

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**COMPLICACIONES EN GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS DE  
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA QUE RECIBEN TARGA EN EL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL  
CALLAO EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**LAZO CARDENAS ANGELO ALFREDO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

**ASESOR:**

**DR. ANGULO REYES, ROY MARTIN**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, a mis padres, mi familia y todas las personas que contribuyeron en mi formación profesional.

## **DEDICATORIA**

A mi familia, a mis padres, amistades por su constante apoyo y a mi hija por ser el motivo de progreso para mi formación profesional.

## RESUMEN

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del VIH – SIDA que recibe TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao.

**MATERIAL Y MÉTODO:** En la presente tesis es de tipo retrospectivo porque se utiliza datos recolectados en historias clínicas y transversal porque estudia las variables en un determinado intervalo de tiempo.

**RESULTADOS:** Existen las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao. Se han observado cifras bajas respecto a los antecedentes de parto pretérmino ya que solo el 33.33% lo presentaron y un 25.64% presentaron amenaza de parto pretermino, ambos diagnósticos no han quedado directamente asociado a otros procesos infecciones con el virus de inmunodeficiencia humana.

**Palabras clave:** *Complicaciones, gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia.*

## **ABSTRACT**

**GENERAL OBJECTIVE:** To know what are the complications in pregnant patients carrying the HIV - AIDS virus that receives HAART at the San José del Callao Hospital.

**MATERIAL AND METHOD:** In this thesis is retrospective because it uses data collected in clinical histories, and cross-sectional because it studies the variables in a certain interval of time.

**RESULTS:** There are complications in pregnant patients carrying the HIV - AIDS virus in HAART to be performed at the San José del Callao Hospital. Low figures have been observed regarding the history of preterm birth, since only 33.33% had it and 25.64% presented a threat of preterm birth, both diagnoses have not been directly associated to other processes with the human immunodeficiency virus.

**Key words:** *Complications, pregnant women with HIV.*

## INTRODUCCIÓN

Todas las mujeres embarazadas con VIH deben tomar medicamentos contra el VIH durante el embarazo para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. (La transmisión del VIH de madre a hijo también se conoce como transmisión perinatal del VIH). Los medicamentos contra el VIH funcionan al prevenir que el VIH se multiplique, lo que reduce la cantidad de VIH en el cuerpo (también llamada carga viral). Una baja carga viral durante el embarazo reduce las posibilidades de que el VIH pase de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Para una mayor comprensión del presente trabajo, se dividió en cinco capítulos:

En el I capítulo, se realiza la identificación y formulación del problema, en el cual se describe las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que recibe TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao.

En el II capítulo, se desarrolla el marco teórico, iniciando con los antecedentes los cuales nos muestran desarrollos de otros estudios investigados enfatizando las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que recibe.

En el III capítulo, se desarrolla la parte de materiales y métodos. Para lo cual en la presente investigación se realizó un estudio básico, de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo y diseño observacional.

En el IV capítulo se concluye los resultados para posteriormente analizar las conclusiones y recomendaciones.

Y por último en el V capítulo son las conclusiones y recomendaciones respectivas.

## ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiv
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICOS	5
1.7 PROPÓSITO	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2 BASE TEÓRICA	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL	25



2.4 HIPÓTESIS	27
2.5 VARIABLES	27
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	28
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	29
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	29
3.2.1 POBLACIÓN	29
3.2.2 MUESTRA	29
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1 RESULTADOS	33
4.2 DISCUSIÓN	47
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 CONCLUSIONES	49
5.2 RECOMENDACIONES	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	52
<b>ANEXOS</b>	61

## LISTA DE TABLAS

	PAG.
<b>TABLA N°1:</b> EDAD EN GESTANTES EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	33
<b>TABLA N°2:</b> NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	34
<b>TABLA N°3:</b> ESTADO CIVIL EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	35
<b>TABLA N°4:</b> PARIDAD EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	36
<b>TABLA N°5:</b> NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	37
<b>TABLA N°6:</b> ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	38
<b>TABLA N°7:</b> AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	39
<b>TABLA N°8:</b> ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	40

**TABLA N°9:** ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

41

**TABLA N°10:** TIPO DE ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

42

**TABLA N°11:** TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

43

**TABLA N°12:** TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

44

**TABLA N°13:** INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

45

**TABLA N°14:** RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

46

## LISTA DE GRÁFICOS

	PAG.
<b>GRÁFICO N°1:</b> EDAD EN GESTANTES EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	33
<b>GRÁFICO N°2:</b> NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	34
<b>GRÁFICO N°3:</b> ESTADO CIVIL EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	35
<b>GRÁFICO N°4:</b> PARIDAD EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	36
<b>GRÁFICO N°5:</b> NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	37
<b>GRÁFICO N°6:</b> ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	38
<b>GRÁFICO N°7:</b> AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	39
<b>GRÁFICO N°8:</b> ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018	40

**GRÁFICO N°9:** ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

41

**GRÁFICO N°10:** TIPO DE ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

42

**GRÁFICO N°11:** TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

43

**GRÁFICO N°12:** TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

44

**GRÁFICO N°13:** INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

45

**GRÁFICO N°14:** RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

46

## LISTA DE ANEXOS

	<b>PAG.</b>
<b>ANEXO N°01:</b> OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	62
<b>ANEXO N°02:</b> INSTRUMENTO	63
<b>ANEXO N°03:</b> VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS	65
<b>ANEXO N°04:</b> MATRIZ DE CONSISTENCIA	68

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

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

Muchas mujeres embarazadas que se sabe que están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ya estarán tomando terapia antirretroviral (TAR). Para las mujeres que no han recibido tratamiento previo, el inicio más temprano de la terapia antirretroviral se asocia con una mayor probabilidad de supresión viral en el momento del parto y un menor riesgo de transmisión.<sup>1-3</sup>

Para las mujeres embarazadas que aún no están en tratamiento antirretroviral, la tasa de control virológico después del inicio del TAR parece ser similar a la de las mujeres no embarazadas. Como ejemplo, en un estudio de 519 mujeres embarazadas que no habían recibido tratamiento y habían iniciado el tratamiento antirretroviral, el 93 por ciento había alcanzado un nivel viral de VIH <400 copias / ml al tercer mes de tratamiento. Los datos disponibles sugieren, además, que el inicio más temprano de ART se asocia con una mayor probabilidad de supresión viral en el momento del parto. En una cohorte de 671 mujeres embarazadas sin tratamiento previo en Estados Unidos que iniciaron TAR durante el embarazo, una carga viral detectable (> 400 copias / ml) en el parto se documentó en el 13 por ciento y se asoció con la iniciación de antirretrovirales en una edad gestacional posterior. Veinticuatro por ciento de las mujeres que iniciaron el régimen durante el tercer trimestre tenían una carga viral detectable.<sup>4-5</sup>

En consecuencia, el inicio temprano del TARV se asocia con un menor riesgo de transmisión perinatal. Un estudio de 8075 mujeres que recibieron ART antes del parto en Francia entre 2000 y 2011 encontró una tasa general de transmisión de 0.7 por ciento; no se produjo

transmisión entre 2651 bebés nacidos de mujeres que recibieron ART antes de la concepción, continuaron el TAR durante todo el embarazo y tuvieron una carga viral <50 copias / ml en el momento del parto. Independientemente de la carga viral, la tasa de transmisión aumentó del 0,2 por ciento para las mujeres que recibieron TAR antes de la concepción a 0,4, 0,9 y 2,2 por ciento para las mujeres que iniciaron TAR en el primer, segundo o tercer trimestre.<sup>6</sup>

Algunas mujeres pueden preferir retrasar el TAR hasta después de la finalización del primer trimestre, cuando el feto es menos susceptible a los posibles efectos teratogénicos de los medicamentos. Sin embargo, la iniciación tardía de TAR puede ser menos efectiva para reducir la transmisión del VIH en el útero. Además, si el TAR se retrasa más allá de las 28 semanas de gestación, es posible que el ARN del VIH no se suprima por completo al momento del parto, lo que puede aumentar el riesgo de transmisión perinatal.<sup>6-7</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. GENERAL**

¿Cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA, atendidas en el Hospital San José del Callao desde enero a diciembre del 2018?

### **1.2.2. ESPECÍFICOS**

- ¿Es la infección del tracto urinario una complicación en las gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?



- ¿Es la preeclampsia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?
- ¿Es el parto pretermino una complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?
- ¿Es la anemia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Como se sabe, la muerte materna es un indicador importante que evidencia la salud pública en el país, dentro de este contexto las gestantes portadoras del VIH denotan un gran riesgo para ellas mismas dentro de la situación de la gestación y también para el futuro recién nacido.

Las diversas complicaciones que derivan de la patología subyacente a su gestación, repercuten de una manera directa al gasto público en salud, por el tiempo de hospitalización, los recursos humanos que conlleva el monitoreo de dichos pacientes, etc.

Por lo dicho anteriormente, se tiene la imperiosa necesidad de contar con investigaciones que describa las diversas patologías relacionado con el VIH en la gestación, para poder con ello tener un mayor control y así evitar futuros decesos tanto de la madre con del recién nacido .<sup>8-</sup>

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

##### **DELIMITACION ESPACIAL**

El desarrollo de la investigación se llevará a cabo en el Servicio de gineco – obstetricia en el Hospital San José del Callao

##### **DELIMITACION TEMPORAL**

El desarrollo de la investigación comprenderá las atenciones realizadas durante el periodo enero – diciembre 2018.

##### **DELIMITACION SOCIAL**

El desarrollo de la investigación se llevará a cabo a partir de la información obtenida de las gestantes que reciben TARGA que acudan al servicio de gineco – obstetricia con una muestra de 78 pacientes.

##### **DELIMITACION CONCEPTUAL**

El desarrollo de la investigación se llegará a determinar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el servicio de gineco – obstetricia en el Hospital San José del Callao.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **RECURSOS HUMANOS**

El investigador llegara a realizar las pruebas dentro del Hospital San José del Callao

## **HISTORIAS CLÍNICAS**

Datos de las Historias Clínicas incompletos, así como Historias Clínicas que no fueron encontradas para la recolección de información.

## **RECURSOS MATERIALES**

Todo material será usado y conseguido por el investigador.

## **TIEMPO**

Se tendrá en cuenta el tiempo para la recolección de información viéndose influenciado por la disponibilidad de historias clínicas y del personal que labora en la institución hospitalaria.

## **PERMISOS**

Los programas estadísticos serán adquiridos en la Universidad Privada San Juan Bautista, como también la obtención de datos de pacientes con VIH garantizando confidencialidad de la información en nuestra institución hospitalaria.

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.6.1. GENERAL**

Conocer cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA atendidas en el Hospital San José del Callao.

### **1.6.2. ESPECÍFICOS**

- Identificar la infección del tracto urinario como complicación en gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao

- Identificar la preeclampsia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao
- Identificar el parto pretermino como complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao
- Identificar la anemia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao

#### **1.7. PROPÓSITO**

La presente investigación tiene como propósito conocer las complicaciones más relevantes en gestantes portadoras de VIH que reciben TARGA.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

##### **Mark H. Yudin et al, 2016. Revisión de diez años de complicaciones prenatales y resultados de embarazo entre mujeres embarazadas VIH-positivas”**

Los autores concluyen que “Se identificaron ciento cuarenta y dos embarazos únicos durante el período de estudio. Casi el 95% de las mujeres estaban tomando terapia antirretroviral combinada durante el embarazo, y más del 90% tenían cargas virales de menos de 1000 copias / ml en el momento del parto. La presencia de coinfecciones fue baja. Cuarenta y una mujeres (29%) tenían otras comorbilidades médicas. La detección genética se produjo en 104 embarazos (73%); 4% fueron pantallas anormales. Las tasas de hipertensión, diabetes gestacional y restricción del crecimiento fetal fueron bajas. Treinta y dos por ciento de las mujeres fueron colonizadas con estreptococos del grupo B.”

