



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

**FACTORES MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y FETALES
QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN
VERTICAL DE VIH EN PACIENTES EMBARAZADAS
EN EL HOSPITAL GENERAL DEL SUR.**

LINEA DE INVESTIGACION

EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

**PREVIO AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

AUTOR

ALEJANDRO CEVALLOS CADENA

ASESORA

PhD. ESPERANZA PALENCIA

Esmeraldas, 2021

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Presidente tribunal de Graduación

Lectora 2

Directora de Tesis

Coordinador de Carrera

Esmeraldas,

AUTORÍA

Yo, CEVALLOS CADENA ESTEBAN ALEJANDRO, declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

El contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora y de la PUCESE.

Esteban Alejandro Cevallos Cadena

CI 085046112-0

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de estudiar y de prepararme cada día, por darme la fortaleza y la resiliencia necesaria para seguir con entereza mi vida, por mostrarme el camino del saber, y enseñarme con amor y dolor lo que es convertirse en un profesional de enfermería.

Con inmenso amor, le agradezco a mi madre Mercedes Cadena Erazo, por ser el motor que impulsa mi vida, por ser mi ejemplo de superación, humildad y amor, por creer siempre en mí. Ella ha sido padre y madre para mí todos los días de su vida, por eso y más le doy las gracias con todo mi corazón y le recuerdo que este logro es de los dos.

Le agradezco a mis hermanos Stefanía, Daena, Duvan y Livy por motivarme, escucharme y ser el público que siempre toma una actitud plausible conmigo. Por ser ellos los mejores amigos que siempre me impulsan para no claudicar, y que con su presencia me inspiran para hacer realidad mis sueños. Ustedes me recuerdan que debo ser mejor cada día.

Sincero agradecimiento al Colegio Sagrado Corazón por el apoyo brindado, y de forma especial al padre Vivero, a la señora Julieta y al señor Jaime, por creer en mis esfuerzos, y apoyarme aun en los momentos más difíciles para ellos.

A todos los docentes de la universidad, y en el especial a los que forman la Escuela de Enfermería, gracias a todos ustedes por sembrar el conocimiento en la mente de los estudiantes, por enseñarnos con la teoría y moldearnos con la práctica, por inculcarnos la responsabilidad profesional y enseñarnos la importancia del amor a nuestra profesión. Le agradezco a la Lcda. María Teresa Torres por ayudarme a salir de mi zona de confort y por enseñarme la importancia de la humildad.

A la universidad, por abrirme las puertas para prepararme en mi carrera profesional, prometo no defraudarlos y replicar todo lo bueno que se me ha enseñado.

DEDICATORIA

Le dedico de forma especial esta investigación a mi familia, por creer en mí y mostrarme siempre su apoyo, por darme su respaldo y el calor del hogar.

A mis amigos, Clerque, Miguel y Byran por ser el grupo anímico con el que renuevo mis sueños, por ser las personas que me motivan y felicitan con el aprecio más sincero de sus corazones.

A los docentes, para recordarles el arduo y excelente trabajo que hacen cada día como educadores, y para mostrarles que esta investigación ha finalizado de manera exitosa con cada una de sus enseñanzas.

A mis compañeros de clases, por hacer mejor el ambiente estudiantil y por hacerme una persona holística que valora el trabajo en equipo.

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
Presentación del tema de investigación.....	1
Planteamiento del problema	3
Justificación.....	7
OBJETIVOS	8
CAPITULO I.....	9
MARCO TEÓRICO	9
1.1. Bases teórico-científicas.....	9
1.2. Antecedentes	14
1.3. Marco legal.....	16
CAPÍTULO II	18
MATERIALES Y MÉTODOS	18
2.1 Tipo de estudio.....	18
2.2 Población y muestra	18
2.3 Definición conceptual y operacionalización de variables	19
2.4 Métodos.....	19
2.5 Técnicas e instrumentos	20
2.6 Análisis de Datos.....	20
2.7 Normas Éticas	20
CAPÍTULO III RESULTADOS	21
CAPITULO IV DISCUSIÓN.....	26
CAPÍTULO V CONCLUSIONES	28
CAPITULO VI RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución y relación de las variables categóricas.....	21
Tabla 2 Distribución y relación de las variables categóricas.....	22
Tabla 3 Carga viral y CD4 en las pacientes embarazadas	23
Tabla 4 Tratamiento antirretroviral en la paciente embarazada	24
Tabla 5 Patologías obstétricas dependiente del recuento CD4.....	25

