluyó que los factores asociados con el fracaso para llevar a cabo las pruebas dependen básicamente de los servicios de salud, por lo que es necesario revisar las estrategias de reclutamiento de mujeres embarazadas para APN, los procesos de asesoramiento y ofreciendo VIH pruebas en servicios de salud (16).

Los estudios en curso donde el tema de "virus de la inmunodeficiencia humana positivo / SIDA en mujeres embarazadas, en busca de sus bebés recién nacidos - los bebés en el hospital Sergio Bernales e -. Coma", donde el objetivo de aumento el número de mujeres infectadas por edad fértil El virus de inmunodeficiencia humana positivo / SIDA se acompaña de un aumento paralelo en el número de casos de niños porque el 85% de los casos son pediátricos en el mundo debido a la transmisión perinatal. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la inmunodeficiencia humana por virus / SIDA en mujeres embarazadas y sus recién nacidos. Donde trabajó el estudio de investigación en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, Comas, Lima. El universo está formado por todas las mujeres embarazadas en ese momento. El número total de nacimientos fue de 31,304. Se utiliza un diseño descriptivo simple, retroactivo, no probabilístico intencional. Por lo tanto, se debió a lo siguiente: una tasa del 0,16%, que corresponde a mujeres embarazadas que padecen deficiencia de inmunidad humana VIH / SIDA. 76% de los recién nacidos de madres con VIH / SIDA SIDA + SIDA. Con miras a promover y concluir a las mujeres embarazadas para facilitar las pruebas de diagnóstico y el tratamiento. Si se diagnostica la madre es VIH-positivo, se debe aplicar un protocolo de tratamiento consiste en la administración de fármacos antirretrovirales

específicos durante el embarazo, una cesárea en el momento de la entrega y el control del niño al año y medio a para hacer un diagnóstico final <sup>(17)</sup>.

El siguiente estudio fue sobre " Gestación e infección por VIH. Experiencia en el Hospital A. Loayza." Las primeras experiencias de las mujeres embarazadas VIH + que reciben asistencia en el Hospital Loayza un estudio retrospectivo de 20 mujeres embarazadas entre 1996 y 1997, el VIH fue realizado. Por lo tanto, los resultados fueron que la aparición promedio fue de 0.18% cada dos años, aumentando casi 50% año tras año (0.15% a 0.22% en 1997). Cuatro se clasifican como síndicas y dieciséis como VIH-positivos. Catorce madres tienen entre 21 y 30 años (70%) y cuatro de 16 a 20 años (20%). Las madres solteras representan el 35%. La educación superior y algunos estudios secundarios cubren el 9.5%. 20% comenzó la actividad sexual durante 15 años; 45% eran primitivos. Doce mujeres embarazadas (60%) recibieron atención prenatal adecuada y zidovudina (AZT) durante 10,7 semanas (en promedio), la iluminación de ocho cesárea (4 expulsiva resto proviene de). Tres tenían condiloma acuminado (15%). Solo seis células T CD4 + cuantificadas observaron niveles más bajos de 200 células / ul (2 SIDA, controló 4). No hubo partos prematuros ni complicaciones puerperales. 20 bebés tenían entre 37 y 41 semanas de edad gestacional, con 15% (3) pequeños para la edad gestacional. Hasta octubre de 1998, 2 niños (10%) son serorrevertidores (2 de estas madres reciben AZT prenatal) <sup>(18)</sup>.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), primero aislado en 1983, es el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que representa la expresión clínica final de la infección. La característica principal es la destrucción del sistema inmune, pero el VIH también causa una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales. Se debe al tropismo dual del

VIH; Por un lado, dado que todos los lentivirus infectan las células del descendiente de macrófagos y, por otro lado, tienen un tropismo especial para los linfocitos CD4. Hay dos tipos de virus conocidos: VIH-1 y VIH-2, con VIH-1 responsable de la epidemia en Occidente <sup>(14)</sup>.

#### Epidemiología

En la Actualidad hay más personas que viven con VIH, principalmente debido a un mayor acceso al tratamiento. A finales de 2010, aproximadamente 34 millones de personas en todo el mundo tenían VIH, un 17% más que en 2001. Esto refleja el número persistente de nuevas infecciones por VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretroviral, que ayudó a reducir las muertes. . Relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que ha mejorado en los últimos años. Los casos anuales continuos de infecciones por VIH aumentaron en un 21% entre 1997 y 2010. En 2010 hubo 2.7 millones [2.4-2.9 millones] de nuevas infecciones por VIH, incluyendo un estimado de 390,000 [340,000-450,000] niños. Esto representa un 15% menos que en 2001 y un 21% menos que el número de nuevas infecciones en el pico de la epidemia en 1997. Solo en 2010, con respecto al SIDA 700,000. La proporción de mujeres en todo el mundo ha sido estable al VIH, con la muerte, aunque esta población es la más afectada en el África subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%). La cantidad de personas infectadas con el VIH sigue disminuyendo, en algunos países más rápido que en otros. La prevalencia del VIH ha disminuido en 33 países, de los cuales 22 pertenecen al África subsahariana, la región más afectada por la epidemia del SIDA <sup>(13-15)</sup>.

En Perú, los casos de VIH / SIDA se acumularon entre 1983 y 2015, en los que se notificaron 33535 casos de SIDA y 59.276 casos de VIH el 30/09/2015. Ayuda a los casos a través de la transferencia en 97% sexual, vertical 2% y parenteral 1% para los cuales la transmisión es la principal forma de transferencia por sexo; Las relaciones sexuales sin protección son

la forma más importante de exposición al VIH en el Perú <sup>(2)</sup>. VIH-SIDA en el Perú es el nivel "concentrada" como la prevalencia estimada del VIH entre las mujeres embarazadas 0,23% y la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y hombres transgenero, el 12,4% <sup>(11)</sup>.

El 73% de los casos de SIDA pertenecen a la ciudad de Lima y Callao y el 27% corresponde al resto del país <sup>(13)</sup>.

En la provincia de Lima, los distritos afectados San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Victoria, Rímac, Comas, Villa El Salvador, comiendo, San Juan de Miraflores <sup>(14)</sup>.

#### Etiología

Se han descrito dos tipos de VIH: tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2), que no solo es menos infeccioso que el VIH-1, sino que en la práctica limita a los países del suroeste de África. Sahara <sup>(12)</sup>. Debido a que el VIH-1 es actualmente la principal causa de SIDA en el mundo, este módulo se centrará en el VIH-1.

#### Fisiopatología

La propagación mundial del VIH, el virus tiene la capacidad de contrarrestar los efectos de la inmunidad innata, el beneficio y la intrínseca, el virus tiene un pequeño genoma y algunos genes. El VIH tiene la capacidad de neutralizar y evadir los diversos componentes del sistema inmune. El ciclo de vida del VIH depende de la célula que lo infecta y lo activa. En las primeras etapas de la infección, el VIH penetra las células sin causar mucho daño inmediato; El proceso de inscripción celular, sin embargo, puede estimular y activar las células, facilitando la replicación viral. La replicación del virus comienza en los ganglios linfáticos regionales donde se producen pocos virus. Donde las células infectadas con T y las partículas de virus libres dejan el torrente sanguíneo hacia el bazo, la médula ósea y el tracto digestivo para una nueva ronda de replicación viral, que previene la infección sistémica de otras células. Al mismo tiempo, el alto pico de viremia resulta

(puede haber entre 10<sup>6</sup> y 10<sup>7</sup> copias por ml de plasma). En la fase crónica que dura varios años, el nivel de viremia es más bajo que en la fase aguda. Esta disminución se debe principalmente a la respuesta inmune de los linfocitos CD8 positivos <sup>(15)</sup>.

Transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana VIH que puede transferir al feto a través de la placenta a través de la colonización fetal durante el trabajo de parto y la leche materna al feto <sup>(12)</sup>. Para aprender más sobre el virus, necesitamos saber más sobre las fuentes de transmisión que verá a continuación:

#### Transposición transposicional

Este mecanismo de transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana se muestra por la presencia de VIH en el tejido fetal <sup>(15)</sup>. Transferencia transplacentaria es hecho por tres maneras diferentes a través de la transferencia de virus libre en los casos de antigenemia madre positiva, incluso en el curso de linfocitos o portadores macrófagos provirus en su material genético de la madre al feto y la infección primaria placenta transmisión fetal posteriores, que las células de Hofbauer (macrófago placentario) elevado debido a su alta concentración en la placenta y tiene receptores CD4 en su membrana <sup>(13-14)</sup>.

#### Transferencia intraparto

Esta transferencia se realiza a través de la caminata fetal a través del canal de parto. El VIH se ha aislado en la secreción vaginal de mujeres infectadas, que contiene hasta 3% de células linfocíticas, antígeno p17 y p24 en estas secreciones <sup>(13)</sup>.

Al intercambiar sangre materna y fetal en el momento del parto, otro factor de transmisión se considera una ruta de transmisión del VIH <sup>(15)</sup>.



Otra evidencia muestra que la importancia de este camino es la ausencia de virus de sangre periférica en el 50% de los recién nacidos infectados durante la primera semana de vida <sup>(17)</sup>.

#### •Lactancia

El VIH se encontró en la etapa del calostro humano en la autoestima <sup>(16)</sup> .La transmisión vertical de la infección se ha demostrado mediante la alimentación en los casos en que la infección provoca la transfusión de sangre de la puerta de la madre después del parto y la posterior seropositividad del recién nacido. <sup>(16,17)</sup>. Existe la posibilidad de que ciertos factores se puedan beneficiar de la transmisión del VIH a través de la leche materna. Por lo tanto, la presencia de células infectadas o sustancias antiinfecciosas puede acortar la leche o ambos, lo que facilita esta transferencia <sup>(17)</sup>.

#### Las pruebas de detección

Uso en el laboratorio Prueba de VIH: una prueba rápida para VIH (PR) y prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA). Los resultados son por lo tanto reactivos o no reactivos <sup>(17)</sup>.

#### Las pruebas de verificación

Las pruebas de confirmación utilizadas para diagnosticar VIH, IFI, LIA, WB se informan como positivas o negativas o indefinidas <sup>(17)</sup>.

#### Seguimiento de una niña expuesta al VIH

Todos los bebés expuestos al VIH reciben una prueba de reacción en cadena de la polimerasa obligatoria (PCR, ADN, VIH) en el primer y tercer mes (de 1 a 3 meses) para conocer su estado. Debe seguir el sexto mes de vida y luego agregar más pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (ADN-PCR-VIH) para administrarle a la madre de la madre o la leche de

fórmula combinada (en reemplazo de la lactancia materna) <sup>(16-17)</sup>. Los bebés expuestos al VIH aprenden su estado a los 12 meses de edad (ELISA) o para confirmar o refutar el diagnóstico de PCR de ADN del VIH <sup>(17)</sup>.

Tratamiento antirretroviral y tratamiento de mujeres embarazadas

- Tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas:

Tres medicamentos antirretrovirales deben comenzar después de las 14 semanas de embarazo. Donde solicitó CD4 y carga de virus con el código de confirmación, si es necesario <sup>(17-18)</sup>.

La aparición de la terapia antirretroviral no está condicionada a la recepción de los resultados de CD4 ni a la carga de confirmación viral del VIH de la madre <sup>(18)</sup>.

La elección del esquema es: tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFV) o TDF 300 mg por vía oral cada 24 horas por paciente. O 3TC 150 mg por vía oral cada 12 horas. o EFV 600 mg por vía oral las 24 horas del día <sup>(17-18)</sup>.

El tratamiento continuará después del embarazo independientemente de la carga viral y CD4, y las mujeres se incluirán en el mismo esquema para el tratamiento de HAART en adultos <sup>(17-18)</sup>.

Tratamiento antirretroviral y tratamiento de mujeres embarazadas  
Gestión de entrega:

Emperadores: las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH durante el embarazo son una elección de opciones.

El día de la madre de nacimiento, sin importar cuánto tiempo tarde, Zidovudine (AZT) se administra por vía intravenosa. La dosis recomendada es:

- 2 mg / kg de peso durante la primera hora de infusión.

- Mantenga las siguientes horas a 1 mg / kg / hora hasta que el cordón umbilical se eleve.

Una infusión de 400 mg de AZT en 500 c.c. de 5% de dextrosa y tratamiento temprano de 200 cc y 100 cc después de horas de administración oral para ser tolerado por el puerperio <sup>(17-18)</sup>.

Si no está disponible la administración intravenosa oral de zidovudina (AZT), donde 300 mg de AZT administran durante 4 horas antes de la cesárea planificada, repite cada 3 horas hasta que se toma el tiempo de administración <sup>(17-18)</sup>.

E Las secciones opcionales siempre deben planificar y responder a los centros de salud para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal <sup>(17-18)</sup>.

Los servicios de salud, de acuerdo con su capacidad operativa, necesitan derivación urgente de mujeres embarazadas con VIH o VIH probable, establecimiento de salud con la opción de cesárea urgente o, si es necesario, implementar coordinación de emergencia antes <sup>(17-18)</sup>.

Para el funcionamiento de un niño debe tratar de mantener membranas amnióticas intactas, por lo que cambiar los campos de guantes quirúrgicos y la rotura de las membranas amnióticas y recién nacido minera evitar cualquier contacto con las secreciones y fluidos de la madre al recién nacido <sup>(17-18)</sup>.

El cordón umbilical debe agregarse inmediatamente después del nacimiento sin leche. Puede usar antibióticos profilácticos después de la promoción del cordón de acuerdo con el protocolo establecido para reducir el riesgo de infección <sup>(17-18)</sup>.

No es necesario que las mujeres infectadas con VIH no aíslen a las mujeres ni a sus recién nacidos <sup>(17-18)</sup>.

Vía vaginal: la vía vaginal está indicada cuando se produce una de las siguientes condiciones:

1. Dilución > de 4 cm, o
2. Membranas amnióticas rotas

Contra todos los procedimientos invasivos: Amniotomía, fórceps o de vacío, goteo vaginal debe evitar tanto como sea posible otra episiotomía y exámenes vaginales repetidas <sup>(17-18)</sup>.

Prevenir el VIH o el VIH en embarazos prolongados a partir de fracturas preñadas de la membrana reticular durante más de cuatro horas, lo que indica que el parto es posterior al nacimiento <sup>(17-18)</sup>. La profilaxis vaginal antirretroviral para la salvación posterior ocurre de la misma manera que se indica en el caso de una cesárea <sup>(17-18)</sup>. Donde sea posible, las membranas amnióticas deben integrarse en el período expulsivo <sup>(17-18)</sup>.

Después de la expulsión del feto, el cordón umbilical debe asegurarse inmediatamente sin leche <sup>(17-18)</sup>. La salvación vaginal por parte de trabajadores de salud capacitados será horizontal con la mujer embarazada para prevenir cualquier posibilidad de contaminación con secreciones o fluido materno <sup>(17)</sup>.

Inmediatamente después del parto, bañe al recién nacido con abundante agua caliente y jabón. Seque con una toalla suave para evitar la piel. Retire las vías respiratorias con cuidado y evite los traumatismos en las membranas mucosas <sup>(17-18)</sup>. La lactancia materna y la lactancia son contraindicaciones (amamantamiento del niño a otra mujer) <sup>(18)</sup>. El recién nacido, una madre que recibe tres tratamientos de Zidovudine (AZT) como parte de su horario, recibe 4 mg por 4 semanas a 4 mg / kg. El

recién nacido, una madre que recibe menos de 4 semanas de tratamiento, recibe AZT 4 mg / kg cada seis semanas cada seis semanas. El inicio del tratamiento profiláctico en recién nacidos tendrá lugar dentro de las primeras 6 horas de vida, hasta 24 horas después del nacimiento <sup>(17-18)</sup>.

#### Tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas

Cualquier mujer embarazada tratada con VIH que reciba HAART antes del nacimiento recibirá atención prenatal sin repetir las pruebas de diagnóstico para desactivar el VIH y continuar el tratamiento recibido <sup>(17)</sup>. Si Efavirenz es parte del esquema de tratamiento, continuará si la mujer embarazada tiene una carga viral impredecible. Si la clase de virus es detectable, el paciente debe ser remitido para su evaluación por el especialista en enfermedades infecciosas que definirá el régimen antirretroviral <sup>(17-18)</sup>.

El tratamiento antirretroviral que se recibirá continuará durante el embarazo y el posparto, y se remitirá al equipo multidisciplinario HAART para adultos <sup>(18)</sup>.

### 2.3. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo, no se formula hipótesis.

### 2.4. VARIABLES

- Recién nacidos con VIH positivo
- Edad madre
- Tipo de Lactancia
- Tratamiento antirretroviral
- Estado inmunitario de la madre
- Carga viral de la madre
- Tipo de parto
- Procedencia
- Establecimiento de salud

## 2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

**Prevalencia:** este es el cálculo de los casos de una patología o evento en una población y en un momento dado <sup>(17)</sup>.

**VIH:** el virus que causa el SIDA se puede transferir de una madre infectada a su hijo recién nacido <sup>(18)</sup>.

**Edad de la madre:** tiempo que mantuvo un ser vivo desde que comenzó. <sup>(16)</sup>

**Lactancia:** es la alimentación de la leche materna <sup>(17)</sup>.

**Tratamiento antirretroviral:** medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones retrovirales <sup>(18)</sup>.

**Estado inmune de la madre:** es el pico del embarazo humano hasta la salida del útero del bebé <sup>(19)</sup>.

**Carga viral de la madre:** este es el término utilizado para referirse a la cantidad de VIH en la sangre <sup>(18)</sup>.

**Trabajo de parto:** es el pico del embarazo humano hasta la salida del útero del bebé <sup>(18)</sup>.

**Procedencia:** este es el origen donde uno vive <sup>(19)</sup>.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó el estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Es observacional porque el investigador no manipulo las variables, es decir no experimental.

Es descriptivo porque no se hubo grupo de comparación Sin embargo, se realizó pruebas analíticas para comparar prevalencia de VIH del RN en subgrupos.

Es transversal porque mide la variable una sola vez.

Es retrospectivo porque son datos recolectados de variables para la investigación.

### 3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se trabajó en el servicio de infectotologia en el área de PROCET en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

El hospital Carlos Lanfranco La Hoz es de nivel II-2 donde brinda servicios básicos de salud e inclusión especial y social en el marco de la atención integral basada en la persona, familia y comunidad en el abordaje curativo y repetitivo de la población de los distritos Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:** Todos los 77 pacientes que se encontraron durante el periodo de estudio y que contaron con los siguientes criterios de selección.

#### ***Criterio inclusión***

- De madres con VIH positivo atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

### ***Criterio exclusión***

- Pacientes que no presentan historias clínicas completas
- Pacientes cuyas historias clínicas no sea accesibles.

### **Muestra:**

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes que tenían los criterios de selección. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a la poca cantidad de casos, se ingresó a todos los que tenían los criterios de selección.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la elaboración de este trabajo, se solicitó la autorización donde se coordinó con la jefatura del servicio de Infectología, el área de estadística y área de archivos para empezar la búsqueda de datos.

Luego, se acudió al registro de estadísticas para recoger los datos de las pacientes gestantes con VIH positivo e hijos que fueron atendidas en el área de PROCETSS en todo el año 2014-17.

Además, se identificaron las historias clínicas de todas las gestantes para corroborar los datos del libro llamado “Libro de Registro de Atención y seguimiento VIH/Sífilis”. Entonces con los datos obtenidos se recogieron los datos pertinentes que corresponden a las variables en estudio las cuales se incorporan en la ficha de recolección de datos. Se continuó con el llenado de la ficha de datos hasta completar el periodo de estudio.

Este instrumento de recolección de datos fue valido por tres expertos.



### 3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectó la información a través de una ficha de datos en las cuales se contabilizó cuáles fueron los recién nacidos con VIH de madres con VIH positivas, la edad materna, tipo de lactancia, Estado inmunitario de la madre, Carga viral de la madre, Tipo de parto, Procedencia, Establecimiento de Salud y tratamientos antirretrovirales.

Esta ficha fue previamente validada mediante el instrumento de validación (Anexo 3)

### 3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se llenó una base de datos con la información recolectada de las variables:

- Se procedió a analizar los resultados empleando el programa estadístico SPSS versión 23.0 (versión de evaluación)
- Se realizó estadística descriptiva basada en frecuencia y porcentajes para calcular la prevalencia de recién nacido VIH positivos y para las características de la población estudiada en caso de variables cualitativas como tipo de lactancia, estado inmunitario y carga viral entre otras. Para el caso de las variables cuantitativas que la edad promedio, se realiza el cálculo de las medidas de tendencia central (promedio, mediana y modo) y las medidas de dispersión (desviación estándar, mínimo, máximo, etc.).
- Luego para comparar las prevalencias de VIH en el recién nacido según determinadas características se realizó un análisis variado con F de Fisher para un p valor  $< 0.05$ .
- Se plasmó los resultados a través de tablas de contingencia y gráficos de barras.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

#### I. Prevalencia de VIH en RN

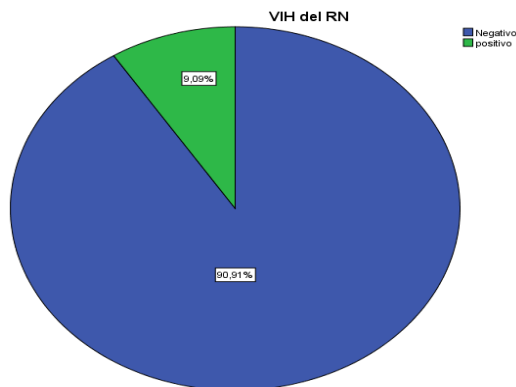
TABLA N° 1

La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017.

VIH del RN		
	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	70	90,
Positivo	7	9,09
Total	77	100,0

GRÁFICO N° 1

La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017.



#### INTERPRETACIÓN

La prevalencia del VIH en la población estudiada fue de 9,09%.

## II. Características maternas de la población estudiada:

### Edad

TABLA N° 2

Edad materna con VIH positivos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

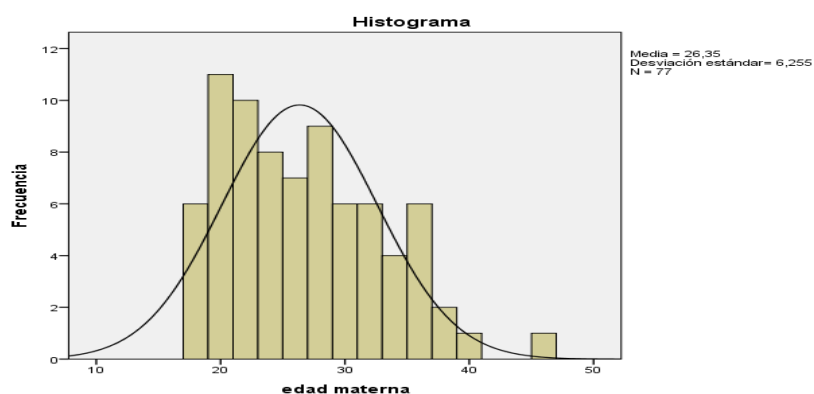
#### Estadísticos

Edad materna

N	Válido	77
	Perdidos	0
Media		26,35
Mediana		26,00
Moda		19 <sup>a</sup>
Desviación estándar		6,255
Varianza		39,125
Mínimo		18
Máximo		45

GRÁFICO N° 2

Edad materna con VIH positivos del Hospital Carlos Lanfranco La hoz en el periodo 2014-2017.