De la misma manera el autor refiere que “Este estudio fortalece el argumento de que se pueden lograr buenos resultados para las mujeres embarazadas VIH-positivas con buen acceso a la atención prenatal y al VIH, y un manejo adecuado. Las mujeres con VIH deben ser tratadas de manera óptima antes y durante el embarazo para maximizar la probabilidad de buenos resultados en el embarazo.” <sup>11</sup>

**Marcia Polansky et al, 2017. “Planificación, tiempo, felicidad y síntomas depresivos del embarazo entre mujeres de bajos ingresos que viven con y sin VIH”.**

El estudio concluyó que “Resultados: Las mujeres que sentían que el embarazo era demasiado pronto estaban menos felices de estarlo ( $p < 0.01$ ). Los síntomas depresivos prenatales se asociaron inversamente con la felicidad al estar embarazada y completar la escuela secundaria ( $p < 0,001$  para ambos). Los profesionales de la salud necesitan proporcionar asesoramiento reproductivo y la salud mental para la depresión prenatal debe explorar los sentimientos acerca de estar embarazada y ser madre.”<sup>12</sup>

**V. N. Khuu, 2016. “Factores asociados con la recepción de pruebas tardías de VIH entre mujeres que prestan servicios en el Hospital Hung Vuong, Ciudad Ho Chi Minh. Vietnam”**

El autor concluyó que “Las pruebas de VIH durante el embarazo facilitan el tratamiento antirretroviral oportuno para las mujeres VIH positivas. Este estudio identifica los motivos de las pruebas tardías de VIH entre mujeres embarazadas que dan a luz en un hospital de la ciudad de Ho Chi Minh. Llevamos a cabo un estudio de casos y controles en el que 160 casos fueron mujeres que se sometieron a la prueba de VIH tardíamente (es decir, en el trabajo de parto y el parto) y 160 controles fueron mujeres que se examinaron durante la atención prenatal (ANC). En el análisis de regresión logística multivariable, se asociaron seis variables con pruebas tardías de VIH: edad inferior a 30 años, nueve años o menos de educación, trabajo como ama de casa o trabajador / agricultor, viviendo a 20 km o más del hospital, recibiendo

ANC en una clínica / hospital privado solamente, y no cree que las pruebas de VIH sean importantes durante el embarazo”.<sup>14</sup>

**Geetha Shivamurthy et al. 2017. “Un estudio prospectivo del resultado obstétrico y del recién nacido en mujeres embarazadas afectadas por el VIH -SIDA”.**

En la India, se ve la prevalencia del VIH en mujeres en edad fértil donde ya el riesgo de mortalidad por morbilidad materna y neonatal es alto. Hay necesidad de investigar la asociación entre la infección materna por VIH y los resultados adversos del embarazo por lo que la enfermedad es mejor dirección.

El estudio concluyó que “La infección por VIH se asocia con una mayor incidencia de obstetricia adversa y el resultado del recién nacido tiene una relación inversa con el recuento de CD4.”<sup>15</sup>

**Monique L. Mounce et al. 2017. “Un análisis de cohorte retrospectivo de un solo centro de los resultados maternos e infantiles en madres infectadas por VIH tratadas con inhibidores de la integrasa durante el embarazo”.**

El estudio concluyó que “No se encontraron diferencias en la eficacia o la seguridad entre los pacientes tratados con INSTI en comparación con los IP. Este estudio respalda la investigación adicional del uso de INSTI durante el embarazo para reducir la transmisión del VIH.”<sup>16</sup>

**Inka Aho et al. 2018. “La mayoría de las mujeres que viven con el VIH pueden tener un parto vaginal: datos nacionales de Finlandia 1993-2013”. Finlandia.**

El autor concluyó que “La mayoría de WLWH puede lograr un buen control virológico y administrarse por vía vaginal. Esto los ayudará a mantener su futuro potencial para tener hijos y a reducir la morbilidad relacionada con el CS.” <sup>17</sup>

**Romina Tejada et. al. 2015 “Asociación entre el estado de infección por VIH y complicaciones infecciosas” Perú**

El estudio concluyó que “Existe una gran incidencia de complicaciones de carácter infeccioso en mujeres con diagnóstico de VIH 14%, pero además se encontró en el estudio que no existe una asociación significativa entre el estado de infección por el VIH y la presencia de CI, Se evidenció en el estudio que las complicaciones en dichas gestantes se encuentran relacionado con otro tipo de complicaciones tales como anemia leve, y uso de cierto antirretrovirales.” <sup>18</sup>

**Romina Tejada Caminiti et. al. 2016 “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, parto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú “**

El estudio concluyó que “ Existe una diferencia significativa entre las gestantes que se encuentran en el esquema TARGA ( los autores refieren 11% presento más complicaciones )” <sup>18</sup>



## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **EPIDEMIOLOGÍA**

A nivel mundial, las mujeres representan aproximadamente la mitad de la población infectada por el VIH. Esto refleja la demografía en el África subsahariana, donde vive la mayoría de las personas con VIH y donde la exposición heterosexual es el principal modo de transmisión. En otras partes del mundo, como Estados Unidos y Europa Occidental, la transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es la ruta más común, y las mujeres constituyen una proporción menor de la población infectada por el VIH. <sup>19</sup>

Como ejemplo, en los Estados Unidos, las mujeres constituyeron el 19 por ciento de los casi 40,000 nuevos diagnósticos de VIH y el 24 por ciento de los aproximadamente 18,000 diagnósticos de SIDA en 2016. Desde los informes iniciales del VIH en mujeres en los Estados Unidos, las mujeres de poblaciones minoritarias se han visto afectadas desproporcionadamente. Entre todas las mujeres que recibieron un diagnóstico de VIH en 2016, el 61 por ciento eran afroamericanas, el 19 por ciento eran blancas y el 16 por ciento eran hispanas / latinas. Sin embargo, estas tasas representan una disminución en el diagnóstico de VIH entre las mujeres en comparación con los últimos años. Los diagnósticos disminuyeron en un 20 por ciento entre las mujeres afroamericanas, en un 14 por ciento entre las mujeres hispanas / latinas, y se mantuvieron estables entre las mujeres blancas. <sup>20</sup>

Cada vez más mujeres adquieren el VIH a través del uso de drogas inyectables. En todo el mundo, ha habido un aumento del 33 por ciento en el VIH adquirido a través del uso de drogas inyectables de 2011 a 2015.

En los Estados Unidos, la proporción de mujeres que adquieren el VIH a través del uso de drogas inyectables es comparable con la de los hombres. Sin embargo, las rutas de transmisión prevalentes difieren según la raza. Por ejemplo, mientras que el 92 por ciento de las mujeres afroamericanas en los Estados Unidos adquieren el VIH a través del sexo, solo el 68 por ciento de las mujeres blancas lo hacen. <sup>21</sup>

Se carece de datos precisos sobre la carga del VIH entre las mujeres transgénero en todo el mundo. En un metaanálisis de estudios realizados en los Estados Unidos y en países de Asia, América Latina y Europa entre 2000 y 2011, la prevalencia combinada del VIH entre 11.066 mujeres transgénero en todo el mundo fue del 19,1 por ciento. Las probabilidades de infección por el VIH entre las mujeres transgénero eran 48 veces más altas que entre los adultos en edad reproductiva en esos países y no diferían entre los entornos de ingresos bajos a medianos y de altos ingresos. Del mismo modo, el VIH afecta desproporcionadamente a las mujeres transgénero en los Estados Unidos, donde se estima que el 22 por ciento de las mujeres transgénero tienen infección por VIH. Las mujeres transgénero afroamericanas tienen tres veces más probabilidades que las mujeres transexuales blancas de tener infección por VIH, con una prevalencia estimada del 56 por ciento. <sup>21</sup>

## **GESTANTES CON VIH**

En mujeres embarazadas, la selección del régimen antirretroviral debe tener en cuenta el perfil de resistencia del virus, la seguridad y eficacia de los medicamentos en la madre y el feto, la conveniencia y el potencial de adherencia del régimen, la posibilidad de interacciones medicamentosas con otros medicamentos y datos farmacocinéticos en el embarazo. Para las mujeres que inician terapia antirretroviral (TAR) durante el embarazo,

la selección del régimen es similar a la de los pacientes no gestantes, con la excepción de que ciertos agentes que son preferidos en la población general infectada con VIH (como dolutegravir, elvitegravir y tenofovir alafenamida) no preferido en el embarazo debido a experiencia clínica limitada y / ofalta de datos farmacocinéticos para informar la dosificación apropiada durante el embarazo. Las mujeres con experiencia en el tratamiento con un régimen antirretroviral supresor generalmente pueden continuarlo incluso si los agentes no son específicamente preferidos durante el embarazo, a menos que el régimen contenga elvitegravir-cobicistat, estavudina , didanosina o dosis completa. Ritonavir. <sup>19-20</sup>

Tanto para las mujeres que nunca han recibido tratamiento como para las mujeres con experiencia en el tratamiento, es importante tener en cuenta que los cambios farmacocinéticos en el embarazo pueden requerir una mayor dosificación, una dosificación más frecuente o el refuerzo de ciertos medicamentos, especialmente los inhibidores de la proteasa.<sup>21</sup>

La eficacia virológica e inmunológica a largo plazo de los fármacos antirretrovirales en la mujer embarazada infectada por el VIH no se ha evaluado en ensayos clínicos aleatorizados, y se dispone de pocos datos comparativos sobre los agentes más eficaces para su uso. La mayoría de los datos disponibles están enfocados en la seguridad y eficacia de los medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del bebé, en contraposición a la eficacia de estos medicamentos para el tratamiento del VIH en mujeres embarazadas.<sup>22-23</sup>

## **FACTORES DE RIESGO PARA LA ADQUISICIÓN DEL VIH**

Factores de riesgo sexuales: el contacto heterosexual es el factor de riesgo reportado más común para las mujeres, ya que han superado el uso de drogas inyectables. Varios factores de riesgo para la adquisición se comparten entre hombres y mujeres, incluida la presencia de infecciones ulcerosas de transmisión sexual, mayores cargas virales y relaciones sexuales sin protección.<sup>36</sup>

Se ha propuesto que durante el ciclo menstrual normal, hay un período de aproximadamente 7 a 10 días cuando la inmunidad innata, humoral y mediada por células son suprimidas por estradiol y / o progesterona, lo que aumenta el potencial de adquisición de VIH por parte de las mujeres; esta hipótesis requiere una mayor exploración. Sin embargo, incluso si esto puede representar un período de mayor riesgo, los esfuerzos de prevención primaria para las mujeres deben continuar enfatizando la necesidad de una adherencia consistente a las prácticas sexuales más seguras, independientemente del momento en el ciclo menstrual.<sup>37-38</sup>

Riesgo asociado con la anticoncepción: algunos estudios han expresado preocupación porque ciertos métodos anticonceptivos hormonales, particularmente el acetato de medroxiprogesterona de depósito (DPMA), están asociados con un mayor riesgo de adquisición del VIH, aunque los datos son mixtos y la disminución del uso del condón entre mujeres que usan anticoncepción hormonal puede tener sido un posible factor de confusión. Los datos siguen siendo demasiado inciertos como para justificar la limitación de ciertos métodos anticonceptivos a las mujeres en riesgo de infección por el VIH. Sin embargo, a las mujeres en situación de riesgo siempre se les debe recomendar el uso de condones,

independientemente de otro uso de anticonceptivos, para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.<sup>38</sup>

En varias revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios que evaluaron el riesgo del VIH con el uso de anticonceptivos y también explicaron el uso del condón, no hubo una asociación evidente entre la infección por VIH y la anticoncepción oral, pero un riesgo aparentemente aparente de adquirir el VIH con DPMA. Las diferencias entre los estudios incluidos en el ajuste para otros posibles factores de confusión, incluida la conducta sexual, limitan la interpretación de estos resultados.

La anticoncepción intrauterina no parece aumentar el riesgo de contraer el VIH en los usuarios de otros anticonceptivos. Tanto el DIU de levonorgestrel como el de cobre parecen disminuir las poblaciones de células diana del VIH en el tracto genital femenino y, por lo tanto, pueden disminuir el riesgo de contraer el VIH. Para las mujeres en riesgo de infección por VIH que también corren el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual (ITS), un anticonceptivo que contenga progestina, incluido un DIU de levonorgestrel, puede ser preferible debido a la protección contra las infecciones ascendentes.<sup>39</sup>

Prevención de la infección por VIH : las posibles intervenciones para reducir el riesgo de adquirir VIH incluyen la profilaxis posterior a la exposición (PEP) después de una exposición de alto riesgo al VIH y la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para mujeres con alto riesgo continuo de infección por VIH (como aquellos en relaciones sexuales discordantes, trabajadoras sexuales). Es de destacar que los estudios que evalúan la eficacia de la PrEP oral en mujeres han tenido resultados mixtos. Estos problemas se discuten en detalle en otra parte.<sup>40</sup>

## **COMPLICACIONES EN GESTANTE CON VIH**

El aborto espontáneo se encuentra dentro de las complicaciones de las gestantes portadoras del VIH, se puede mencionar el riesgo a padecer aborto espontáneo, como se sabe la mayor incidencia de abortos en gestantes portadoras con VIH está íntimamente relacionado con la transmisión vertical MF. El aborto espontáneo o también llamado aborto natural es definido como la pérdida del embrión o feto dependiendo de las semanas, por alguna causa no provocada por un agente externo. El término antes mencionado es definido si y solo si se da antes de las 20 semanas.

A su vez, el aborto espontáneo podría ser retenido, eso es cuando no hay ningún tipo de eliminación, o completo cuando es eliminado todo el producto completamente.

Dentro de las causas más relevantes se puede mencionar la muerte fetal debido a anomalías cromosómica entre todas ellas las trisomías autosómicas del feto. Además, las enfermedades (VIH- SIDA, mal de Chagas, Toxoplasmosis, brucelosis, etc.), seguida por las enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis, traumatismo graves).