RESUMEN

La transmisión vertical por VIH, también conocida como maternoinfantil, es la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana de una madre portadora a su hijo, y esto puede ocurrir, antes, durante o después del embarazo. Son varios los factores asociados que inciden en el aumento del riesgo para su transmisión, y se los identifica como factores maternos, obstétricos y fetales. Para el desarrollo de esta investigación se planteó como objetivo establecer los factores que influyen en la transmisión vertical de VIH en pacientes que acuden al Hospital del Sur, mediante un estudio Cuanti/cualitativo de corte transversal y retrospectivo, con un alcance descriptivo. Como técnica de recolección de datos se utilizó la ficha de recolección de datos y la entrevista, teniendo de referencia una muestra de 27 pacientes con VIH del año 2018 – 2019. Los resultados determinaron que el 50% de las pacientes fueron diagnosticadas durante el embarazo, y que el 90% culminó su gestación por cesárea, de los cuales 2 recién nacidos de 27 estaban infectados por el virus, y solo uno fue confirmado con transmisión vertical de VIH en el año 2020, con una carga viral de 1250000 copias y un recuento de células CD4 de 1600. La escasa adherencia de una persona al tratamiento fue el desencadenante para la adquisición de la infección de VIH. Se concluyó que, los principales factores que inciden en transmisión vertical, son los maternos propios de la condición de salud de la madre y los fetales relacionados con las condiciones de salud del menor.

Palabras clave: transmisión vertical, embarazo y VIH, antirretrovirales, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

Vertical transmission by HIV, also known as mother-to-child, is the transmission of the human immunodeficiency virus from a carrier mother to her child, and this can occur before, during or after pregnancy. There are several associated factors that influence the increased risk for its transmission, and they are identified as maternal, obstetric and fetal factors. For the development of this research, the objective was to establish the factors that influence the vertical transmission of HIV in patients who attend the Hospital del Sur, through a quantitative / qualitative cross-sectional and retrospective study, with a descriptive scope. The data collection form and the interview were used as data collection technique, having as reference a sample of 27 patients with HIV from the year 2018 - 2019. The results determined that 50% of the patients were diagnosed during pregnancy, and that 90% completed their pregnancy by cesarean section, of which 2 newborns out of 27 were infected with the virus, and only one was confirmed with vertical transmission of HIV in 2020, with a viral load of 1,250,000 copies and a CD4 cell count of 1600. Poor adherence of a person to treatment was the trigger for the acquisition of HIV infection. It was concluded that the main factors that affect vertical transmission are those of the mother's own health condition and the fetal ones related to the health conditions of the minor.

Key words: vertical transmission, pregnancy and HIV, antiretrovirals, obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de investigación

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una condición adquirida por diferentes medios de transmisión, que pasa de una persona a otra. Hace algunas décadas la transmisión vertical era una problemática de amplio alcance, hoy en día gracias a los esfuerzos del personal sanitario y el trabajo constante de las organizaciones mundiales ha disminuido considerablemente. Cuba es el primer país de Latinoamérica en erradicar al 0% la transmisión materno infantil (1).

El embarazo es un proceso gestacional complejo que se compone de tres etapas en las que se desarrolla el bebé. Un óptimo o deficiente crecimiento va a depender de muchos factores externos e internos. La madre es la base de sostén en la vida del bebé y su estado de salud debe ser el más adecuado. Estar embarazada implica responsabilidades para el cuidado integral de la salud de la madre y el niño (1).

En ocasiones las circunstancias en las que se desarrolla el embarazo se ven afectadas por la presencia de patologías de la madre. Una embarazada que presenta problemas de salud antes, durante o después de su etapa gestacional pone en riesgo su vida y la del bebé. La presencia de enfermedades infecciosas incide en complicaciones maternas, obstétricas y fetales (1,2).

Las personas infectadas con el VIH muchas veces no son conscientes de su enfermedad y su desconocimiento los convierte en un medio de propagación de la infección. Una mujer con VIH en etapa fértil que desconoce de su infección, si no toma las medidas necesarias de protección y no cuenta con una planificación familiar adecuada, tiene un alto riesgo de tener hijos con VIH (2).

Hasta el año 2008, el número de personas infectadas por el VIH en el mundo, según la Organización de las Naciones Unidas (OMS), era de 33.4 millones de habitantes, de los cuales 31.3 millones correspondían a adultos y 2.1 millones a menores de 15 años. Anualmente se informan cerca de dos millones de muertes por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de las cuales 410 mil corresponden a menores de 15 años (2).

La transmisión de VIH de la madre al niño es un tipo de infección cruzada también conocida como vertical o materno infantil, es una forma directa de transmitir el virus al cuerpo del bebé en desarrollo. Son muchos los estudios que aseguran que un estilo de vida adecuada ayuda a la disminución de transmisión, pero en investigaciones recientes establecidas a partir del año 2013 se determinó que no hay una seguridad efectiva al 100%. La mejor manera de prevenir una transmisión vertical es con un respectivo control y adecuado tratamiento para la paciente y el niño (3).

Durante el embarazo la placenta es un medio de barrera y protección para el bebé por su gran capacidad de filtración. Su función permite seleccionar los nutrientes que llegan de la madre al bebé a través de la sangre. La situación se complica debido al estado del virus en el cuerpo de la madre. La carga viral elevada en la gestante determina un aumento de la cantidad del virus y de células especializadas CD4. La placenta pierde eficacia de filtración cuando la sangre de la madre tiene una carga viral muy alta, no identifica las inmunoglobulinas infectadas y le permite el paso al cuerpo del bebé (3).