### INTERPRETACIÓN

La edad promedio de la madre fue 19 años.

## Establecimiento de salud

TABLA N° 3

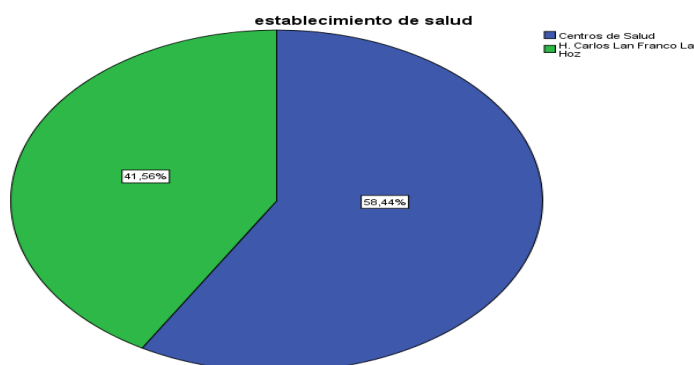
Establecimiento de salud de las madres con VIH positivos del hospital Carlos Lanfranco La hoz en el periodo 2014-2017.

### Establecimiento de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
Centros de Salud	45	58,4
H. Carlos LanFranco La Hoz	32	41,6
Total	77	100,0

GRÁFICO N° 3

Establecimiento de salud de las madres con VIH positivos del hospital Carlos Lanfranco La hoz en el periodo 2014-2017.



### INTERPRETACIÓN

Con respecto de establecimiento el mayor porcentaje provenía de los Centro de Salud con un 58,44% y en el hospital Carlos Lanfranco La hoz de 41,56%.

## Lugar de procedencia

TABLA N° 4

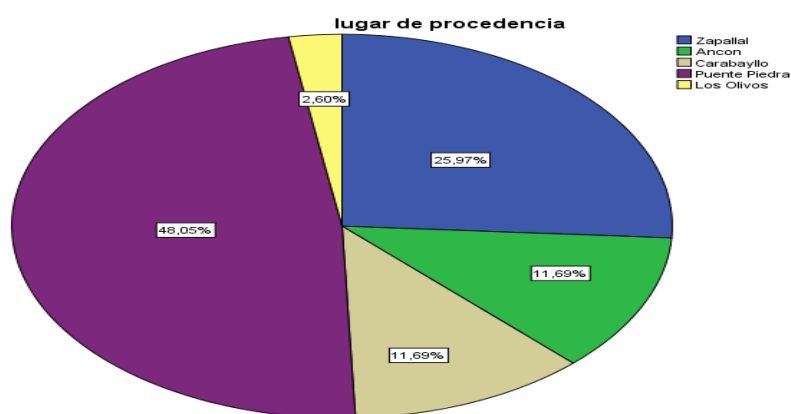
Lugar de procedencia de las madres con VIH positivos del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.

Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje
Zapallal	20	26,0
Ancon	9	11,7
Carabayllo	9	11,7
Puente Piedra	37	48,1
Los Olivos	2	2,6
Total	77	100,0

GRÁFICO N° 4

Lugar de procedencia materna de los recién nacidos VIH positivos del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.



## INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje provenía del distrito de Puente Piedra y por haberse sido controladas durante el embarazo en el hospital en un mayor porcentaje.

## Prevalencias según subgrupos

### III. Tipo de lactancia

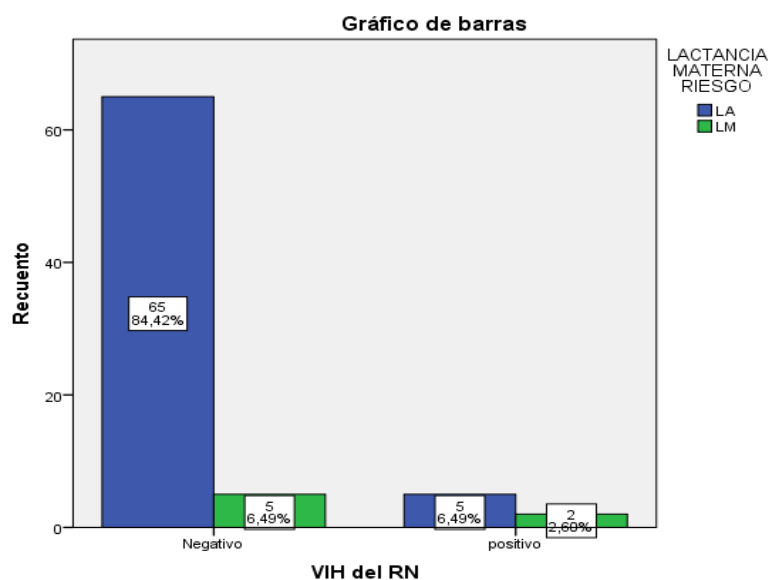
TABLA N° 5

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de lactancia.

Características	VIH positivo en recién nacidos			
	Negativos	Positivos	Total	p
Tipo de Lactancia				
Materna	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (100%)	0.060
Artificial	65 (92.9%)	5 (7.1%)	70 (100%)	

GRÁFICO N° 5

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de lactancia.



### INTERPRETACIÓN

No existe evidencia para afirmar la prevalencia de VIH positivo del recién nacido según el tipo de lactancia varia.

#### IV. Tratamiento materno antiretroviral

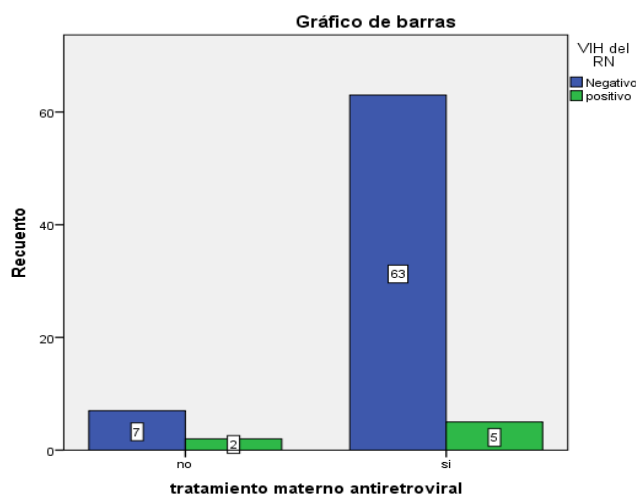
TABLA N° 6

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tratamiento materno antiretroviral.

Características	VIH positivo en recién nacidos			
	Negativos	Positivos	Total	p
Tratamiento antiretroviral				
• NO	7(77,8%)	2(22.2%)	9(100%)	0.145
• SI	63(92,6%)	5(7,4%)	68(100%)	

GRÁFICO N° 6

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tratamiento materno antiretroviral.



#### INTERPRETACIÓN

No existe evidencia para afirmar la prevalencia de VIH positivo del recién nacido según tratamiento materno antiretroviral.