Para este caso en especial, la gestante con VIH puede disminuir si se realiza una atención por parte de la madre y una vigilancia médica adecuada. Además, el riesgo asociado a patologías sistémicas se combate tratándolas antes eventual gestación.

La anemia según el MINSA (Ministerio de Salud del Perú), estima que la mitad de las mujeres en etapa fértil presenta diagnóstico de anemia. En los reportes de los últimos años refiere que 6 de cada 10 mujeres anemia.

En este caso en especial, se puede mencionar estudios que refiere la asociación de dicha patología con el uso de Zidovudina (AZT), por lo que se sugiere hacer pruebas periódicas, además se debe recordar que a pesar de uso de este fármaco la Zidovudina (AZT) haya producido anemia en la gestante, el uso del intraparto es obligatorio.

Por otro lado, la Zidovudina (AZT) por la Estavudina (D4T), el día de la cesárea electiva no se debe usar la dosis de la mañana de Estavudina por el antagonismo con la Zidovudina.

Por lo tanto, las gestante que tengan un tratamiento antirretroviral y diagnóstico con anemia grave ( $Hb < 7$  g/dl) deberá modificar su esquema excluyendo con la Zidovudina (AZT) e iniciar tratamiento de la anemia. Según los esquemas actuales, las opcionales son Abacavir (ABC) y Didanosina (ddi).

Los esquemas profilácticos que contienen AZT sólo deberán iniciarse después de haber corregido la anemia grave ( $Hb > 7$  g/dl).<sup>24</sup>

La amenaza de parto prematuro (APP) para este caso en especial, las gestantes el VIH, diversos estudios se encuentra una asociación entre el parto pretermino y la misma infección por el VIH. Lamentablemente los mecanismos y las diversas causas de la prematuridad en la infección por VIH y eso lamentablemente no se pueden garantizar la diferencia de prematuridad.

El riesgo de parto pretermino (APP) es que se dé antes de las 37 ss. El diagnóstico está basado por la contracción uterina y la aparición de cambios cervicales. Además, la infección por SIDA produce un deterioro del estado inmunológico o por el uso de TARGA en mujeres con esquemas definidos tanto ante y durante el embarazo.

Se recomienda que se realice un control prenatal adecuado en gestantes con VIH, se debe realizar un screening de las diversas infecciones ginecológica, dado el mayor riesgo de APP.

Por otro lado, cuando se dan contracciones regulares, se recomienda la administración junto con el tratamiento tocolítico, de Zidovudina (AZT) EV 2mg/kg en la primera hora, 1mg/kg hasta que cede la dinámica.

La rotura prematura de membranas (RPM) es definida por la pérdida de la integridad de las diversas membranas ovulares que se da antes del comienzo del parto, con la perdida posterior del líquido amniótico.

Se sabe que cuando la gestante TARGA, estudios refieren que existe una relación entre la duración de la rotura y transmisión vertical (TV), el riesgo de dicha transmisión se incrementa 2% por cada hora que la bola rota en gestante con menos de 24 horas después dela rotura.

Cuando se dé un diagnóstico de Rotura Prematura de Membranas en gestantes con VIH las recomendaciones se da dependiendo de las semanas de gestación.



Menos de 26 semanas: para estas semanas se recomienda al tratamiento conservador, toda gestante debe seguir recibiendo TARGA y debe tener un adecuado control prenatal.

26 y 30 semanas: debe considerarse el estado materno y fetal, y la cantidad de concentración viral de la madre.

30 y 34 semanas: se recomienda finalizar a la gestación.

## **ENFOQUE TRATAMIENTO PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS**

La selección de un régimen que será activo contra el virus del paciente en función del perfil de resistencia es el objetivo principal. Dentro de esa restricción, generalmente favorecemos un régimen que consta de una doble cadena troncal de ITIN con un inhibidor de proteasa o un inhibidor de integrasa como tercer fármaco, utilizando agentes con un historial documentado de seguridad en el embarazo. Otros factores que informan la selección del régimen son los factores del paciente, como el potencial de adherencia, la tolerabilidad, otras comorbilidades y los datos farmacocinéticos en el embarazo. Algunos de los regímenes preferidos en adultos no gestantes carecen de datos sobre la farmacocinética durante el embarazo; por lo tanto, los regímenes preferidos para las mujeres embarazadas difieren algo de los de la población adulta general infectada por el VIH.

A continuación, se describe nuestro enfoque para la selección de regímenes para mujeres embarazadas sin evidencia o sospecha de resistencia a los medicamentos, para quienes es apropiada una combinación de NRTI preferida con un tercer agente preferido. Es

importante tener en cuenta que este es un enfoque, y puede haber otras razones apropiadas para elegir un agente preferido particular sobre otro.

Selección de la espina dorsal de NRTI : Tenofovir disoproxil fumarato-emtricitabina (TDF-FTC o la TDF-lamivudina intercambiable) y abacavir-lamivudina son las combinaciones preferidas de NRTI en el embarazo.

Generalmente usamos TDF-FTC a menos que el paciente tenga una insuficiencia renal significativa (tasa de filtración glomerular estimada  $<60 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$ ), en cuyo caso no se debe usar una combinación que contenga TDF y preferimos abacavir-lamivudina . Debido a que abacavir-lamivudina solo debe usarse en pacientes que son negativos para el alelo HLA-B5701 y las pruebas pueden tomar varios días para obtener el resultado, este régimen es menos deseable para la iniciación durante el embarazo, particularmente si el paciente se presenta tarde en la gestación.

Para las mujeres con coinfección por el virus de la hepatitis B, se prefiere una combinación que contenga TDF debido a su actividad contra el virus de la hepatitis B. La selección del régimen para los pacientes que tienen coinfección por el virus de la hepatitis B e insuficiencia renal significativa, lo que restringiría el uso de tenofovir, debe hacerse en consulta con un experto en el tratamiento del virus de la hepatitis B.

Existe una experiencia clínica limitada y datos farmacocinéticos muy limitados durante el embarazo con tenofovir-alafenamida, una formulación de tenofovir que ha mejorado la seguridad renal y ósea en comparación

con el TDF; por lo tanto, no se recomienda para la iniciación de rutina en mujeres embarazadas<sup>25-29</sup>.

## **SELECCIÓN DEL TERCER MEDICAMENTO**

Entre las tres opciones de medicamentos, existe la mayor experiencia clínica en el embarazo con la clase de inhibidores de la proteasa potenciados, y uno de estos agentes es generalmente nuestra primera opción. Una consideración para decidir si usar un inhibidor de proteasa en el embarazo es la información contradictoria con respecto al riesgo de parto prematuro; para las mujeres que tienen un riesgo muy alto de nacimientos prematuros, como aquellas con antecedentes de partos prematuros espontáneos múltiples, es posible que evitemos los regímenes que contienen inhibidores de la proteasa<sup>28</sup>.

Atazanavir-ritonavir es una buena opción de inhibidor de la proteasa porque se administra una vez al día y, por lo tanto, minimiza los problemas de adherencia. Además, ahora hay una amplia experiencia con este medicamento en el embarazo, y es bien tolerado, pero puede causar hiperbilirrubinemia materna indirecta asintomática. Ha habido alguna experiencia con el uso de darunavir-ritonavir en el embarazo; aunque debe administrarse dos veces al día durante el embarazo, es bien tolerado. Lopinavir-ritonavir ya no se considera un agente preferido en el embarazo y es un régimen alternativo debido a problemas de tolerabilidad con náuseas.

Raltegravir es otra opción como un tercer medicamento para usar con el régimen dual de NRTI y se asocia con una disminución rápida de la carga viral. Es particularmente útil cuando hay inquietudes sobre las interacciones de medicamentos con regímenes basados en inhibidores de

proteasa. Sin embargo, debe administrarse dos veces al día durante el embarazo. Dolutegravir es un inhibidor de la integrasa alternativo para usar en el embarazo debido a la escasez de datos, aunque la evidencia emergente sobre su uso en el embarazo es tranquilizadora. No se recomienda el uso de elvitegravir durante el embarazo<sup>29</sup>.

Efavirenz ya no es un tercer agente preferido porque se ha asociado con la exacerbación de los trastornos de salud mental y los síntomas del sistema nervioso central. Sin embargo, el efavirenz coformulado con TDF-FTC sigue siendo una opción apropiada para las mujeres que no pueden usar inhibidores de la proteasa y se beneficiarían de un régimen de píldora única una vez al día.

En el tratamiento antirretroviral con supresión viral : con raras excepciones, las mujeres que lograron la supresión viral con TAR iniciado antes del embarazo deberían continuar su régimen actual durante el embarazo, siempre que lo toleren, incluso si los agentes no son uno de los medicamentos antirretrovirales preferidos para uso durante el embarazo. Ciertos agentes, en particular los inhibidores de la proteasa, pueden garantizar cambios en la dosificación durante el embarazo para compensar los cambios farmacocinéticos durante ese tiempo<sup>31</sup>.

La principal excepción a este enfoque es elvitegravir-cobicistat. Debido a los datos emergentes que sugieren una disminución de los niveles del fármaco durante el embarazo y un riesgo asociado de pérdida de supresión virológica, este agente no se recomienda para el inicio durante el embarazo a la espera de más datos. El manejo óptimo de las mujeres que quedan embarazadas mientras están bajo un régimen supresivo que

contiene elvitegravir-cobicistat es incierto. Sugerimos cambiar a un régimen diferente, eligiendo entre los agentes preferidos y alternativos para el uso en el embarazo, guiados por el historial de tratamiento y los resultados de las pruebas de resistencia anteriores. Sin embargo, para las mujeres con barreras al cambio (por ejemplo, una preferencia muy fuerte por un régimen de una vez al día y la incapacidad de usar uno diferente), es razonable continuar un régimen que contenga elvitegravir-cobicistat después de discutir los riesgos potenciales y la necesidad para un monitoreo viral cercano. Si ocurre una pérdida de supresión viral, se recomienda cambiar a un régimen más potente.

Los datos preliminares de un estudio observacional en Botswana han generado preocupación sobre un posible mayor riesgo de defectos del tubo neural con el uso de dolutegravir materno en el momento de la concepción, pero no hubo riesgo asociado con el inicio de dolutegravir durante el embarazo. A la espera de datos adicionales de otras mujeres en el estudio para evaluar la exactitud de esta observación, estamos de acuerdo con la recomendación provisional del Panel de Pautas Antirretrovirales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS) que las mujeres embarazadas que ya reciben dolutegravir generalmente continúan el mismo régimen. Se les debe aconsejar que los defectos del tubo neural ocurren dentro de las primeras cuatro semanas de concepción (seis semanas desde el último período menstrual), que es improbable que los regímenes de cambio después de ese período afecten el riesgo potencial, y que existe un riesgo de pérdida de virología control con cambio. Las mujeres cuyo último período menstrual estuvo dentro de las ocho semanas anteriores pueden elegir razonablemente cambiar a un régimen sin dolutegravir si existen alternativas efectivas que sean apropiadas para su uso durante el embarazo. Dolutegravir no debe detenerse sin ser reemplazado por otro

agente eficaz. Las mujeres que quedaron embarazadas mientras toman dolutegravir deben ser monitoreadas cuidadosamente, incluso con ultrasonido y alfa-fetoproteína sérica materna (MSAFP).

La estavudina, la didanosina y la dosis completa de ritonavir no deben continuarse durante el embarazo, incluso si forman parte de un régimen de supresión virológica. Sin embargo, esto rara vez es un problema clínico, ya que ninguno de estos agentes se usa comúnmente y la combinación de estavudina más didanosina tampoco se recomienda para la población general infectada con VIH<sup>33</sup>.

Aunque había existido preocupación sobre un riesgo potencial de defectos del tubo neural con efavirenz, se han acumulado suficientes datos tranquilizadores sobre la exposición al efavirenz en el primer trimestre, por lo que las recomendaciones de grupos de expertos no restringen el uso de efavirenz en el embarazo. Las mujeres que quedan embarazadas mientras toman un régimen supresor con efavirenz deben continuarlo.

## **EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SIN SUPRESIÓN VIRAL**

Se debe evaluar a las mujeres que aún no han logrado la supresión viral con TAR iniciado antes del embarazo por razones de fracaso virológico. En este caso, el clínico debe comenzar preguntándole al paciente sobre su nivel de adherencia al medicamento. La falta de adherencia puede dar lugar a una supresión viral incompleta simplemente debido a la falta de un nivel adecuado de fármaco, incluso en ausencia de resistencia a los medicamentos.<sup>34</sup>

Las pruebas de resistencia a los medicamentos también son esenciales en esta situación, y un nuevo régimen de TAR debe adaptarse a cada mujer en función de su perfil de resistencia y tolerabilidad individual a los medicamentos. En tales casos, los agentes que no se consideran antirretrovirales preferidos durante el embarazo pueden estar justificados. En tales casos se recomienda consultar con un experto en el manejo del VIH resistente a los medicamentos. Si no se detecta la resistencia a los medicamentos actuales en el régimen de TAR y se considera que la adherencia subóptima ha contribuido a la incapacidad de lograr la supresión viral, sería particularmente deseable un régimen de una vez al día. Alternativamente, el régimen original podría continuarse junto con asesoramiento intensivo de adherencia.