La transmisión del VIH de madre a hijo, ocurre en el 65 % de los casos durante el proceso de dilatación y el parto, entre el 20-25 % intraútero sobre todo tardíamente y entre el 10 al 15 % por la leche materna (4).

En la transmisión vertical intervienen varios factores, que pueden ser agrupados dentro de tres clases: los maternos considerados propios de la embarazada donde se determina el nivel de la infección en su sangre, la carga viral, recuento de linfocitos CD4 e infecciones concomitantes, déficit de vitamina A y la drogadicción. Los factores obstétricos se presentan durante el proceso de parto donde hay mayor riesgo de infección al bebé, en esta categoría se presentan complicaciones obstétricas como la ruptura prematura de membranas, se incluye también como un riesgo de transmisión la realización de procedimientos invasivos y las hemorragias intraparto. Los factores fetales se presentan después del parto, aquí el producto está expuesto a adquirir la infección por medio de la lactancia materna. Es importante un buen estado del sistema inmunológico y la edad gestacional a término en el bebé para disminuir el riesgo de los factores fetales (1).

Dentro de las consecuencias de infección por VIH en un bebé, se encuentran limitaciones de un buen estado de salud, aumento de la tasa de morbimortalidad y la alta probabilidad para desarrollar el SIDA (1).

Los métodos más efectivos para disminuir el riesgo de transmisión vertical están enfocados en el tratamiento de la madre seropositiva. Esto se consigue a través de la administración de antirretrovirales (TARV) y promoción del parto por cesarí. El parto distócico asegura una protección del bebé disminuyendo los factores obstétricos a la hora del parto, debido a que en este tipo de procedimiento se induce la ruptura de las membranas y se previene una hemorragia intraparto (5).

La prevención oportuna a través de una captación temprana en la mujer con VIH es la mejor manera de disminuir la transmisión en el producto. Otras medidas que ayudan a reducir la transmisión madre-hijo son: el escrutinio de la infección durante las consultas de control prenatal, la asesoría a la embarazada sobre su infección y los riesgos para su producto, la profilaxis con TARV al momento del parto y en el recién nacido, y la supresión de la lactancia materna (6).

En los países en vía de desarrollo sigue el aumento de la tasa de transmisión de infecciones maternoinfantil. La sífilis congénita y el VIH actualmente se integran dentro de diferentes protocolos de actuación de tratamiento, intervención y prevención. En el Ecuador se incluye y garantiza el acceso a pruebas de detección temprana para todas las personas, en el caso de pacientes seropositivas se promueve la utilización TARV y apoyo psicológico (7).

Planteamiento del problema

El VIH en mujeres embarazadas es un riesgo de transmisión vertical en el bebé. La captación temprana de embarazadas seropositivas permite brindar un tratamiento oportuno para la profilaxis y disminución de la carga viral. Cuando no se capta oportunamente a una gestante con VIH aumenta el riesgo de transmisión maternoinfantil (5).

En los últimos años ha aumentado el número de mujeres infectadas con el VIH, según datos estadísticos de la OMS en 1988 el porcentaje de mujeres con SIDA era de un 8% del total de infectados, en 2006 aumento al 27% y en 2010 llegó al 48%. Este fenómeno de impacto en las mujeres genera un número elevado de niños infectados. Mundialmente

un estimado de 420.000 niños son infectados por el VIH cada año y 9/10 caso ocurre en África (8).

Dentro de las causas que contribuyen al aumento de transmisión vertical, encontramos las limitaciones personales y socioculturales que condicionan el nivel de conocimiento de la gestante. La escasa información limita a la embarazada sobre la importancia del cuidado en su embarazo, tal es la repercusión que muchas mujeres llegan al tercer trimestre sin realizarse una prueba de VIH o haber tomado vitaminas esenciales. La falta de ácido fólico y otros elementos como la vitamina A en el embarazo producen un bebé con un déficit en su desarrollo fetal, las consecuencias se manifiestan con alteraciones patológicas en su sistema inmunitario. Estos trastornos generan la pérdida de la función protectora en el organismo del bebé y si su madre está enferma de VIH es alta la probabilidad de transmisión (9).

Las presencias de infecciones vaginales alteran el grado de maduración a término del bebé. En varias situaciones se puede generar una complicación obstétrica como una ruptura prematura de membranas concebido por una corioamnionitis. Cuando se da el caso el bebé nace prematuro y su inmadurez gestacional lo deja expuesto a adquirir infecciones, el riesgo es grave si su madre es portadora del VIH o sífilis (9).

La alimentación de un recién nacido es exclusiva y para ello se promueve la lactancia materna, se condiciona su aplicación según el estado de salud de la madre. El calostro es la primera leche en la que se transmiten todas las inmunoglobulinas necesarias para la protección del recién nacido. Si la madre es portadora del VIH y su carga viral es elevada, le transfiere células CD4 infectadas con el virus a su bebé. Cuando se fomenta la leche materna es importante asegurar que la madre este apta y no tenga infecciones que atraviesen la barrera protectora de las glándulas mamarias. Si la carga viral de la madre es baja el riesgo de transmisión sigue siendo el mismo, porque la prolongación de la leche materna es frecuente y paulatina (9).