## V. Estado inmunitario de la madre

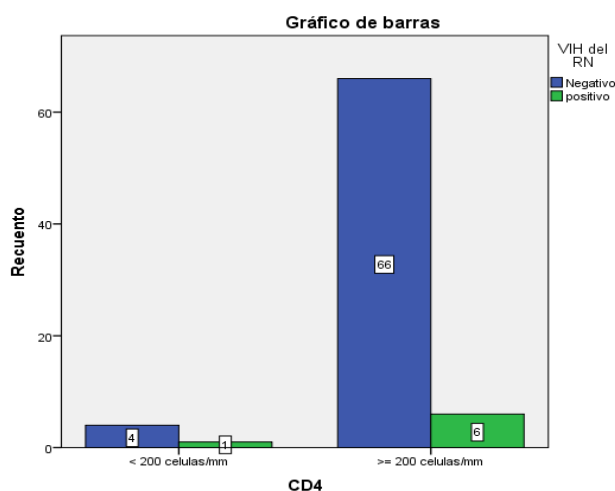
TABLA N° 7

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según estado inmunitario de la madre.

Características	VIH positivo en recién nacidos			
	Negativos	Positivos	Total	p
Estado inmunitario de la madre				
CD4<200 células/ mm <sup>3</sup>	4(80%)	1(20%)	5(100%)	0.380
CD4>=200 células/ mm <sup>3</sup>	66(91,7%)	6(8,3%)	72(100,0%)	

GRÁFICO N° 7

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según estado inmunitario de la madre.



### INTERPRETACIÓN

No existe evidencia para afirmar la prevalencia de VIH positivo del recién nacido según estado inmunitario de la madre.



## VI. Carga viral de la madre.

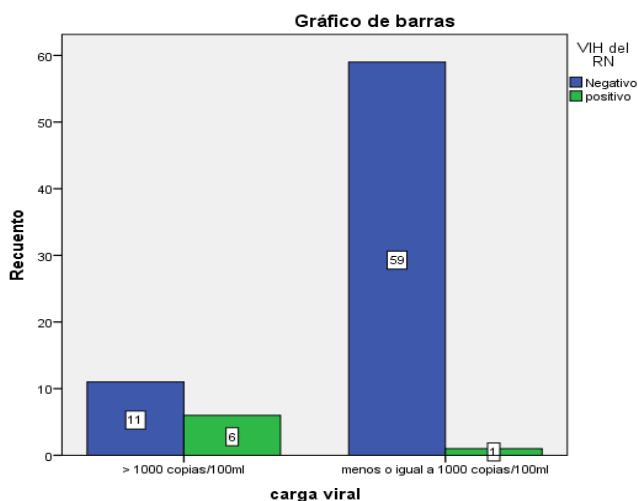
TABLA N° 8

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según carga viral de la madre.

Características	VIH positivo en recién nacidos			
	Negativos	Positivos	Total	p
Carga Viral de la madre				
>1000 copias / 100 ml	11(64,7%)	6(35,3%)	17(100%)	<b>0.000</b>
< = 1000 copias / 100 ml	59(98,3%)	1(1,7%)	60(100%)	

GRÁFICO N° 8

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según carga viral de la madre.



### INTERPRETACIÓN

Existe diferencias en la prevalencia de VIH positivo del recién nacido según la carga viral.

## VII. Tipo de parto.

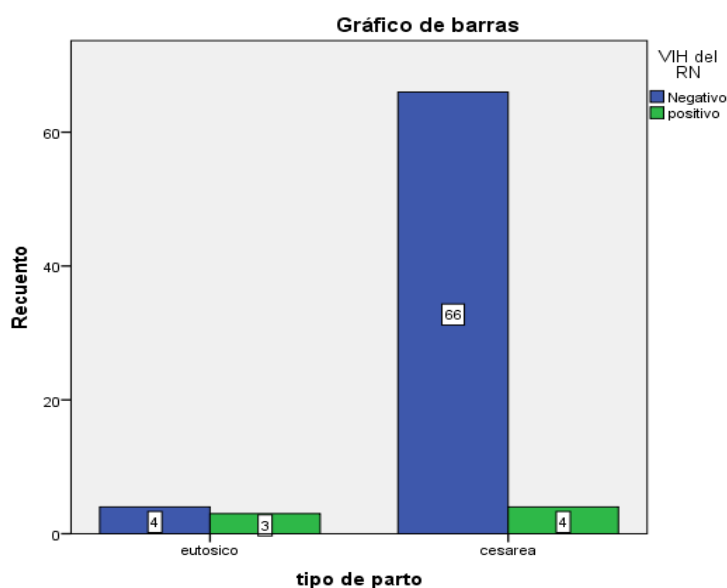
TABLA N° 9

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de parto.

Características	VIH positivo en recién nacidos			
	Negativos	Positivos	Total	p
Tipo de parto				
• eutócico	4(57,1%)	3(42,9%)	7(100%)	<b>0.001</b>
• cesaria	66(94,3%)	4(5,7%)	70(100%)	

GRÁFICO N° 9

Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de parto



## INTERPRETACIÓN

Existe diferencias en la prevalencia de VIH positivo del recién nacido según el tipo de parto.

## 4.2 DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 fue de 9,09%. Este resultado es similar a lo encontrado por Berhan Z. y colaboradores. Quien encontró 10,1% de prevalencia de recién nacidos con VIH <sup>(10)</sup>. Sin embargo, es menor de lo encontrado por Carrizales Castillo quien encontró una prevalencia de 23,1 %. <sup>(15)</sup>. Estas diferencias pueden ser explicadas por que las poblaciones estudiadas que son diferentes.

En relación a las características de la madre del RN se encontró que la edad promedio de estas fue 19 años donde; el mayor porcentaje provenía los Centro de Salud con un 58,44% por el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de 41,56%. y el mayor porcentaje provenía del distrito de Puente Piedra.

Prevalencia del VIH en niños nacidos de madres VIH positivas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período 2014-2017 según carga viral de la madre, hubo una diferencia en la prevalencia del VIH de la carga viral 1,7% se encontró con  $\leq 1000$  copias / 100 ml y 35,3%  $> 1000$  copias / 100 ml con ( $p < 0.000$ ). Por lo tanto, determinamos que la mayor prevalencia en la carga viral madre de RN es  $>1000$  copias / 100 ml. Coincide a lo expresado por Technau KG y colaboradores que refiere que las madres de recién nacidos con resultados positivos tuvieron una carga viral 4 veces más <sup>(12)</sup>.

Prevalencia del VIH en niños nacidos de madres VIH-positivas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período 2014-2017 según tipo de parto existen diferencias en la aparición del neonato VIH positivo según el tipo de parto 5,7% según en cesárea y 42,9% en parto eutócico ( $p < 0.001$ ). Por lo tanto, se determina que las tasas de prevalencia más altas en los recién nacidos nacieron en parto eutocico. Resultados similares fueron encontrados

por Martínez Hernández M.L. que el parto vaginal se llegó encontrar hasta ahora es 0% <sup>(12)</sup>.

Sin embargo, en otras características no se encontró evidencias para afirmar la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 varía según tipo de lactancia no hubo evidencias para afirmar que hay 28,6% en lactancia y 7,1% en no lactancia con un  $p = 0.06$ . Sin embargo, podemos observar que la mayor prevalencia se presenta en los RN que lactan. Estos resultados diferentes a lo encontrado por Wang Q. y colaboradores, donde se encontró que en la alimentación artificial tuvo una menor prevalencia e incluso bajo el riesgo en 94% <sup>(11)</sup>.

La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según inicio de tratamiento antirretroviral no hubo evidencias para afirmar que hay 22,2% si recibieron tratamiento antirretroviral durante la gestación y 7,4% no recibieron tratamiento antirretroviral ( $p = 0.145$ ). Estos resultados no coincide con de Wang Q. , y colaboradores, que la terapia antirretroviral disminuye el riesgo en 58% es decir debe disminuir la prevalencia de VIH positivo en RN <sup>(11)</sup>.