La respuesta virológica debe ser monitoreada cuidadosamente. Las mujeres que no muestran una respuesta virológica adecuada requieren una prueba de panel de resistencia repetida.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PREMATURA**

Cuando la ruptura de la membrana ocurre antes de las 37 semanas de gestación, las decisiones sobre el momento del parto deben basarse en las mejores prácticas obstétricas, teniendo en cuenta los riesgos de prematuridad del bebé. La presencia de infección por VIH de la madre no debe cambiar la gestión. La administración de corticosteroides prenatales para acelerar la madurez pulmonar fetal se debe administrar si es apropiado, ya que no existen datos que sugieran que estas recomendaciones deben ser alteradas para las mujeres infectadas con el VIH. Cuando se toma la decisión de dar a luz, la ruta de entrega debe ser de acuerdo con las indicaciones obstétricas.

## **GESTACIÓN CON VIH**

Por el contrario, para mujeres con VIH ARN > 1000 copias / ml cerca del parto, posible adherencia deficiente, o niveles desconocidos de ARN del VIH, se recomienda la administración intravenosa de zidovudina . Para las mujeres programadas para el parto por cesárea con ARN del VIH > 1.000 copias / ml, la zidovudina intravenosa debe administrarse tres horas antes del parto por cesárea. Las mujeres infectadas por el VIH que se presentan en trabajo de parto y no han tomado ningún medicamento antirretroviral deben recibir zidovudina por vía intravenosa inmediatamente para prevenir la transmisión perinatal.

La zidovudina atraviesa la placenta rápidamente y puede proporcionar profilaxis previa al feto. En el ensayo PACTG 076, zidovudina anteparto combinada, zidovudina intravenosa durante el trabajo de parto y seis semanas de profilaxis con zidovudina en lactantes redujeron la transmisión perinatal en un 66 por ciento. No hay ensayos clínicos aleatorizados que evalúen el beneficio de la zidovudina intravenosa durante el trabajo de parto en mujeres que usan los regímenes antirretrovirales combinados actuales. Sin embargo, entre 7917 mujeres de la cohorte perinatal francesa que tenían ARN del VIH <400 copias / mL al momento del parto, la administración intravenosa de zidovudina intraparto no se asoció con un menor riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo (tasas de transmisión del 0,6% [42 de 7576] y 0% [0 de 341] con y sin zidovudina intraparto, respectivamente). En contraste, el recibo de zidovudina se asoció con menores tasas de transmisión entre las mujeres que tenían ARN del VIH  $\geq 1000$  copias / ml (2,9 por ciento [45 de 1561] versus 7,5 por ciento [8 de 107] sin zidovudina intraparto).<sup>48</sup>



## **OTRAS INTERVENCIONES INTRAPARTO**

El manejo obstétrico debe minimizar la duración de la exposición fetal a líquidos y sangre materna, y se recomienda evitar la monitorización del electrodo del cuero cabelludo fetal. Los posibles riesgos de las intervenciones durante el tratamiento del parto deben sopesarse con las indicaciones y los beneficios obstétricos. <sup>49</sup>

## **2.4 HIPÓTESIS**

La presente investigación no presenta Hipótesis, debido al tipo y nivel de estudio realizado.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. VARIABLES DE ESTUDIO**

#### **Variable independiente**

Complicaciones en las pacientes embarazadas con VIH – SIDA

#### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

Grupos de problemas que se da en las gestantes por el diagnóstico de VIH o producido por el uso de ciertos fármacos en el esquema del TARGA.

#### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Patologías producidas por el diagnóstico de VIH y el uso de ciertos medicamentos en el esquema del TARGA

## **2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

### **TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA):**

Paciente que se encuentra recibiendo un esquema de tratamiento antirretroviral constituidos por la combinación de tres o más medicamentos en un determinado establecimiento de salud.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

En la presente tesis es de tipo retrospectivo porque se utiliza datos recolectados de historias clínicas y transversal porque estudia las variables en un determinado intervalo de tiempo.

##### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Es de tipo descriptivo.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.2.1. POBLACIÓN**

La población de nuestro estudio por parte de las embarazadas que también sean portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA serán un total de 78 mujeres que fueron atendidas en el Hospital San José del Callao durante el periodo 2018.

##### **3.2.2. MUESTRA**

En el presente trabajo, dado que la población posee un número pequeños de elementos, no será necesario realizar un muestreo, contando con la participación de 78 pacientes que se recolectaran sus historias clínicas, las cuales fueron atendidas en el Hospital San José del Callao durante el periodo 2018.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Gestantes que se atendieron en el Hospital San José del Callao

Gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARGA

Gestantes sin ninguna comorbilidad diagnosticada

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Gestantes que no se atendieron en el Hospital San José del Callao

Gestantes sin el diagnóstico de VIH

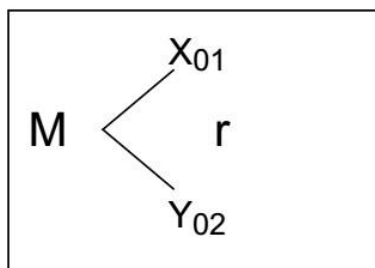
Gestantes con comorbilidad diagnosticada

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para nuestro presente proyecto de tesis, se llegará a utilizar la técnica de recolección de datos.

### **3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

No experimental porque analizará el objeto de estudio en la situación en la que se encuentra actualmente, sin recurrir a tocar intencionalmente las variables. No generará condiciones para lograr el propósito.



**M:** Muestra de las pacientes.

**X1:** GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE VIH

**Y2:** COMPLICACIONES DE LAS GESTANTES DE VIH

**r:** Relación entre ambas variables

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Al plantear como se llevará a cabo el procesamiento y el análisis de los datos obtenidos, se decidió por crear la base de datos en el programa SPSS, esta se iba actualizando conforme se recogían los datos recopilados de los sujetos del estudio.

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

El siguiente trabajo cumple con los siguientes aspectos éticos; según el informe de Belmont, mantiene el respeto manteniendo la autonomía del desarrollo de la presente investigación. Además con los principios de beneficencia – no maleficencia, para las medidas próximas a tomar en los pacientes que padezcan de las patologías que se exhiben en la investigación actual, a continuación de mantener las medidas de reserva de identidad de los mismos sujetos en estudio.

## CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

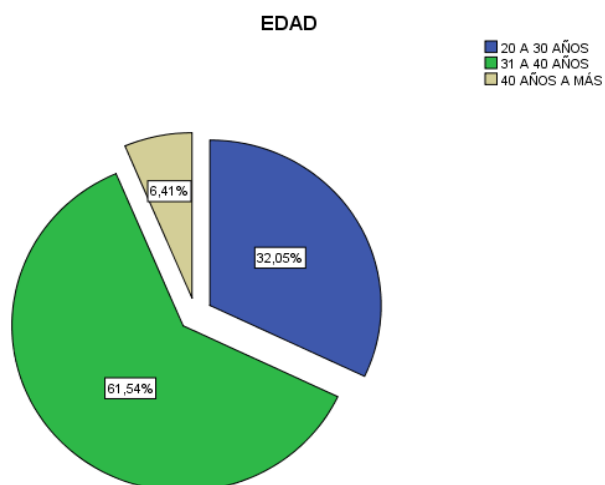
### 4.1. RESULTADOS

**TABLA N°01**  
EDAD EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN  
EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN  
EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 A 30 AÑOS	25	32,1	32,1	32,1
	31 A 40 AÑOS	48	61,5	61,5	93,6
	40 AÑOS A MÁS	5	6,4	6,4	100,0
Total		78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°01**  
EDAD EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN  
EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN  
EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

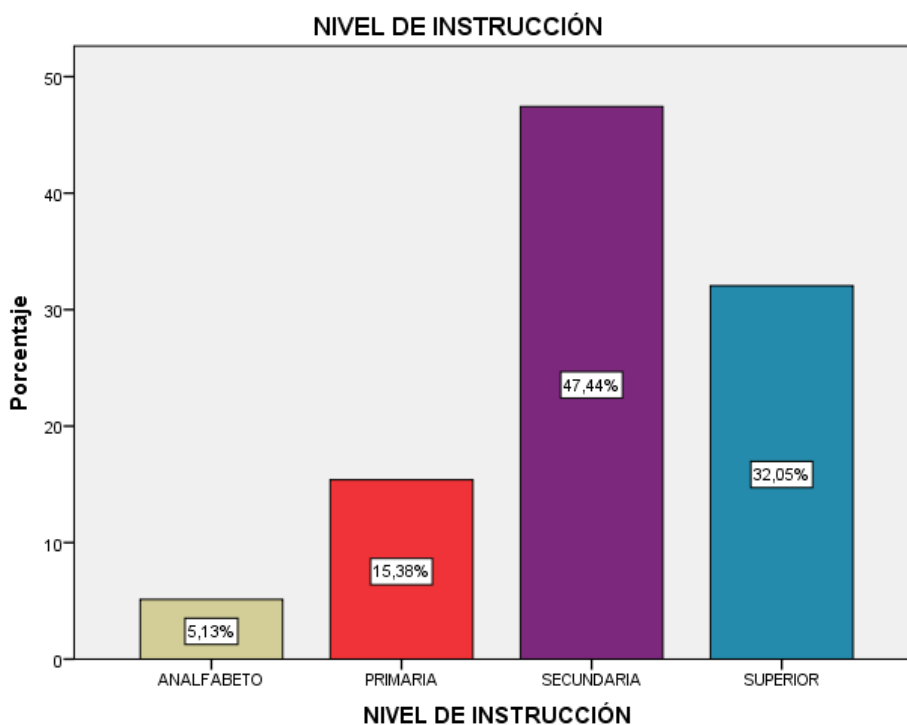
**Interpretación:** En la tabla N°1 se observa respecto a la edad que el 61.54% (48) oscilan entre los 31 a 40 años, a continuación, el 32.05% (25) de 20 a 30 años y solo el 6.41% (5) fueron de 40 años a más.

**TABLA N°02**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE**  
**RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL**  
**HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

		<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ANALFABETO	4	5,1	5,1	5,1
	PRIMARIA	12	15,4	15,4	20,5
	SECUNDARIA	37	47,4	47,4	67,9
	SUPERIOR	25	32,1	32,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°02**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE**  
**RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL**  
**HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la tabla N°2 se llegó a observar que, respecto al nivel de instrucción, 47.44% (37) tienen nivel de instrucción secundaria, 32.05% (25) son de nivel superior y el 15.38% (12) primaria.



**TABLA N°03**

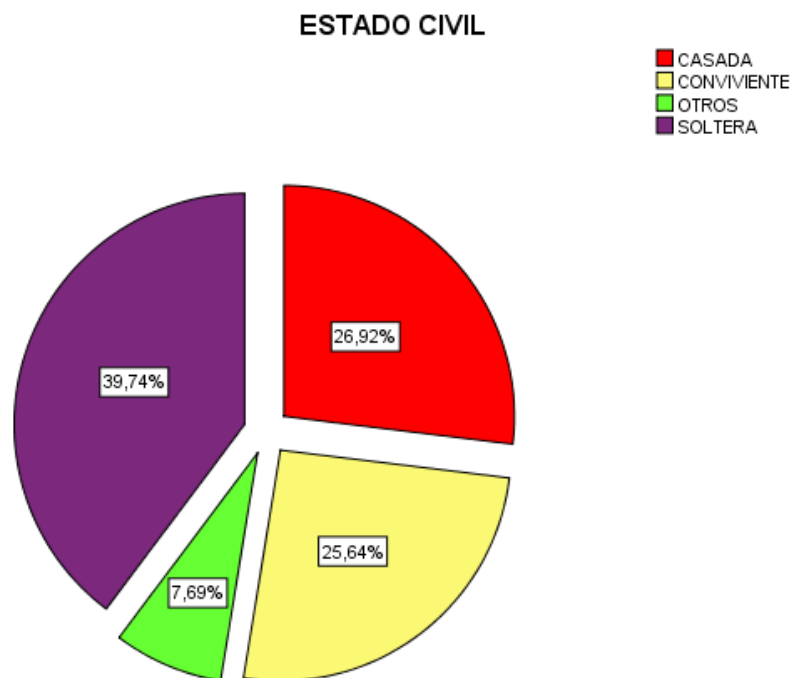
**ESTADO CIVIL EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

		<b>ESTADO CIVIL</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADA	21	26,9	26,9	26,9
	CONVIVIENTE	20	25,6	25,6	52,6
	OTROS	6	7,7	7,7	60,3
	SOLTERA	31	39,7	39,7	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°03**

**ESTADO CIVIL EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

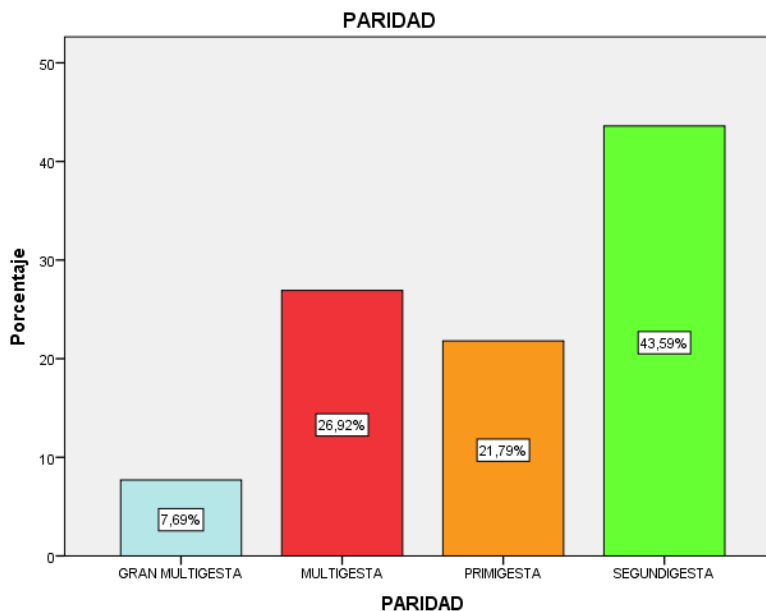
**Interpretación:** En la Tabla N°3 se observa respecto al estado civil, que las gestantes solteras ocupan el 39.74% (31), seguido del 26.92% (21) las cuales son casadas y el 25.64% (20) convivientes.