Se calcula que en el mundo hay 36, 7 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales 1,8 millones son niños. La mayoría de las personas infectadas por el virus viven en países subdesarrollados. En 2015 se produjeron 2,1 millones de nuevas infecciones. Se estima que unos 35 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el SIDA hasta la fecha. En África Subsahariana en el año 2015 cerca de 150000 niños

contraieron la infección del VIH a través de la madre por diversos medios maternos, obstétricos y fetales (10).

El VIH es el principal factor de riesgo para la tuberculosis activa, según estimaciones de la OMS en el mundo 1,2 de personas de los 10,4 millones con tuberculosis eran seropositivos. En la misma fecha murieron con esta enfermedad 390000 personas diagnosticadas con SIDA. La mayoría de estos casos (75%) se da en la región de África (10).

En Estados Unidos se determinó que en transmisión vertical el riesgo de traspaso transplacentario es del 5%-6% representando el 30% de la infección; durante el parto el riesgo aumenta de un 13%-18%, mecanismo que constituye un 60% de infección y posteriormente por medio de la lactancia materna, se genera el 10% de transmisión (8).

En América Latina se produjo una subida del 7% en 2018 respecto a 2010, según el informe global más reciente del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) sobre el VIH/sida. Alrededor de 1,7 millones de personas se contagiaron del VIH en 2018, un descenso del 16% respecto a 2010. Además, se estima que hay 1,9 millones de personas viviendo con VIH y 1,2 millones con acceso a tratamiento (10, 11).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el número de infecciones de VIH por transmisión vertical es de 8000 casos aproximadamente. Muchos bebés están expuestos a contraer el VIH de su madre (9).

En México se estima que hay 144,127 personas que viven con el VIH, del cual 140,774 son adultos y 3,353 menores de 15 años, así como 19,188 mujeres en edad sexualmente activa. De los casos de infección en menores de 15 años, el 91% se infectó por vía perinatal (2).

Chile es el país de la región con el mayor aumento de nuevos contagios (34%), seguido por Bolivia (22%), Brasil (21%) y Costa Rica (21%). En 2018, el 65% de los nuevos contagios se produjeron en personas de las "poblaciones clave" y sus parejas sexuales (10).

En Colombia la epidemia de infección del VIH se está "feminizando" con un gran alcance, según datos la prevalencia de infección nacional en la población de 15 a 49 años

se estima entre 0,64% y 0,7% lo cual indica que actualmente están infectadas 58.000 mujeres en edad fértil dentro del territorio colombiano (12).

Según datos de la Red Pública Integral de Salud, se confirmó en el año 2016 un total de 55,890 casos de personas portados del virus de VIH, donde se distingue el mayor porcentaje con 89% en el MSP, seguido con un 11% de institución privadas como el IEES (13).

Según el reporte de la Red Pública Integral de Salud, para el año 2016 el Ecuador registra un total de 56.106 casos de VIH/sidas acumulados; el mayor porcentaje lo reporta el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el 88.29%, seguido por el IEES con el 11.06 % (13).

En el Ecuador en el año 2016, según datos oficiales del MSP se registró un total de 493 Expuestos Perinatales, de los cuales se reportaron 13 niños infectados: 12 casos VIH y 1 caso de Sida. A nivel nacional, la provincia del Guayas es la ciudad que reporta más casos en todos los grupos etarios, hay una mayor concentración de los casos de VIH en niños y adolescentes (14).

En la distribución de los casos de VIH/sida por regiones y provincias en el territorio ecuatoriano, se identificó que en la provincia de Esmeraldas se reporta un aproximado de 289 casos, el nivel de exposición se encuentra en el 5.94%. El caso de mayor frecuencia se genera en las mujeres con 171 casos y en los hombres con 118 (13).

En el Hospital Delfina Torres de Concha (HDTC), en el área de centro obstétrico se reciben diariamente de 15 a 25 pacientes que durante el transcurso de 24 horas son ingresadas con el objetivo de culminar su embarazo a través del parto natural o cesárea. El problema principal radica que, en el año 2019, en el hospital de referencia provincial (HDTC) se reportaron 62 casos de mujeres con VIH positivo que se encontraban embarazadas, lo que genero un riesgo de exposición elevado para la proporción de recién nacidos de madres seropositivas (13).

Por lo expuesto se plantea la siguiente pregunta científica: ¿Cuáles son los factores que influyen en la transmisión vertical de pacientes embarazadas que acuden al Hospital del Sur?

Justificación

Las repercusiones sociales que tiene el VIH/sida involucra un gasto desmedido y elevado para su control y tratamiento. Los niños son el futuro de la sociedad, por eso es importante garantizar y asegurar su salud y bienestar previniéndolo de enfermedades desde su concepción.

Brindar información en mujeres de edad fértil es esencial para asegurar un desarrollo adecuado y una eficaz promoción del autocuidado en su hogar. La mujer es el ser que procrea la vida y las condiciones en la que se desarrolla su embarazo deben ser las más apropiadas.