No hubo evidencias para afirmar que la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según estado inmunitario de la madre varia se encontró 8,3% un estado inmunitario  $CD4 \geq 200$  células/ mm<sup>3</sup> y 20% se encontró un estado inmunitario  $CD4 < 200$  células/ mm<sup>3</sup> con un  $p = 0.380$ . Este resultado es similar a Omer SB y colaboradores quienes afirma que la prevalencia de VIH en el recién nacido no varía a  $CD4 > 200$  células/mm<sup>3</sup> <sup>(10)</sup>.

Estos resultados no coinciden de Martínez Hernández M.L que el diagnóstico previo al embarazo disminuyó su conteo de CD4 en un 11,5% <sup>(12)</sup>.

## **CAPÍTULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 fue 9,09%.
2. Las características de la población estudiada es edad promedio 19 años, procedentes de Puente Piedra y con control prenatal en Centro de Salud.
3. No hubo evidencias para afirmar que la prevalencia de VIH de RN varía según tipo de lactancia. (L.M: 28,6% y L.A: 7,1%)
4. No hubo evidencias para afirmar que la prevalencia de VIH de RN varía según inicio de tratamiento antirretroviral varia. (TARGA no: 22,2% y TARGA si: 7,4%)
5. No hubo evidencias para afirmar que la prevalencia de VIH de RN varía según estado inmunitario varia (CD4 $\geq$ 200 células/ mm<sup>3</sup>: 8,3% y CD4<200 células/ mm<sup>3</sup>: 20%)
6. La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 en carga viral mayor de 1000 copias fue significante mayor. (35,3%)
7. La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 en parto vaginal fue significante mayor. (42,9%)

## 5.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere iniciar el CPN con la intención que disminuya la transmisión del VIH y realizar estudios identificando probables factores que distribuyen la prevalencia de los RN con VIH positivo a fin de intervenir en esto.
2. Se recomienda es un seguimiento a las gestantes de 19 años de procedencia de Puente Piedra para que realice su control en los C.S.
3. Se plantea que todas las gestantes con VIH positivo se recomiendan que se deben realizar parto tipo cesaría obligatoriamente para que reducir el riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo.
4. Con el aspecto de carga viral se sugiere que las madres que con VIH positivo deben realizarse exámenes para estar en un intervalo de menos virulencia y aconsejar de no abandonar sus tratamientos antirretrovirales, en el momento de antes y durante de la gestación.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Control de la Transmisión Madre - Niño del VIH y Sífilis, MINSA Iniciativas de Políticas en Salud OPS UNICEF Proyecto Vigía Lima-Perú 2007 – 2011
2. NTS N°1 08 - MINSA/DGSP, Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis 2014: 1 - 17
3. Pun Ch.Monica Situación de la Epidemia de VIH en el Perú Dirección General de EpidemiologíaLima, 28 de Noviembre 2015
4. Berhan Z, Abebe F, Gedefaw M, Tesfa M, Assefa M, Tafere Y. Riesgo de VIH y factores asociados entre los bebés nacidos de mujeres VIH positivas en la región de Amhara, Etiopía: un estudio retrospectivo basado en las instalaciones. 2014 Dec 4; 7:876. doi: 10.1186/1756-0500-7-876.
5. Arikawa S, Rollins Y., Newell M-L., and Becquet R.. Riesgo de mortalidad y factores asociados en niños no infectados y expuestos al VIH. 2016 Jun; 21(6): 720–734.
6. Quian j.,Guitierrez S.,Picon T.,Visconti A.,Gonzales A.,Nin M.,Martin J.,Galli N.,Galeano V., Transmisión madre-hijo del VIH según quimioprofilaxis recibida, vía de nacimiento y amamantamiento. Rev. Méd. Urug. vol.18 no.3 Montevideo dic. 2002.

7. Acosta Andino, Rentería, Andino Valdés, Valdés, JL Beristain Hernández<sup>1</sup> Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH/SIDA en países en vías de desarrollo, Vol 5, Nos. 3 y 4 Julio-septiembre 2002 Octubre-diciembre 2002 Págs. 59-74
8. Wang Q., Sun DY., Fan PY., Ma YM, Nan SIH., Li N., et al. Eficacia de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en la provincia de Henan, 2002-2013 2017 Mar 10;38(3):359-363. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.03.017.
9. Martínez Hernández M.L. Pacientes embarazadas con VIH y las acciones para disminuir el riesgo de transmisión vertical en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general Toluca Dr. Nicolás san juan de enero del 2009 a septiembre del 2012.
10. Santana Azevedo ; Alves dos Prazeres; Maria Alix Leite ; Valdanha Netto, Américo Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. . Salud Colectiva, vol. 9, núm. 3, septiembre-agosto, 2013, pp. 363-371
11. Salihu HM<sup>1</sup>, Stanley KM, August EM, Weldeselasse H, Mbah AK, Whiteman VE. Curr HIV Res. La asociación entre el VIH / SIDA durante el embarazo y los parámetros de crecimiento fetal en Florida: un estudio basado en la población. 2012 Sep;10(6):539-45
12. Reyes Vega, Mary Felissa. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud - ActitudesSIDA



(Enfermedad) - Prevención – Perú El año 2005 en el año publicado 2014

13. Technau KG, Mazanderani AH, Kuhn L, Hans L, Strehlau R, Abrams EJ, Prevalencia y resultados de los desafíos de diagnóstico del VIH-1 durante las pruebas de nacimiento universales: una cohorte observacional sudafricana urbana. 2017 Aug 29; 20(Suppl 6):21761. doi: 10.7448/IAS.20.7.21761.
14. Carrizales castillo; prevalencia de neonatos perinatalmente expuestos al virus de inmunodeficiencia humana hospital nacional Hipólito inane 2010-2014,
15. Pacheco M, Charly A. Virus de Inmunodeficiencia Humana Positivo en gestantes y sus recién nacidos. Hospital Sergio E. Bernales. Comas: periodo 2000-2005. Rev. Per Obst Enf. 2007; 3(2)
16. Mere Del Castillo, Juan Francisco; Huamán Baquerizo, Harold. Gestación e infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana: experiencia en el Hospital Arzobispo Loayza. Ginecol. & obstet; 2009; 45(1):43-8
17. Méd. Mónica Pun Chinarro Grupo Técnico de TB, ITS, VIH-SIDA Situación epidemiológica de la epidemia del VIH-SIDA en el Perú al 31 diciembre del 2014. Bol. Epidemiol. (Lima) 24 (20) 400: 399 – 402
18. Carvajal A, Dapena E, Parra R, Hernández M, López M, Rojas N. Profilaxis antirretroviral en embarazadas infectadas con el VIH/ SIDA. Consenso de Expertos. Disponible en:

(<http://www.SIDAenlamujer.com/Profilaxis%20Antirretrovial%20en%20Embarazadas.pdf>)

19. Actualización técnica sobre la optimización del tratamiento uso de efavirenz durante el embarazo: una perspectiva de salud pública

20. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>

21. Torruco García U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan Vol. 59, N.o 1. Enero-Febrero 2016

22. Tobón Pereira J.C. ,Toro Montoya A.I. Estudio del paciente con infección por VIH Medicina & Laboratorio, Volumen 14, Números 1-2, 2008

23. Lapointe N. Michaud J. Pekovic D. Chausseau J. Dupuy  
Transplacental Transmission of HTLV – II virus. N. Engl J. Med 1985;  
312: 1235 – 6

## BIBLIOGRAFÍA

- Control de la Transmisión Madre - Niño del VIH y Sífilis, MINSA Iniciativas de Políticas en Salud OPS UNICEF Proyecto Vigía Lima-Perú 2007 – 2011
- NTS N°1 08 - MINSA/DGSP, Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis 2014: 1 - 17
- Pun Ch.Monica Situación de la Epidemia de VIH en el Perú Dirección General de EpidemiologíaLima, 28 de Noviembre 2015
- Berhan Z, Abebe F, Gedefaw M, Tesfa M, Assefa M, Tafere Y. Riesgo de VIH y factores asociados entre los bebés nacidos de mujeres VIH positivas en la región de Amhara, Etiopía: un estudio retrospectivo basado en las instalaciones. 2014 Dec 4; 7:876. doi: 10.1186/1756-0500-7-876.
- Arikawa S, Rollins Y., Newell M-L., and Becquet R.. Riesgo de mortalidad y factores asociados en niños no infectados y expuestos al VIH. 2016 Jun; 21(6): 720–734.
- Quian j.,Guitierrez S.,Picon T.,Visconti A.,Gonzales A.,Nin M.,Martin J.,Galli N.,Galeano V., Transmisión madre-hijo del VIH según quimioprofilaxis recibida, vía de nacimiento y amamantamiento. Rev. Méd. Urug. vol.18 no.3 Montevideo dic. 2002.