**TABLA N°04**  
**PARIDAD EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA**  
**EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE**  
**EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

		PARIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	GRAN MULTIGESTA	6	7,7	7,7	7,7
	MULTIGESTA	21	26,9	26,9	34,6
	PRIMIGESTA	17	21,8	21,8	56,4
	SEGUNDIGESTA	34	43,6	43,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°04**  
**PARIDAD EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA**  
**EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE**  
**EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

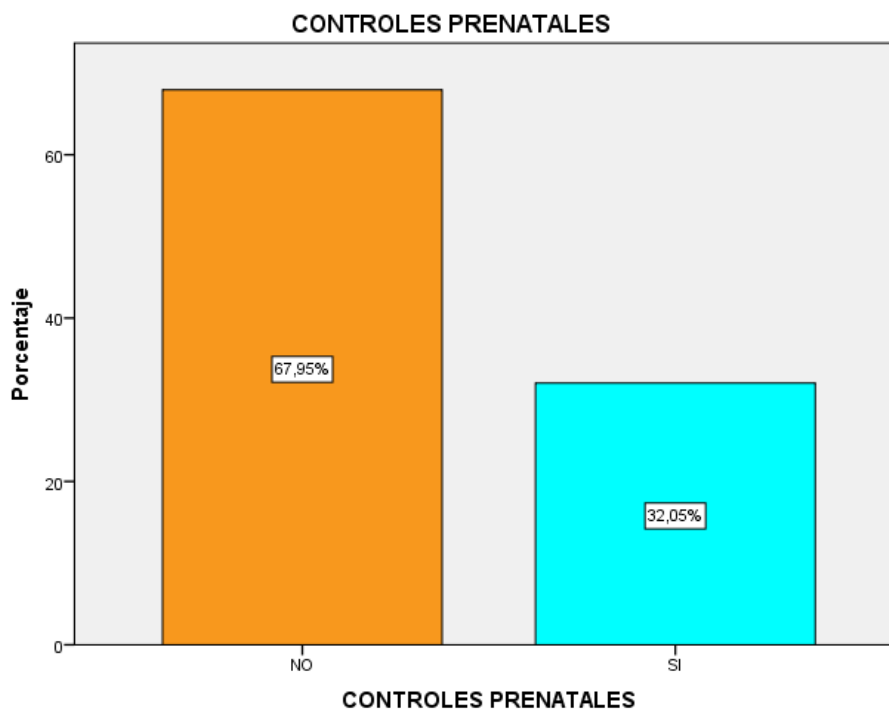
**Interpretación:** En la Tabla N°4 se logra observar con respecto a la paridad, que el 43.59% (34) fueron Segundigesta, el 26.92% (21) son multigestas, el 21.79% (17) son primigesta y solo el 7.69% (6) son gran multigesta.

**TABLA N°5**  
**NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES**  
**PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL**  
**GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO**  
**ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

		<b>CONTROLES PRENATALES</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	53	67,9	67,9	67,9
	SI	25	32,1	32,1	100,0
Total		78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°05**  
**NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES**  
**PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL**  
**GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO**  
**ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

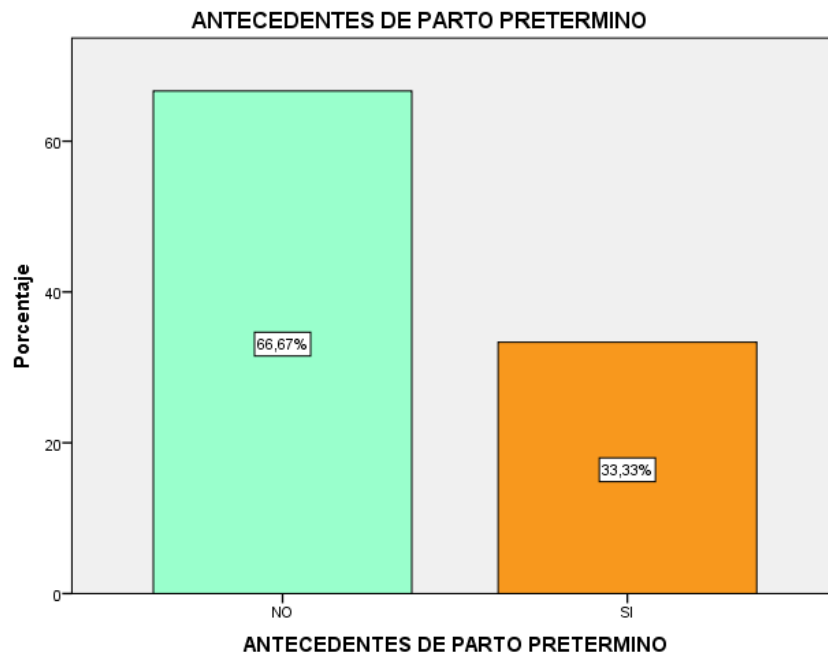
**Interpretación:** En la tabla N°5 Se llega a observar sobre los controles prenatales que el 67.95% (53) no tuvo control alguno mientras que el 32.05% (25) si lo tuvieron.

**TABLA N°06**  
**ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES**  
**PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL**  
**GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO**  
**ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

<b>ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	52	66,7	66,7	66,7
	SI	26	33,3	33,3	100,0
Total		78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°06**  
**ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES**  
**PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL**  
**GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO**  
**ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la tabla N°6 se observa a las gestantes que presentan antecedentes de parto pretermino, siendo un 66.67% (52) las que no lo presentaron y el 33.33% (26) las que si presentaron antecedentes de parto pretermino.

**TABLA N°07**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

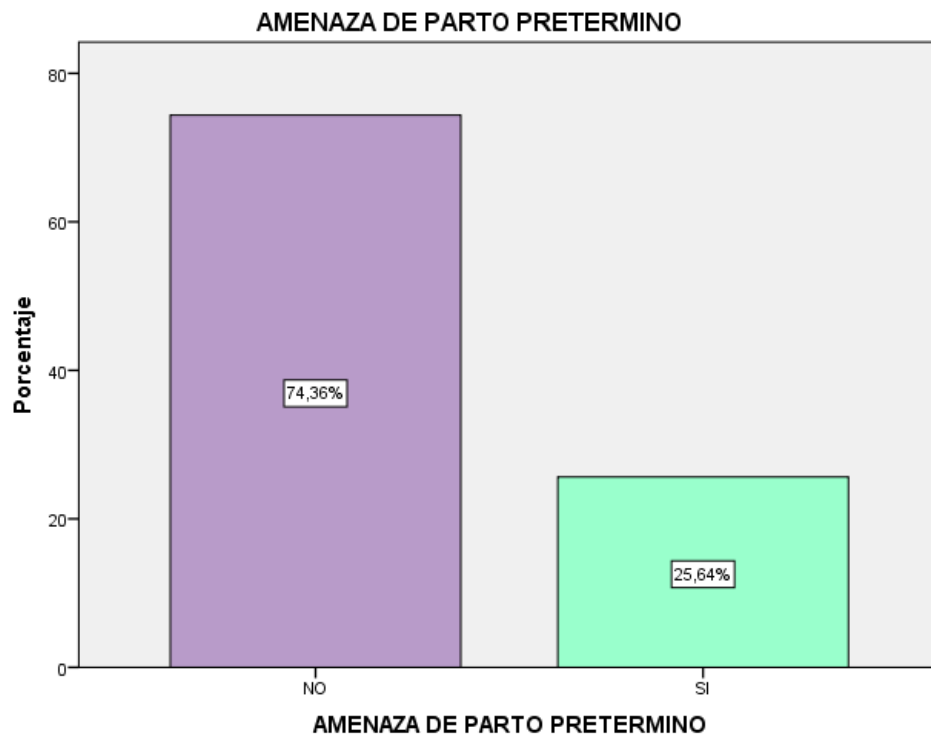
**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	58	74,4	74,4	74,4
SI	20	25,6	25,6	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°07**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la tabla N°7 Se puede observar que el 74.36% (58) no presentaron amenaza de Parto pretermino, por contrario el 25.64% (20) si llego a presentar esta patología.

**TABLA N°08**

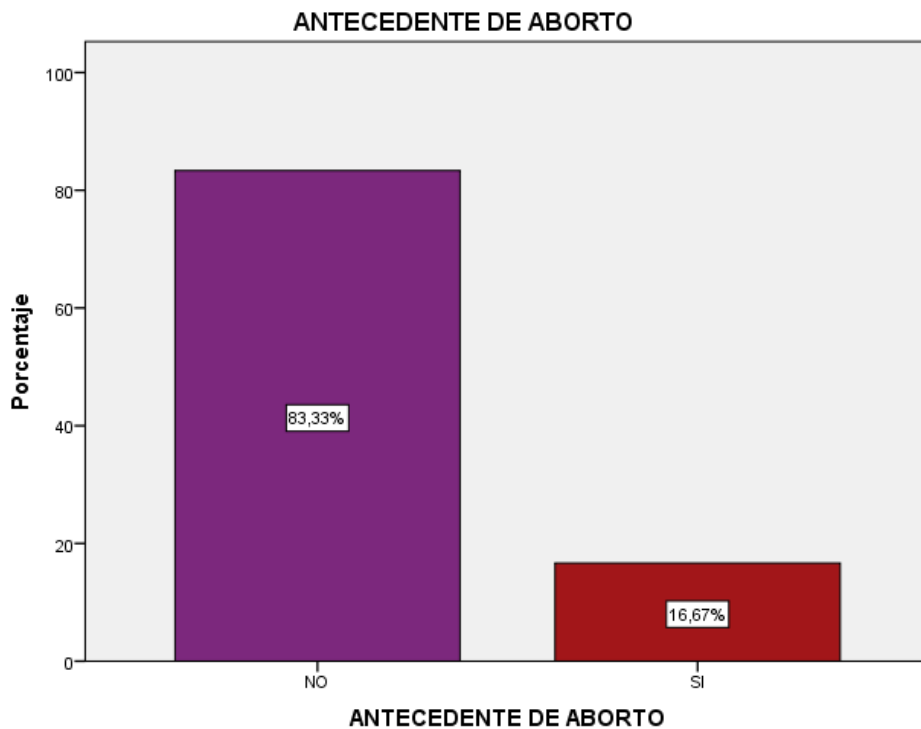
**ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	NO	65	83,3	83,3	83,3
	SI	13	16,7	16,7	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°08**

**ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

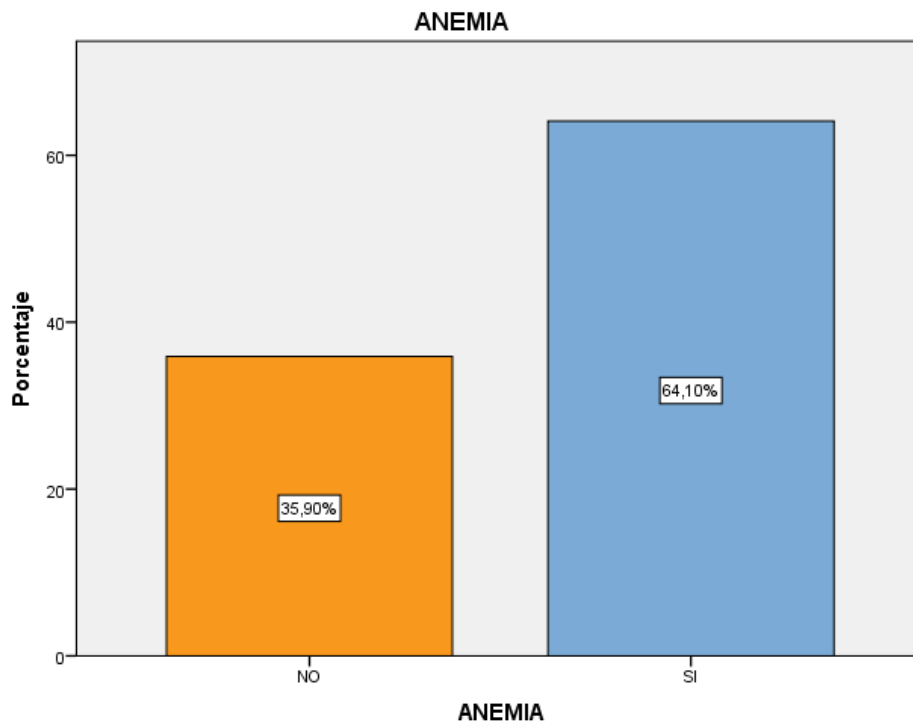
**Interpretación:** En la tabla N°8 se logra observar con respecto a los antecedentes de aborto que el 83.33% (65) no presento esta patología y el 16.67% (13) corresponde a las gestantes que si presentaron antecedentes de aborto.