Las cifras de mujeres infectadas en el Ecuador son mayores. Esto demuestra una feminización de la enfermedad, por ello es importante el impacto que debe generar la investigación en el cantón. El cuidado de la salud se debe integrar porque el VIH es una enfermedad que no tiene cura y sin un adecuado tratamiento y estilo de vida puede llevar a la muerte.

En la provincia de Esmeraldas son escasas las investigaciones que se desarrollan sobre el VIH en pacientes embarazadas, por ello será novedoso establecer los factores que aumentan el riesgo de transmisión vertical y analizar la incidencia y prevalencia de los casos ya existentes de transmisión.

Con los resultados de la investigación se quiere contribuir al desarrollo social con la finalidad de influenciar cambios en las conductas y actitudes sociales de la población de Esmeraldas, además se promueve un medio adecuado para cuidar a la paciente embarazada y a su bebé, se asegura el futuro y una vida saludable al niño desde el vientre de su madre. El VIH es una enfermedad que no debe condicionar el futuro del niño, con esta investigación y las propuestas del estado se garantizara todas las medidas de control y actuación necesarias.

El tema del VIH en la línea de estudio Epidemiología y Salud Pública es prioritario dentro de los temas de investigación de la universidad en especial de la Escuela de Enfermería, como contribución de la PUCESE a la comunidad esmeraldeña.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Establecer los factores maternos, obstétricos y fetales que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en pacientes embarazadas en el Hospital General del Sur.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a las pacientes con VIH y antecedentes de embarazo previo con hijos que acuden al Hospital del Sur.
2. Identificar los factores maternos que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en pacientes embarazadas en el Hospital General del Sur.
3. Describir los factores obstétricos que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en paciente embarazadas en el Hospital General del Sur.
4. Identificar los factores fetales que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en paciente embarazadas en el Hospital General del Sur.
5. Determinar la cantidad de menores nacidos de madres seropositivas de VIH y recién tratamiento en el Hospital General del Sur.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teórico-científicas

El virus encargado de generar la enfermedad del SIDA es el VIH. Se divide en dos grupos el VIH-1 y el VIH-2 que pertenecen a la familia de los retrovirus caracterizados por tener una información genética en una molécula nuclear que integra su composición denominada ARN. La composición molecular del virus no contiene ADN, lo que lo vuelve adaptable al genoma común en los seres vivos (16).

La OMS define el VIH como el agente causal de infección en células del sistema inmunitario, alterando o invalidando su función; en relación al SIDA es una abreviatura que se emplea a las etapas más avanzadas o finales de la infección por VIH y se vincula su presencia cuando el sistema inmunitario de la persona se deteriora a tal punto que un leve resfriado puede ser mortal y una leve infección puede causar una septicemia, normalmente hay presencia de más de 20 infecciones oportunistas (17).

Una paciente embarazada seropositiva es aquella mujer, que está cursando por el proceso de gestación y a su vez es portadora del VIH. Por lo general la probabilidad de transmisión vertical para el bebé es baja pero no está exento de adquirir la infección y nacer con VIH. La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión materno infantil (18).

Kourtis y Bulterys, definen la transmisión materno infantil como aquella que se transmite de una madre infectada por el VIH a su hijo, durante la gestación, el trabajo de parto o la lactancia materna (19).

La OPS determina que una persona que adquiere el VIH tiende a los primeros meses o años a ser asintomática, todo va a depender del estado de su sistema inmunitario y el estilo de vida que maneje. La mayoría de las pacientes embarazadas que son seropositivas no presentan manifestaciones clínicas de infección y muchas veces no son conscientes que tienen una infección por VIH (20).

El diagnóstico de VIH en una embarazada debe ser oportuno y rápido, su captación temprana ayuda a disminuir la incidencia o presencia de infección en el recién nacido. El

diagnóstico de infección por el VIH en el recién nacido debe hacerse durante las primeras semanas de vida con la finalidad de iniciar tempranamente el TARV. Se recomienda iniciar TARV en todos los bebés hasta de un año de nacidos infectados por VIH independientemente de su estado clínica o inmunológico, debido al elevado riesgo de aumento del virus con índice de avance a sida o muerte (21).

La transmisión vertical del VIH puede ocurrir: (22)

- 1) Materno o intrauterina, por propagación directa hematogena transplacentaria, por el paso de células CD4 infectadas con el virus o por infiltración ascendente de las membranas y líquido amniótico.
- 2) Al momento del parto o causa obstétrica, por contacto directo mucocutáneo del infante con la sangre materna, líquido amniótico y secreciones cervicovaginales durante el paso por el canal del parto; por infección ascendente desde el cuello uterino; por transfusión materno-fetal a partir de las contracciones uterinas durante el parto o por alguna complicación obstétrica que presente la madre y pueda generar un parto prematuro hasta una sepsis en el saco amniótico y el bebé.
- 3) Prolongación de la lactancia materna, relacionada con el desconocimiento que tiene la madre de su infección de VIH, el calostro que contiene inmunoglobulinas infectadas se administra al bebé y adquiere la infección (22).