- Acosta Andino, Rentería, Andino Valdés, Valdés, JL Beristain Hernández<sup>1</sup> Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH/SIDA en países en vías de desarrollo, Vol 5, Nos. 3 y 4 Julio-septiembre 2002 Octubre-diciembre 2002 Págs. 59-74
- Wang Q., Sun DY., Fan PY., Ma YM, Nan SIH., Li N., et al. Eficacia de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en la provincia de Henan, 2002-2013 2017 Mar 10;38(3):359-363. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.03.017.
- Martínez Hernández M.L. Pacientes embarazadas con VIH y las acciones para disminuir el riesgo de transmisión vertical en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general Toluca Dr. Nicolás san juan de enero del 2009 a septiembre del 2012.
- Santana Azevedo ; Alves dos Prazeres; Maria Alix Leite ; Valdanha Netto, Américo Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. . Salud Colectiva, vol. 9, núm. 3, septiembre-agosto, 2013, pp. 363-371
- Salihu HM<sup>1</sup>, Stanley KM, August EM, Weldeselasse H, Mbah AK, Whiteman VE. Curr HIV Res. La asociación entre el VIH / SIDA durante el embarazo y los parámetros de crecimiento fetal en Florida: un estudio basado en la población. 2012 Sep;10(6):539-45
- Reyes Vega, Mary Felissa. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud - ActitudesSIDA

(Enfermedad) - Prevención – Perú El año 2005 en el año publicado 2014

- Carrizales castillo; prevalencia de neonatos perinatalmente expuestos al virus de inmunodeficiencia humana hospital nacional Hipólito inane 2010-2014,
- Pacheco M, Charly A. Virus de Inmunodeficiencia Humana Positivo en gestantes y sus recién nacidos. Hospital Sergio E. Bernales. Comas: periodo 2000-2005. Rev. Per Obst Enf.2007; 3(2)
- Mere Del Castillo, Juan Francisco; Huamán Baquerizo, Harold. Gestación e infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana: experiencia en el Hospital Arzobispo Loayza. Ginecol. & obstet; 2009; 45(1):43-8
- Méd. Mónica Pun Chinarro Grupo Técnico de TB, ITS, VIH-SIDA Situación epidemiológica de la epidemia del VIH-SIDA en el Perú al 31 diciembre del 2014. Bol. Epidemiol. (Lima) 24 (20) 400: 399 – 402
- Carvajal A, Dapena E, Parra R, Hernández M, López M, Rojas N. Profilaxis antirretroviral en embarazadas infectadas con el VIH/ SIDA. Consenso de Expertos. Disponible en: (<http://www.SIDAenlamujer.com/Profilaxis%20Antirretrovial%20en%20Embarazadas.pdf>)
- Actualización técnica sobre la optimización del tratamiento uso de efavirenz durante el embarazo: una perspectiva de salud pública

- La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana disponible en:<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>
- Torruco García U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan Vol. 59, N.o 1. Enero-Febrero 2016
- Tobón Pereira J.C. ,Toro Montoya A.I. Estudio del paciente con infección por VIH Medicina & Laboratorio, Volumen 14, Números 1-2, 2008
- Lapointe N. Michaud J. Pekovic D. Chausseau J. Dupuy  
Transplacental Transmission of HTLV – II virus. N. Engl J. Med 1985;  
312: 1235 – 6

ANEXOS

## ANEXO N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	Tipo de respuesta	ESCALA	Criterios de Medición	Instrumento
Recién nacido VIH	El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada a su recién nacido.	Cualitativa	PCR del IRN	Dicotómica	Nominal	SI NO	Información de la Historia Clínica
Edad materna	Tiempo que ha durado una ser vivo desde que empezó a existir	Cuantitativa	años		Razón	26-35	Información de la Historia Clínica
VIH pre gestacional	Si una mujerse infección con el VIH durante el embarazo, presenta riesgo de transmitir el virus al bebé.	Cualitativa	Antecedentes según HC	Dicotómica	Nominal	SI NO	Información de la Historia Clínica
lactancia	Es la alimentación con leche del seno materno.	Cualitativa	Tipo lactancia	Dicotómica	Nominal	L. Materna L. Artificial	Información de la Historia Clínica
Tratamiento	Antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus.	Cualitativa	Tratamiento antiretroviral	Dicotómica	Nominal	SI NO	Información de la Historia Clínica
Estado inmunitario	Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de salida del bebé del útero.	Cualitativa	CD4	Dicotómica	Nominal	>= 200 células/ mm <sup>3</sup> <= 200 células/ mm <sup>3</sup>	Información de la Historia Clínica
Carga viral	Es el término empleado para referirse a la cantidad de VIH en sangre	Cualitativa	Carga Viral	Dicotómica	Nominal	<= 1000 copias/100ml >= 1000 copias/100ml	Información de la Historia Clínica
Parto	Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de salida del bebé del útero.	Cualitativa	Tipo de parto	Dicotómica	Nominal	Eutócico Cesaria	Información de la Historia Clínica
Sexo	Condición que distingue entre hombre y mujer	Cualitativa	Según el genero	Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino	Información de la Historia Clínica
Procedencia	Es el origen donde vive actualmente una persona.	Cualitativa	Distrito	Poltómica	Nominal	Zapallal Ancón Carabaylo Puente piedra Los olivos	Información de la Historia Clínica
Establecimiento de salud de referencia	Edificio destinado a la atención sanitaria de la población.	Cualitativa	Centros u Hospital	Dicotómica	Nominal	CARLOS LAN FRANCO LA HOS O CENTRO SALUD	Información de la Historia Clínica



## ANEXO N° 2 INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: DETERMINAR LA PREVALENCIA DE VIH EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2014-2017.