**TABLA N°09**  
**ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA**  
**EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE**  
**EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

ANEMIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	28	35,9	35,9	35,9
	SI	50	64,1	64,1	100,0
Total		78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°09**  
**ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA**  
**EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE**  
**EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la Tabla N°9 se llega a observar que el 64.10% (50) presento anemia en la gestacion, mientras que el 35.90% (28) no llegaron a presentar anemia.

**TABLA N°10**

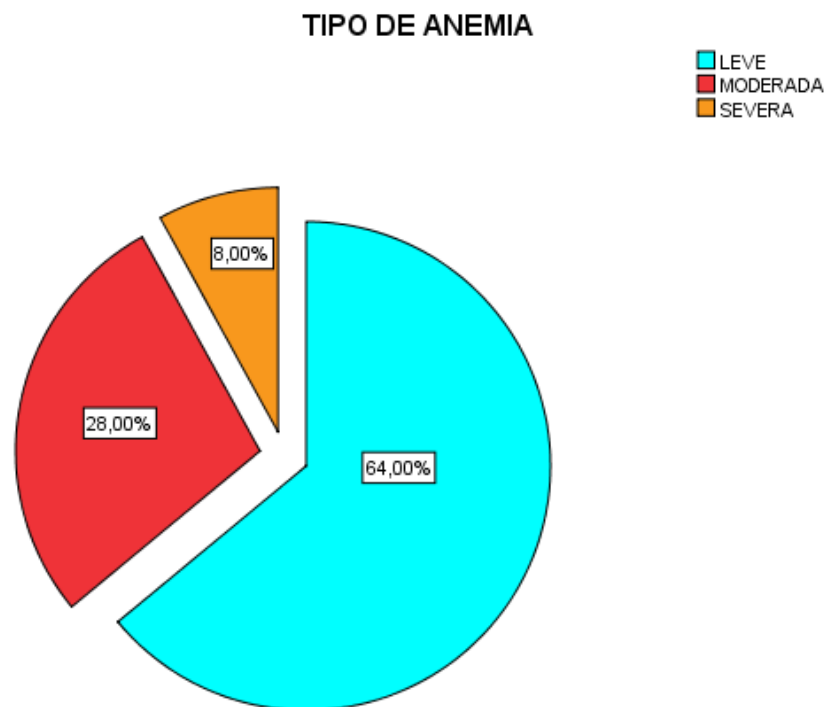
**TIPO DE ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

		TIPO DE ANEMIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LEVE	32	64,0	64,0	64,0
	MODERADA	14	28,0	28,0	92,0
	SEVERA	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°10**

**TIPO DE ANEMIA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la Tabla N°10 se observa que el 64% (32) presento un tipo de anemia leve, el 28% (14) la presento de tipo moderada, mientras que un 8% (4) fue severa.

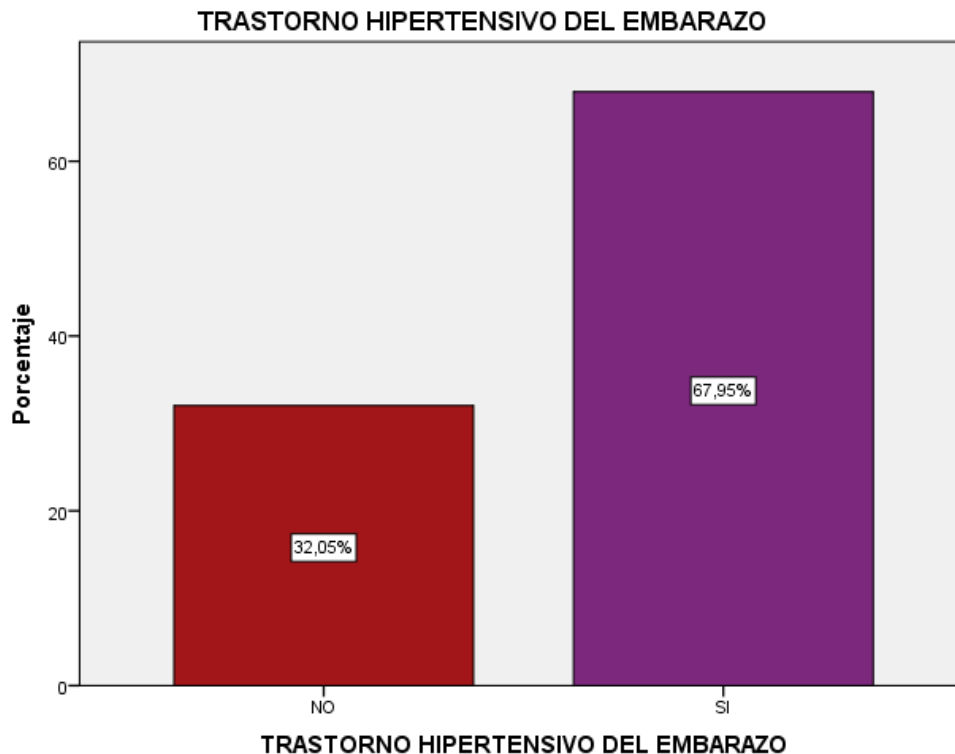


**TABLA N°11**  
**TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN GESTANTES**  
**PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL**  
**GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO**  
**ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	25	32,1	32,1	32,1
SI	53	67,9	67,9	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°11**  
**TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN GESTANTES**  
**PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL**  
**GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO**  
**ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la Tabla N°11 se muestra con respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo que el 67.95% (53) si lo presento y solo el 32.05%(25) no padecieron de esta patología.

**TABLA N°12**

**TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

**TIPOS**

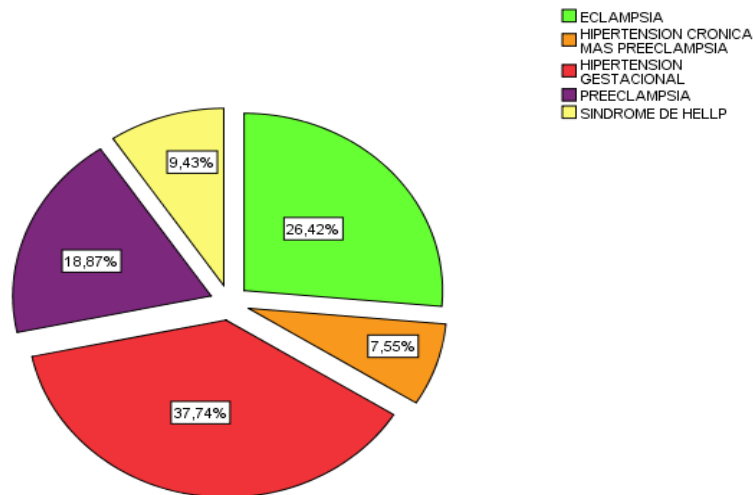
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ECLAMPSIA	14	26,4	26,4	26,4
	HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA	4	7,5	7,5	34,0
	HIPERTENSION GESTACIONAL	20	37,7	37,7	71,7
	PREECLAMPSIA	10	18,9	18,9	90,6
	SINDROME DE HELLP	5	9,4	9,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°12**

**TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

**TIPOS**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la Tabla N°12 muestra con respecto a los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo que el 37.74% (20) presentaron hipertensión gestacional, el 26.42% (14) presentaron eclampsia, 18.87% (10) presentaron preeclampsia, mientras que menos del 17% presentaron otro tipo de trastorno hipertensivo.

**TABLA N°13**

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

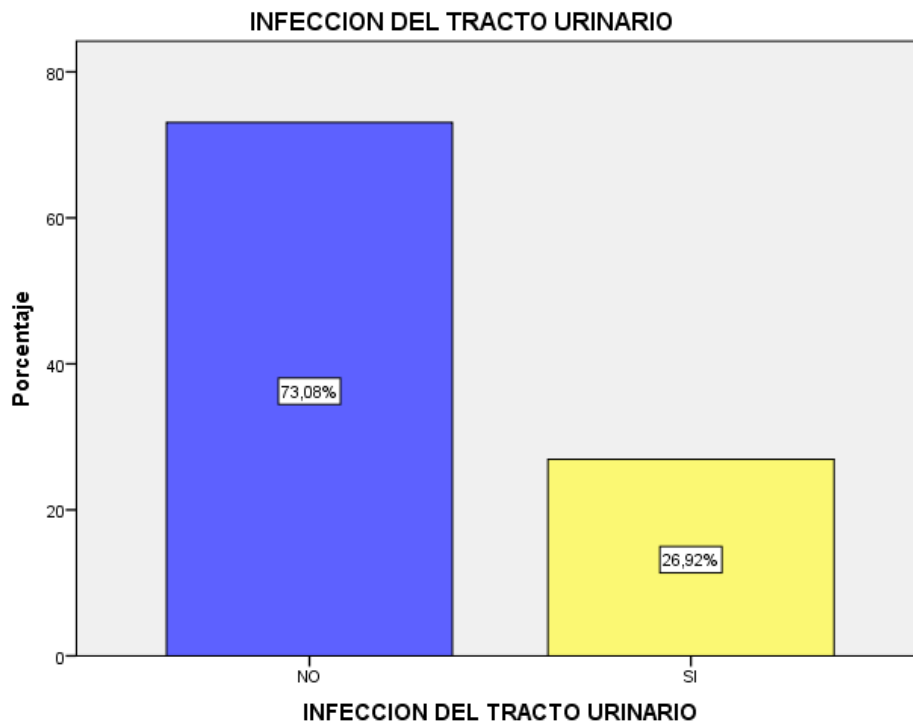
**INFECCION DEL TRACTO URINARIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	57	73,1	73,1	73,1
SI	21	26,9	26,9	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°13**

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la Tabla N°13 se observa que el 73.08% (57) no presentaron infección de tracto urinario, mientras que el 26.92% (21) si padecieron de esta patología durante la gestación.

**TABLA N°14**

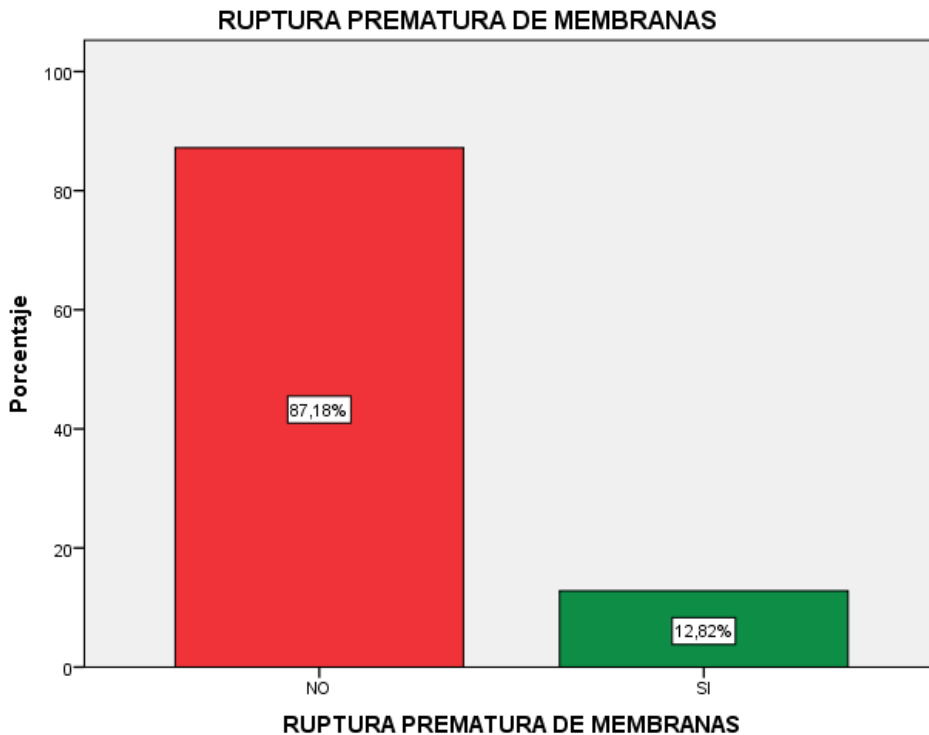
**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

<b>RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	68	87,2	87,2	87,2
	SI	10	12,8	12,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N°14**

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DEL GINECO-OBSTETRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la Tabla N°14 se logra observar que la ruptura prematura de membranas no fue padecida en el 87.18% (68) mientras que en el 12.82% (10) si llegaron a presentarla.