Después de identificar las diferentes formas en las que se puede desarrollar la transmisión maternoinfantil, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF-Ecuador en el año 2011, han establecido un protocolo de control denominado “Iniciativa para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe” que tiene como finalidad la asunción integral de acciones para prevenir y diagnosticar el VIH en pacientes embarazadas y manejar actividades de mejora que incidan en disminuir la transmisión maternoinfantil de VIH (23).

La “INICIATIVA DE ELIMINACIÓN” tiene como objetivo la unificación de la asistencia prenatal con la prevención oportuna de la transmisión vertical, optimizando el ingreso de todas y todos a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, la oferta consta con una metodología de consejería, charlas motivacionales y realización de pruebas de prevención y control de VIH a todas las embarazadas. Además, se promueve el uso de TARV compuesto de alta eficiencia para prevenir la transmisión materno al feto,

administración de profilaxis para disminuir la carga viral con TARV al niño durante las primeras semanas de vida. Se educa a las pacientes, sobre la importancia de no promover la lactancia materna, debido a que es un riesgo para la transmisión vertical. El estado garantiza la promoción de leche segura para el recién nacido a través de la entrega de fórmulas lácteas a las madres y previa consejería y educación (11).

La ONUSIDA promueve en un documento publicado en el año 2013 un plan global de prevención:

- a) Prevención primaria de la infección por VIH: implementando acciones que eviten la infección de VIH en mujeres con la finalidad de contribuir a la prevención de la infección maternoinfantil y así se disminuir los índices de recién nacidos seropositivos. Es por ello que los programas que maneja cada Sistema Nacional de salud debe enfocarse en los grupos vulnerables, captando a la mujer en riesgo y a su pareja, esto también se logra brindando campañas de concienciación a jóvenes adolescentes.
- b) Prevención de embarazos no deseados: la mujer seropositiva en muchas circunstancias puede y no saber de su enfermedad, en el caso de que tenga conocimiento se ayudara y proveerá conocimientos necesarios para una respectiva planificación familiar que aseguren un acceso viable para el desarrollo de una familia libre de VIH. Las unidades asistenciales brindaran información necesaria y oportuna a cada paciente embarazo facilitando la toma de sus decisiones promoviendo su autonomía de modo que piense en las consecuencias de un embarazo en su estado actual.
- c) Prevención de la transmisión vertical de VIH: se han desarrollado una gama de alternativas preventivas y de tratamiento específicas dirigidas a embarazadas seropositivas, son prácticas integrales que eliminan o previene la transmisión de VIH al niño menor de un año. Dentro de las acciones preventivas se incluyen pruebas gratuitas de VIH, promoción de información antes del embarazo y planificación familiar. En el caso del tratamiento se incluye la administración de antirretrovirales, las dosis van condicionadas y se asignan según la carga viral de la paciente.
- d) Cuidado, tratamiento, y apoyo a mujeres que viven con VIH, sus hijos y familias. El sistema de salud de cada país deberá incluir acciones encaminadas a mujer con VIH y en caso de ser necesario a la familia (padres, pareja e hijos) con la finalidad

de promover en su hogar el apoyo y el apego que fortalezca el apoyo psicosocial de la mujer seropositiva en estado fértil (17).

De acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para el diagnóstico de VIH en la madre, es elemental la educación y la realización de pruebas de sífilis y VIH. La detección temprana es un paso fundamental para los programas operativos de prevención de transmisión materno-infantil de VIH, además es primordial para intervención oportuna de la paciente seropositiva embarazada que requiere el TARV y atención médica especializada (24).

El MSP en la Guía de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH Y Sífilis Congénita, establece que a todas las embarazadas se les debe solicitar pruebas serológicas durante la primera visita prenatal, por eso todos los médicos generales integrales que las atienden deben enviarles pruebas de prevención, una cada trimestre (3 en total) . Si las pruebas son negativas, se deben repetir en el tercer trimestre y en el parto. Es importante brindar información sobre las acciones preventivas para evitar complicaciones obstétricas y fetales (22).

Las embarazadas que se realizan la prueba de VIH/SIDA y su resultado es positivo, las primeras intervenciones deben ofrecer apoyo emocional. Se protocolizó la realización de un análisis serológico para determinar la carga viral y el conteo de células CD4. La confidencialidad de su diagnóstico es importante y la aplicación del consentimiento informado para empezar el tratamiento (24).

En las normas para la Atención Integral a las personas con VIH en el diagnóstico serológico se estableció que las pruebas se enfocan directamente en la detección de antígenos CD4 en la sangre. Eso significa que las personas que recientemente tuvieron contacto con una persona seropositivo a la hora de hacerse la prueba, sus resultados pueden salir negativo, esto se conoce como periodo de ventana. Es necesario hacerse la prueba después de 6 semanas de la exposición. Las pruebas se agrupan por características serológicas, unas se denominan tamizaje Elisa, pruebas rápidas de confirmación y el Western Blot (24).