N°HC:

1. Edad:
  
2. Lugar de procedencia
  - Zapallal
  - Ancón
  - Carabaylo
  - Puente piedra
  - Los olivos
  
3. Establecimiento de salud
  - Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
  - Centro de Salud
  
4. Tratamiento Antirretroviral
  - Si
  - No
  
5. VIH positivo RN
  - Negativo
  - Positivo
  
6. Tipo de parto
  - Eutócico
  - Cesárea
  
7. Carga Viral
  - $\leq 1000$  copias/100ml
  - $> 1000$  copias/100m
  
8. CD4
  - $\geq 200$  células/ mm<sup>3</sup>
  - $< 200$  células/ mm<sup>3</sup>
  
9. Tipo de lactancia
  - Artificial
  - Materno

ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide "Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017"

N°	Variables	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Recién nacidos	✓		✓		✓		
2	Tipo de lactancia	✓		✓		✓		
3	Tratamiento antirretroviral	✓		✓		✓		
4	Estado inmunitario de la madre	✓		✓		✓		
5	Carga viral de la madre	✓		✓		✓		
6	Tipo de parto	✓		✓		✓		
7	Edad materna	✓		✓		✓		
8	Procedencia	✓		✓		✓		
9	Establecimiento de Salud	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay

suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [✓]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: ..... Gutara Vilchez Rosa Bertha  
 DNI: 09307465

Especialidad del validador: ..... Ginecologista y Metodologo

23 de 01 del 2018

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 Dra. Rosa Bertha Gutara Vilchez  
 Firma del Experto Informante.  
 C.M.P. 23786 - R.N.E. 11437

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide "Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017"

Nº	Variables	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Recién nacidos	✓		✓		✓		
2	Tipo de lactancia	✓		✓		✓		
3	Tratamiento antirretroviral	✓		✓		✓		
4	Estado inmunitario de la madre	✓		✓		✓		
5	Carga viral de la madre	✓		✓		✓		
6	Tipo de parto	✓		✓		✓		
7	Edad materna	✓		✓		✓		
8	Procedencia	✓		✓		✓		
9	Establecimiento de Salud	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay

suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [✓]   Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Hidalgo Tacuche Carmen  
 DNI: 41453655

Especialidad del validador: Infectólogo Tropicalista

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

20 de 01 del 2018  
 Carmen Hidalgo Tacuche  
 MEDICO INFECTOLOGO TROPICALISTA  
 C.M.P. 54117-RNE-006003

Firma del Experto Informante.

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide "Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017"

Nº	Variables	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Recién nacidos	✓		✓		✓		
2	Tipo de lactancia	✓		✓		✓		
3	Tratamiento antirretroviral	✓		✓		✓		
4	Estado inmunitario de la madre	✓		✓		✓		
5	Carga viral de la madre	✓		✓		✓		
6	Tipo de parto	✓		✓		✓		
7	Edad materna	✓		✓		✓		
8	Procedencia	✓		✓		✓		
9	Establecimiento de Salud	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay

suficiencia):

*Si hay suficiencia*

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [✓]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

*Aquino Dolores Sosa*

DNI: *07498001*

Especialidad del validador:

*Estadístico*

.....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*31* de *01* del 2018

*Sara Aquino Dolores*  
ESTADÍSTICO  
COESPE-023

Firma del Experto Informante.

ANEXO N° 4 CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – ESTUDIO PILOTO

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>¿Conocer las características de las madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de lactancia?</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Determinar la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>Conocer las características de las madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017.</p> <p>Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de lactancia</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Por ser un estudio descriptivo, no se formula hipótesis</p> <p><b>Específicas:</b></p> <p>Por ser un estudio descriptivo, no se formula hipótesis</p>	<p><b>Variables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacidos con VIH positivas</li> </ul> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>PCR del RN</p> <p><b>Lactancia</b></p> <p>Indicador:</p> <p>Tipo de lactancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L. Artificial</li> <li>• L. Materna</li> </ul> <p><b>Tratamiento</b></p> <p>Indicador:</p> <p>Tratamiento retroviral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si(recibió)</li> <li>• No(recibió)</li> </ul> <p><b>Estado inmunitario de la madre</b></p>

<p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tratamiento antirretroviral?</p>	<p>Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según tratamiento antirretroviral.</p>		<p>Indicador: CD4:  &gt;=a 200 células/ mm<sup>3</sup>  &lt;=a 200 células/ mm<sup>3</sup></p>
<p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según Estado inmunitario de la madre?</p>	<p>Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 según Estado inmunitario de la madre.</p>		<p><b>Carga viral de la madre</b> Indicador: Carga viral:  &lt;=1000 copias/100ml  &gt;=1000 copias/100ml</p>
<p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 según Carga viral de la madre?</p>	<p>Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 según Carga viral de la madre.</p>		<p><b>Parto</b> Indicador: Tipo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eutócico</li> <li>• Cesaria</li> </ul>
<p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de parto?</p>	<p>Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 según tipo de parto.</p>		<p><b>Características maternas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad materna</li> </ul>

<p>¿Cuál es la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 según características de la madre del RN?</p>	<p>periodo 2014-2017 según tipo de parto.</p> <p>Calcular la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 según características de la madre del RN.</p>		<p>Indicador: según su edad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Procedencia</b></li> </ul> <p>Indicador: Distritos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Establecimiento de salud</b></li> </ul> <p>Indicador: Centros u Hospital</p>
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>- Nivel: Clínico</p> <p>- Tipo de Investigación: Cuantitativo y Observacional</p> <p>- Alcance: descriptivo</p>	<p><b>Población:</b> De madres con VIH positivo atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017</p> <p><b>N =:</b> 77</p> <p><b>Muestra:</b> muestreo no probabilístico por conveniencia</p>	<p><b>Técnica:</b></p> <p>Para la elaboración de este trabajo, se solicitó la autorización donde se coordinó con la jefatura del servicio de Infectología, el consultorio de estadística y área de archivos para empezar la búsqueda de datos. Se acudió al registro de estadísticas para recoger los datos de las pacientes gestantes con VIH positivo e hijos que fueron atendidas en el área de PROCETSS en todo el año 2014-17.</p>	

<p>- Diseño: transversal y retrospectivo</p>	<p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De madres con VIH positivo atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017.</li> </ul> <p><b>Criterio exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que no presentan historias clínicas completas</li> <li>• Pacientes cuyas historias clínicas no sea accesibles.</li> </ul>	<p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Se identifican las historias clínicas de todas las gestantes donde el servicio maneja un libro llamado "Libro de Registro de Atención y seguimiento VIH/Sifilis". Entonces con los datos obtenidos se recogieron los datos pertinentes que corresponden a las variables en estudio las cuales se incorporan en la ficha de recolección de datos. Se continúa con el llenado de la ficha de datos hasta completar la muestra de estudio.</p>
--	---	--



ANEXO N°5: SOLICITUD PARA LEVANTAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS PRESENTADO AL HOSPITAL CARLOS LAFRANCO LA HOZ

Puente Piedra 02 de Febrero del 2018



DR NICOLAS GARATE LEÓN -COORNIDOR ACADÉMICO UPSJB-HCLLH

DR JAVIER TSUKAZAN KOBASHIKAWA –JEFE DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

ASUNTO: Solicitud autorización levantamiento de información, archivó y base de datos

Tengo agrado dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez infórmele que soy egresado de la UPSJB, Bachiller en Medicina Humana por lo que solicito su autorización para la revisión de historia clínicas, levantamiento información, archivo y base de datos por medios físicos y electrónicos que me ayudara en el proceso de estudio de investigación titulado "Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017 "

Esperando su valiosa consideración por la solicitud, por las razones expuestas, me suscribo de usted.

ATTE

  
\_\_\_\_\_  
Rubén Severiano Palomín

DNI: 46659419

# ANEXO N° 6 OFICIO PRESENTADO POR EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ



"Año del diálogo y la reconciliación"

Puente Piedra 09 de Febrero del 2018

**OFICIO N° 003-02/18- UADI-HCLLH/S.A**

Señor

Ing. Carlos Flores Ormeño

Jefe de la oficina de Grados y Títulos

ASUNTO: \_Facilidades para realizar Proyecto de tesis

**Presente.-**

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informarle sobre lo solicitado; que se le brindará todas las facilidades correspondientes para el proyecto de Tesis titulado "Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014 al 2017" presentado por el Sr. Rubén Severiano, Palomino Huamán, egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista.

Sin otro particular, me despido de Ud. expresándole los sentimientos de mi mayor aprecio y estima personal.

PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
Daris Angulo Secerra  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

PERU MINISTERIO DE SALUD  
Dr. Nicolas Gayate Leon  
COORDINADOR ACADÉMICO OPS/UNCLH  
CMP 29151 - RNE 16911

www.hospitalpuentepiedra.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cd/  
Puente Piedra, Lima  
T(511) 548-1799