## 4.2. DISCUSIÓN

1. Se observa que la edad que posee mayor número de gestantes se encuentra entre 31 y 40 años de edad, con un porcentaje de 61.5%. Por otro lado, las gestantes que poseen más de 40 años presentan menor porcentaje, todo ello debido a que la gestación en etapas de vida avanzada el suceso de la menopausia disminuye las probabilidades de concepción.
2. En el presente trabajo se llegó a demostrar que respecto a la educación el 47.44% terminaron secundaria y un 32.05% presentó educación superior, demostrando así que las mujeres con cierto grado de educación buscan orientación, apoyo médico para un tratamiento y control oportuno, V. N. Khuu , en el 2016 evidencio que las mujeres con menor nivel de instrucción creían que las pruebas de VIH no eran importantes durante el embarazo , por lo que el diagnostico era tardío y poco se podía hacer para evitar la transmisión de la enfermedad al feto .
3. Respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo, 67.95% si lo presentaron y solo el 32.05% no lo llegaron a presentarlo, el 37.74% presentaron hipertensión gestacional, el 26.42% presentaron eclampsia, 18.87% presentaron preeclampsia, 9.43% presentaron síndrome de hellp, y solo el 7.55% hipertensión crónica más preeclampsia, nuestra investigación muestra cifras altas en comparación con la investigación realizada por el autor Mark H. Yudin y colaboradores en el 2016 donde refiere que las tasas de hipertensión, diabetes gestacional y restricción del crecimiento fetal fueron bajas, argumentando que en una gestante con VIH se logran buenos resultados con un adecuado control prenatal.

4. El 64.10% de gestantes si presentaron anemia y que solo el 35.90% no llegaron a presentarla, esto se evidencia en el estudio de Romina Tejada y colaboradores donde indica que puede ocurrir a que el consumo de zidovudina uno de los principales antiretrovirales tiene como efecto adverso anemia y neutropenia en algunos casos.
  
5. Se han observado cifras bajas respecto a los antecedentes de parto pretérmino ya que solo el 33.33% lo presentaron y un 25.64% presentaron amenaza de parto pretermino, ambos diagnósticos no han quedado directamente asociado a otros procesos infecciones con el virus de inmunodeficiencia humana.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

1. Dentro de las complicaciones a estudiar en el presente trabajo se evidencia que en las gestantes portadoras de VIH en primer lugar a los trastornos hipertensivos con un 67.95%, en segundo lugar a la anemia con un 64.10% , en tercer lugar infecciones de tracto urinario con el 26.92% y finalmente a la amenaza de parto pretermino con tan solo 25.64%.
2. Se concluye que la ruptura prematura de membranas en gestantes con VIH presenta un porcentaje de ocurrencia del 12.82%, representando cifras menores frente a un 87.18% que no presento esta patologia.
3. De los trastornos hipertensivos en el embarazo con un porcentaje de 67.95% , se llega a demostrar que solo el 9.43% presento preeclampsia una de las cifras minimas respecto a los demás trastornos hipertensivos .
4. Para el parto pre termino como complicación en gestantes portadoras de vih, se estudió antecedentes de parto pretermino, el 66.67% no presentaron la patología, y solo el 33.33% si presentaron antecedentes de parto pretermino.
5. Se concluye que las gestantes portadoras de VIH presentaron anemia en un 64.10%.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. En el presente trabajo se evidencio que las gestantes con infección de VIH presentan complicaciones tales como trastornos hipertensivos, anemia, infecciones de tracto urinario y amenaza de parto pretermino, por lo cual es importante el estricto control y el diagnóstico oportuno así como también realizar estudios en diversos grupos poblaciones para así demostrar asociaciones significativas y tomar medidas preventivas de acuerdo a los mismos.
2. La paciente gestante con infección de VIH según estudios a nivel mundial presenta ligero incremento de complicaciones maternas, respecto a la ocurrencia de ruptura prematura de membranas se debe realizar la adecuada orientación y concientización de la gestante para poder identificarla y asi pueda buscar ayuda oportuna evitando complicaciones mayores que dañen la integridad del feto.
3. No hay estudios que expliquen la fisiopatología del porqué hay mayor ocurrencia de trastornos hipertensivos, pues diversas bibliografías evidencian mayor asociación a ocurrencia de preeclampsia, se debería buscar la causa o los factores que estarían relacionados con este evento, para poder trabajar en ello.
4. Aunque no hayan cifras altamente significativas, y estudios actuales que demuestren alguna asociación directa en gestantes con infección de vih y la ocurrencia de parto pre termino, se debe tener en cuenta la causa de este suceso es idiopática y que muchos estudios indican relación con infecciones maternas por lo cual la importancia de la detección oportuna y pronto abordaje.



5. Respecto al gran porcentaje de mujeres con anemia y la asociación directa en diversos estudios con el consumo de retrovirales se corrobora que la zidovudina y otros ITIAN(inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos ) puede producir alteraciones hematológicas como anemia, neutropenia e inclusive trombocitopenia, que se resolvería con el retiro de los mencionados antirretrovirales, que para este grupo sería inadmisibles, se debería trabajar en el monitoreo de estas gestantes y tomar en cuenta la sintomatología inicial presentada que incluye pérdida de apetito, cefalea, irritabilidad entre otras más, para evitar complicaciones y lograr un adecuado diagnóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ndirangu J et al (2012) La infección materna por VIH se asoció con bebés pequeños para la edad gestacional pero no para partos prematuros: evidencia proveniente de zonas rurales de Sudáfrica. *Hum Reprod* 27 (6): 1846-1856
2. Schulte J et al (2007) Disminuye el bajo peso al nacer y el parto prematuro entre los bebés que nacieron de mujeres infectadas por el VIH durante una era de mayor uso de medicamentos antirretrovirales maternos: Espectro pediátrico de la enfermedad del VIH, 1989-2004. *Pediatría* 119 (4): e900-e906
3. Revello MG, Gerna G (2002) Diagnóstico y tratamiento de la infección por citomegalovirus humano en la madre, el feto y el recién nacido. *Clin Microbiol Rev* 15 (4): 680-715
4. Fowler KB et al (1992) El resultado de la infección congénita por citomegalovirus en relación con el estado de anticuerpos maternos. *N Engl J Med* 326 (10): 663-667
5. Arck PC, Hecher K (2013) Fetomaternal immune cross-talk y sus consecuencias para la salud materna y de la descendencia. *Nat Med* 19 (5): 548-556
6. Newell ML et al (1996) Transmisión vertical del VIH-1: estado inmune materno y factores obstétricos. El estudio colaborativo europeo. *AIDS* 10 (14): 1675-1681

7. Prendergast A et al (2007) Perspectivas internacionales, progreso y desafíos futuros de la infección pediátrica por VIH. *Lancet* 370 (9581): 68-80
8. Gary Cunningham F, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. United States of America: Mc Graw –Hill Companies, Inc. 2005. p. 1313.
9. Williams SF, Keane-Tarchichi MH, Bettica L, Dieudonne A, Bardeguez AD. Pregnancy outcomes in young women with perinatally acquired human immunodeficiency virus-1. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009 Feb; 200 (2): 149.e1-5. Epub 2008 Oct 30.
10. Rollins et al. Pregnancy Outcomes in HIV-Infected & uninfected women in Rural & Urban South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2007 Mar 1; 44 (3): 321-28.
11. Ellis et al. Human immunodeficiency virus infection is a risk factor for adverse perinatal outcome. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002 May; 186 (5): 903-6.
12. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection & Perinatal outcome: a systematic review of the literature & meta-analysis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1998 Aug; 105: 836-48.
13. Stratton et al. (1989-1994) Obstetric & Newborn Outcomes in a cohort of HIV-infected pregnant women: A Report of the women & Infants Transmission study. *Journal of Acquired Immune Deficiency syndromes & Human Retrovirology*. 1999 Feb 1; 20 (2): 179-186.

14. Panel sobre Pautas Antirretrovirales para Adultos y Adolescentes. Directrices para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados por VIH. Departamento de Salud y Servicios Humanos.
15. Panel sobre el tratamiento de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH y la prevención de la transmisión perinatal. Recomendaciones para el uso de medicamentos antirretrovirales en mujeres embarazadas infectadas por VIH-1 para la salud materna e intervenciones para reducir la transmisión perinatal del VIH en los Estados Unidos.
16. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 7: CD003510.
17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Logros en salud pública. Reducción de la transmisión perinatal de la infección por VIH: Estados Unidos, 1985-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2005; 55 (21): 592-7.
18. Romina Tejada et al. Asociación entre el estado de infección por VIH y complicaciones infecciosas poscesarea electiva. *Revista Perú Med. Exp. Salud publica* v.29 2015; N°4.
19. Aziz N, Sokoloff A, Kornak J, y col. Tiempo hasta la supresión de la carga viral en mujeres embarazadas infectadas por el VIH que no habían recibido tratamiento antirretroviral y habían recibido tratamiento antirretroviral de gran actividad: implicaciones para las mujeres embarazadas que se presentan tarde en la gestación. *BJOG.* 2013; 120: 1534-47.

20. Nesheim S, Taylor A, Lampe MA, y col. Un marco para la eliminación de la transmisión perinatal del VIH en los Estados Unidos. *Pediatría*. 2012; 130 (4): 738-44.
21. Markowitz M, Morales-Ramirez JO, Nguyen BY, et al. Actividad antirretroviral, farmacocinética y tolerabilidad de MK-0518, un nuevo inhibidor de la integrasa del VIH-1, dosificado como monoterapia durante 10 días en individuos infectados por el VIH sin tratamiento previo. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006; 43: 509-15.
22. Trahan MJ, Lamarre V, Metras ME, et al. Raltegravir para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Presentación oral en: 8ª Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH; 2015 del 19 al 22 de julio; Vancouver, Canada. Resumen TUAB0105.
23. Floridia M, Ravizza M, Masuelli G, y col. Perfil de atazanavir y lopinavir en mujeres embarazadas con VIH: resultados de tolerabilidad, actividad y embarazo en un estudio nacional observacional. *J Antimicrob Chemother*. 2014; 69: 1377-84.
24. Livingston EG, Huo Y, Patel K, Tuomala RE, Scott GB, Stek A, et al. Complicaciones y ruta de parto en un gran estudio de cohortes de mujeres infectadas por VIH-1: IMPAACT P1025. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 73 (1): 74-82. pmid: 2708250.
25. Estadísticas perinatales: parturientas, partos y recién nacidos 2015. Disponible en línea en: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024921> .
26. Estadística perinatal nórdica 2014. Disponible en línea en: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201603148739> .

27. Orbaek M, Thorsteinsson K, Helleberg M, Moseholm E, Katzenstein TL, Storgaard M, y col. Evaluación del modo de parto y predictores de la cesárea de emergencia entre las mujeres que viven con el VIH en un entorno de pares emparejados con mujeres de la población general en Dinamarca, 2002-2014. *VIH Med.* 2017; 18 (10): 736-747. Epub 2017 24 de mayo: 28544321
28. Registro Nacional de Enfermedades Infecciosas. 2017. Disponible en línea en: <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.pdf> . En finlandés.
29. Estudio de cohorte de maternidad finlandesa. Disponible en línea en: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/finnish-maternity-cohort-fmc-seerumipankki> . 2017. En finlandés.
30. Kourtis AP, Ellington S, Pazol K, Flores L, Haddad L, Jamieson DJ. Complicaciones de partos por cesárea entre mujeres infectadas por VIH en los Estados Unidos. *SIDA.* 2014; 28 (17): 2609-18. pmid: 25574961
31. Peters H, Byrne L, De Ruiter A, Francis K, Harding K, Taylor GP, y col. Duración de las membranas rotas y transmisión del VIH de la madre al hijo: un estudio de vigilancia prospectivo basado en la población. *BJOG.* 2016; 123 (6): 975-81. Epub 2015 22 de mayo. Pmid: 26011825
32. Mark S, Murphy KE, Lee S, Bitnun A, Yudin MH. Transmisión de VIH de madre a hijo, modo de parto y duración de la ruptura de membranas: experiencia en la era actual. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2012; 2012: 267969. Epub 2012 28 de mayo. Pmid: 22690108

33. Cotter AM, Brookfield KF, Duthely LM, González Quintero VH, Potter JE, O'Sullivan MJ. Duración de la ruptura de la membrana y riesgo de transmisión perinatal del VIH-1 en la era de la terapia antirretroviral combinada. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207 (6): 482.e1-5. pmid: 23103331
34. Plata RM. Implicaciones de la primera cesárea: salud reproductiva perinatal y futura y posteriores cesáreas, problemas de placentación, riesgo de ruptura uterina, morbilidad y mortalidad. *Semin Perinatol.* 2012; 36 (5): 315-23. pmid: 23009962
35. CE francés, Cortina-Borja M, Thorne C, Tookey PA. Incidencia, patrones y predictores de embarazos repetidos entre mujeres infectadas por el VIH en el Reino Unido e Irlanda, 1990-2009. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012; 59 (3): 287-93. pmid: 22227490
36. Floridia M, Tamburrini E, Masuelli G, Martinelli P, Spinillo A, Liuzzi G, et al. Tasa, correlaciones y resultados de embarazo repetido en mujeres infectadas por VIH. *VIH Med.* 2017; 18 (6): 440-443. pmid: 28000379
37. Chou R, Cantor AG, Zakher B, Bougatsos C. Detección del VIH en mujeres embarazadas: revisión sistemática para actualizar la recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. De 2005. *Ann Intern Med* 2012; 157: 719.
38. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, y col. Una revisión nacional de la transmisión vertical del VIH. *AIDS* 2012; 26: 757.