Para el Diagnóstico de la infección por VIH en los niños menores de 1 año o recién nacidos deben realizarse pruebas las primeras semanas de vida con la finalidad de determinar si hay presencia del virus en su sangre. Si el resultado es positivo se debe

iniciar rápidamente el tratamiento combinados con el TARV. La OMS/OPS encarga iniciar TARV en todos los niños menores de 1 año y recién nacidos infectados por VIH sin tomar en cuenta su condición clínica o inmunológica, ya que el riesgo de aumento rápido del virus es inminente (25).

Las directrices para el manejo y control de la paciente embarazada seropositiva se realizan a través de la evaluación clínica e inmunológica, cuando se capta a una paciente con estas características se evalúa primeramente su estado clínico con un recuento de los linfocitos CD4 y así se puede determinar la necesidad rápida de tomar antirretrovirales. Si la paciente cumple con los criterios inmunológicos para iniciar el tratamiento, se debe comenzar con el TARV lo más pronto posible. Si no cumple con los criterios se debe iniciar con el TARV como medida de profilaxis para disminuir la probabilidad de transmisión vertical de VIH. Es necesario no dejar avanzar mucho intervalo de tiempo para iniciar la administración de antirretrovirales (22).

En el MAIS se establecen recomendaciones para iniciar el tratamiento de antiretrovirales en pacientes embarazadas con VIH:

- Todas las mujeres embarazadas con conjetura de ARV deben recibir TARV
- El TARV debe iniciarse inmediatamente se establezca la indicación clínica o inmunológica
- Las mujeres que no necesiten TARV para su propia salud en presencia de casos especiales, iniciara el TARV como medida profiláctica independientemente de su condición clínica (23).

En el Protocolo Integrado de VIH en Atención Primaria en el tipo de parto e indicación de cesárea se recomendará hacer uso de precauciones y normas universales para disminuir la tasa de transmisión vertical en el recién nacido, las principales acciones se basan en usar bata, guantes estériles, gorro y protección ocular (24).

A fin de reducir el riesgo de infección en el recién nacido se incluyen:

a) Evitar:

- Procedimientos invasivos
- La episiotomía sin una previa indicación clínica
- La rotura temprana de membranas

- La rotura dilatada de membranas
 - El uso de agujas
 - Amniocentesis
 - Amnioscopía
- b) Pinzar y cortar el cordón umbilical
- c) Utilizar guantes en el recién nacido como medida de protección.
- d) Duchar rápidamente al recién nacido con agua y jabón (24).

1.2. Antecedentes

Son muchas las investigaciones previas para obtener información sobre la transmisión maternoinfantil del VIH.

La ONUSIDA y OMS, realizaron un estudio en varios países del mundo, la investigación denominada Estimaciones más recientes de personas que viven con VIH, tenía como finalidad determinar el porcentaje de las personas seropositivas alrededor del mundo. La metodología aplicada fue cuantitativa de corte transversal. En sus resultados estableció que: el número de personas que viven con el VIH sobrepasa los 40 millones, un 10% más que el año anterior, además, la transmisión vertical sigue en aumento con 12% en Latinoamérica y solo se ha erradico casi por completo en Cuba con un 2% de casos. La epidemia no ha sido controlada en ningún lugar. En prácticamente todos los países del mundo se han producido nuevas infecciones en el año 2011 y son muchos los lugares en los que la epidemia está incontrolada (22).

Prieto en el año 2015, en Madrid realizó una investigación sobre las características y evolución de los programas de prevención de la transmisión vertical de VIH en entornos diferentes. El objetivo de su estudio fue determinar las características de la transmisión vertical. El método aplicado para la recolección de datos fue de cohorte transversal. En sus resultados estableció que: la tasa de transmisión vertical de VIH-1 observada en los 803 pares de madres/niños de Madrid fue de 1.6%. La tasa de transmisión vertical de VIH-1 observada en 69 madres con infección por VIH-1 en Bata fue de 2.9%. Al comparar las características de las madres y los niños con las de 42 un estudio previo en los mismos centros durante el periodo 2008-2011, observamos un aumento significativo en la cobertura antirretroviral durante la gestación (26).

En los Estados Unidos los investigadores Biagini, Grigaitis, y Giri en el año 2015, realizaron un estudio denominado Vivencias del proceso de salud enfermedad-atención del VIH/SIDA. Se tenía como objetivo identificar los casos de mujeres seropositivas embarazadas atendidas en efectores públicos. La metodología utilizada fue de tipo mixta cuanti-cualitativa. En los resultados se estableció que: en la actualidad, más del 95% de las personas en Estados Unidos infectadas por el VIH viven tomando retrovirales, y hasta la fecha, aumenta el nivel desconocimiento con un 70% de personas portados que no sabían de su enfermedad. La falta de información tiene fuertes repercusiones en mujeres en estado fértil que con 18 a 25 años nunca se han realizado una prueba para determinar si tienen el virus en su cuerpo. La transmisión vertical de VIH se mantiene controlada, pero va en avance lento, han aumentado 3% de los casos en niños infectados con el virus (27).