39. Liliana Puga et al. Transmisión de la infección del VIH de madre a hijo en la era de la terapia antirretroviral de gran actividad. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 458.
40. Peters VB, Liu KL, Robinson LG, y col. Tendencias en la prevención del VIH perinatal en la ciudad de Nueva York, 1994-2003. *Am J Public Health* 2008; 98: 1857.
41. Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, y col. No hay transmisión perinatal de VIH-1 de mujeres con terapia antirretroviral efectiva que comience antes de la concepción. *Clin Infect Dis* 2015; 61: 1715.
42. Abrams EJ, Ioannidis JP, Ammann A, y col. Transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 por mujeres embarazadas con cargas de virus de ARN <1000 copias / ml. *J Infect Dis* 2001; 183: 539.
43. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; : CD003510.
44. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, y col. Reducción de la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 con tratamiento con zidovudina. Grupo de estudio del protocolo 076 del Grupo de ensayos clínicos sobre el SIDA pediátrico. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173.
45. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. Una sola dosis de nevirapina perinatal más zidovudina estándar para prevenir la transmisión del VIH-1 de madre a hijo en Tailandia. *N Engl J Med* 2004; 351: 217.



46. Fowler MG, Qin M, Fiscus SA, y col. Beneficios y riesgos de la terapia antirretroviral para la prevención del VIH perinatal. *N Engl J Med* 2016; 375: 1726.
47. Jackson JB, Musoke P, Fleming T, y col. Nevirapina en dosis única intraparto y neonatal en comparación con zidovudina para la prevención de la transmisión del VIH-1 de madre a hijo en Kampala, Uganda: seguimiento de 18 meses del ensayo aleatorizado HIVNET 012. *Lancet* 2003; 362: 859.
48. Marie LN et al. Eficacia de tres regímenes de zidovudina y lamivudina de corta duración para prevenir la transmisión temprana y tardía de VIH-1 de madre a hijo en Tanzania, Sudáfrica y Uganda (estudio Petra): un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. *Lancet* 2002; 359: 1178.
49. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. Un ensayo de esquemas de zidovudina acortados para prevenir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana de madre a hijo tipo 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. *N Engl J Med* 2000; 343: 982.
50. Hoffman RM, Black V, Technau K, y col. Efectos de la duración y el régimen de la terapia antirretroviral altamente activa sobre el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo en Johannesburgo, Sudáfrica. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 54:35.
51. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Inicio temprano de TAR y disminución adicional de las tasas de transmisión de VIH de madre a hijo, 2000-2011. *AIDS* 2014; 28: 1049.

52. Leer PJ, Mandalia S, Khan P, et al. ¿Cuándo se debe iniciar HAART en el embarazo para lograr una carga viral indetectable del VIH por parto? AIDS 2012; 26: 1095.
53. Katz IT, Leister E, Kacanek D, y col. Factores asociados con la falta de supresión viral en el momento del parto entre mujeres muy activas con terapia antirretroviral sin tratamiento previo: un estudio de cohortes. Ann Intern Med 2015; 162: 90.
54. Rachas A, Warszawski J, Le Chenadec J, et al. ¿Afecta el embarazo la respuesta temprana a cART? AIDS 2013; 27: 357.

# **ANEXOS**

**ANEXO N°01**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

ALUMNO: LAZO CARDENAS, ANGELO ALFREDO

ASESOR: ANGULO REYES, ROY MARTIN

LOCAL: HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO

TEMA: COMPLICACIONES EN GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: COMPLICACIONES</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>PARTO PRETERMINO</b>	Amenaza de parto pretermino, antecedente de parto pretermino, antecedente de aborto	Nominal	Ficha de recoleccion de datos
<b>PREECLAMPSIA</b>	Hipertension gestacional, antecedente preeclampsia, eclampsia, Sd. Hellp	Nominal	Ficha de recoleccion de datos
<b>ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>	Menor a 18 horas, de 18 a 24 horas, mayor a 24 horas	Nominal	Ficha de recoleccion de datos
<b>ANEMIA</b>	Leve, Moderada y Severa	Nominal	Ficha de recoleccion de datos

## ANEXO N°02

### INSTRUMENTO



#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Información para realizar LA TESIS “COMPLICACIONES EN GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO EN EL PERIODO ENERO -DICIEMBRE 2018”

Historia clínica:

N° Ficha:

Fecha:

Parto pretérmino: sí ( ) no ( ) Parto a término: sí ( ) no ( )

#### I. DATOS DESOCIO – DEMOGRÁFICOS:

1. Edad :

2. Nivel de Instrucción:

- Analfabeto( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )

3. Estado civil :

- Soltera ( )
- Conviviente ( )
- Casada ( )
- Otros( )

#### II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS :

4. Paridad: G: \_\_ P: \_\_ \_\_ \_\_

Primigesta: ( ) Segundigesta ( ) multigesta: ( ) gran multigesta: ( )

5. Número de controles prenatales: sí ( ) no ( ); ¿Cuántos? : \_\_

6. Antecedentes de parto pretérmino : sí ( ) no ( )

7. Amenaza de parto pretérmino : sí ( ) no ( )

8. Antecedente de aborto : sí ( ) no ( )

**I. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

9. Anemia ( Hb ) :sí ( ) no ( )

- Leve: Hb de 10 a 10,9 g/dl ( )
- Moderada : Hb de 7 a 9,9 g/dl ( )
- Severa: Hb menos de 7 g/dl ( )

10.Trastorno Hipertensivo del embarazo : sí ( ) no ( )

- Hipertensión gestacional ( )
- Preeclampsia ( )
- Eclampsia ( )
- Hipertensión crónica más Preeclampsia( )
- Síndrome de Hellp ( )

11.Infección del Tracto Urinario (ITU) : sí ( ) no ( )

12.Ruptura Prematura de Membrana (RPM): sí ( ) no ( )

13.Otros : si ( ) no ( )

## ANEXO N°03

### VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS

#### Informe de Opinión de experto

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del experto: Angulo Reyes, Roy Martin
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente, UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodologo
- 1.4 Nombre del Instrumento: complicaciones en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida que reciben targa en el servicio de gineco-obstetricia del hospital san jose del callao en el periodo julio – diciembre del 2018.
- 1.5 Autor del instrumento: Lazo Cardenas, Angelo Alfredo

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre complicaciones en gestantes con VIH que recibe TARGA					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer complicaciones en gestantes con VIH que reciben TARGA					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de las complicaciones en gestantes con VIH que reciben TARGA					✓

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ..... *Aplicada* .....

IV.- PROMEDIO DE VALORACION:

90%

Lugar y Fecha: Lima 02 de febrero de 2019

  
M. C. Roy Martin Angulo Rey  
 Firma del Experto Informante

**Informe de Opinión de experto**

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del experto: Bazan Rodriguez, Elsi Noemi
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente, UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Estadística
- 1.4 Nombre del Instrumento: complicaciones en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida que reciben targa en el servicio de gineco-obstetricia del hospital san jose del callao en el periodo julio – diciembre del 2018.
- 1.5 Autor del instrumento: Lazo Cardenas, Angelo Alfredo

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

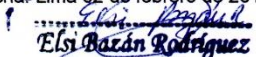
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					83%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					83%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre complicaciones en gestantes con VIH que recibe TARGA					83%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					83%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					83%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer complicaciones en gestantes con VIH que reciben TARGA					83%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					83%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					83%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de las complicaciones en gestantes con VIH que reciben TARGA					83%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplice

IV.- PROMEDIO DE VALORACION:

83%

Lugar y Fecha: Lima 02 de febrero de 2019

  
**Elsi Bazán Rodríguez**  
 COESPE N° 444  
 Firma del Experto Informante



### Informe de Opinión de experto

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del experto: *Rodríguez Velásquez Miguel*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico, Hospital San José  
 1.3 Tipo de Experto: Especialista  
 1.4 Nombre del Instrumento: complicaciones en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida que reciben targa en el servicio de gineco-obstetricia del hospital San José del callao en el periodo julio – diciembre del 2018.  
 1.5 Autor del instrumento: Lazo Cárdenas, Angelo Alfredo

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre complicaciones en gestantes con VIH que recibe TARGA					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer complicaciones en gestantes con VIH que reciben TARGA					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de las complicaciones en gestantes con VIH que reciben TARGA					✓

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Alta*

IV.- PROMEDIO DE VALORACION: *90%*

Lugar y Fecha: Lima 04 de febrero de 2019


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
 DIRESA - HOSPITAL SAN JOSE  
 Firma del Experto Informante.....  
 Dr. MIGUEL RODRIGUEZ VELASQUEZ  
 Médico Gineco Obstetra  
 C.M.P. 27845 R.N.E. 18300

**ANEXO N°04**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**ALUMNO: LAZO CARDENAS, ANGELO ALFREDO**

**ASESOR: ANGULO REYES, ROY MARTIN**

**LOCAL: HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO**

**TEMA: COMPLICACIONES EN GESTANTES PORTADORAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2018**

68

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>
<p><b>General:</b> ¿Cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA atendidas en el Hospital San José del Callao desde enero a diciembre del 2018?</p> <p><b>Específicos</b></p> <p><b>PE1:</b> ¿Es la infección del tracto urinario una complicación en las gestantes portadoras del</p>	<p><b>General:</b> Determinar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao.</p> <p><b>Específicos</b> <b>OE1:</b> Identificar la infección del tracto urinario como complicación en las gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao</p>	<p><b>Variable Independiente:</b> Complicaciones</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de parto pretérmino</li> <li>- Antecedente de aborto</li> <li>- Paridad</li> <li>- Edad gestacional al momento del parto</li> <li>- Anemia: variable cualitativa ordinal</li> <li>- Trastorno Hipertensivo del embarazo</li> </ul>

<p>VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?</p> <p><b>PE2:</b> ¿Es la preeclampsia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?</p> <p><b>PE3:</b> ¿Es el parto pretermino una complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?</p> <p><b>PE4:</b> ¿Es la anemia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao?</p>	<p><b>OE2:</b> Identificar la preeclampsia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao</p> <p><b>OE3:</b> Identificar el parto pretermino como complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao</p> <p><b>OE4:</b> Identificar la anemia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital San José del Callao</p>	<p>- Infección del tracto urinario</p>
<b>Diseño metodológico</b>	<b>Población y Muestra</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
<p><b>NIVEL:</b> Descriptivo</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACION:</b> En la presente tesis es de tipo retrospectivo porque se utiliza datos recolectados en historias clínicas y transversal porque estudia las variables en un determinado intervalo de tiempo.</p>	<p><b>Población:</b> La población de nuestro estudio por parte de las embarazadas que también sean portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA serán un total de 78 mujeres que sean atendidas en el Hospital San José del Callao durante el periodo 2018</p> <p>N=78</p> <p><b>Criterios de inclusión</b></p>	<p><b>Técnica:</b> Ficha de recolección de datos</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestantes que se atendieron en el Hospital San José del Callao</li><li>• Gestantes con diagnóstico de VIH que reciben</li><li>• Gestantes sin ninguna comorbilidad diagnosticada</li></ul> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gestantes que no se atendieron en el Hospital San José del Callao</li><li>• Gestantes sin el diagnóstico de VIH</li><li>• Gestantes con comorbilidad diagnosticada</li></ul> <p><b>MUESTRA:</b> En el presente trabajo, dado que la población posee un numero pequeños de elementos, no será necesario un muestreo, contando con la participación de 78 pacientes que se recolectaran sus historias clínicas, de las cuales fueron atendidas en el Hospital San José del Callao durante el periodo 2018.</p>	
--	--	--