Da Silva y Barbosa en el año 2016, realizaron en México un estudio sobre las formas de enfrentar el SIDA: opinión de madres con niños seropositivos. La finalidad de la investigación fue recopilar información sobre los aspectos psicológicos de una madre con niños seropositivos. Su estudio lo realizaron a través de un análisis cualitativo de los aspectos emocionales predominantes en cada madre. Los autores concluyeron que, de las 200 madres con hijos seropositivos, el 98% sentía culpabilidad por no saber de su enfermedad y transmitírsela al menor, el 89% sentían tristeza al saber que su falta de control en el embarazo es la causa de la transmisión de la enfermedad y el 100% se siente imposibilitada por no poder curar a su hijo del VIH (28).

En los países de Suramérica, la OPS en el año 2014, realizó un estudio de Aproximación epidemiológica de los casos de transmisión vertical de Sífilis y VIH. El objetivo de estudio fue establecer el número actual de nuevas infecciones en niños nacidos de madres seropositivas. Los métodos aplicados para la recolección de datos fueron de tipo longitudinal y cuantitativo. En los resultados durante el año 2011 se produjeron, en toda Suramérica, 3 millones de nuevas infecciones, entre ellas 500.000 niños. Durante el próximo decenio, si no reciben tratamiento y asistencia eficaces, pasarán a engrosar las filas de los más de 8 millones de personas que ya han fallecido a causa de la enfermedad desde 1981. Una décima parte de las personas recién infectadas tenían menos de 15 años de edad y son nacidos de madres seropositivas, lo cual hace que el número de niños vivos con el VIH alcance ahora los 1,2 millones. Se cree que la mayor parte de ellos han

contraído la infección a través de sus madres, antes del nacimiento o durante el parto, o bien a través de la lactancia materna (29).

En Ecuador un estudio denominado Personas que viven con VIH, realizado por UNICEF-ECUADOR en el año 2015. Tenía como finalidad establecer estadísticas actuales de la situación del VIH en el Ecuador. La metodología aplicada fue de tipo histórica bibliográfica. Los resultados de la investigación determinaron que: Existe 1 mujer que vive con VIH/SIDA por cada 2 hombres. 9 de cada 10 niños y niñas que viven con el VIH lo adquirieron de sus madres, quienes nunca se sometieron a la prueba del VIH, ni tenían conocimiento que eran portadoras del virus. El 98% de los casos de mujeres que viven con el virus pueden tener niños y niñas sanos, si se informan oportunamente y reciben el tratamiento adecuado. La prevalencia de VIH en embarazadas en el Ecuador alcanza hasta el 0.7%. en el 2004, dato que duplica del encontrado en el 2001 que fue de 0.3%. El 99% de casos en el Ecuador de VIH-SIDA son por relaciones sexuales sin protección (11).

El MSP en el año 2017, en la campaña Ecuador libre de transmisión de VIH de madre a hijo que se ejecuta desde el 2017. Tenía como objetivo disminuir la tasa de morbilidad infantil por transmisión vertical. Realizó un estudio longitudinal y registro datos importantes hasta la el 2019. Estableció que: la prevalencia de VIH en Ecuador en embarazadas es de 0.18%. La proyección de mujeres embarazadas en 2017 con VIH es de 767. Se calcula que la incidencia de VIH en mujeres embarazadas para lo que resta del 2017 es de 767 nuevos casos de VIH en este grupo de población. En el país 14.363 personas reciben medicamentos en las 32 unidades de Atención Integral de VIH localizadas en los hospitales del MSP. La mortalidad acumulada desde 1984 hasta 2016 es de 17.574 personas (15).

1.3. Marco legal

En esta investigación al determinar los factores maternos, obstétricos y fetales que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en pacientes embarazadas en el Hospital del Sur, se da cumplimiento a los diferentes artículos de la Constitución de la República del Ecuador donde se plantea la protección de los derechos fundamentales, también recogido en el Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021 Toda una Vida:

- En el Art. 17 el estado ecuatoriano garantiza en personas enfermas con VIH/SIDA el acceso a todos los servicios sanitarios sin discriminación alguna. En el caso pacientes embarazadas con VIH, para el buen desarrollo y vitalidad del bebé tendrán acceso a leche materna segura o a sustitutos.
- Como medida de prevención de transmisión vertical el estado ecuatoriano en el Art. 27 garantiza la concienciación a jóvenes adolescentes que empiecen la etapa de madurez (15 a 17 años) con la finalidad de promover mensajes para prevenir embarazos, VIH y otras afecciones de transmisión sexual.
- Basado en el apoyo a la persona en el Art. 32 a través de tratamiento profiláctico en caso de haber sufrido algún tipo de violencia familiar y sexual, el MSP brindará todo el apoyo necesario para prevenir el riesgo de adquirir ITS.
- Se determina la obligatoriedad y se promueve la seguridad social en el Art. 67 para brindar atención especializada a personas enfermas de VIH/SIDA, se dará acceso y disponibilidad de atención médica y medicamentos antirretrovirales (30).

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se llevó a cabo en la clínica de VIH/SIDA del Hospital del Sur Delfina Torres de Concha. La institución está ubicada en el sector San Rafael de la parroquia Simón Plata Torres en la ciudad de Esmeraldas. Esta clínica cuenta con médicos, enfermeros y auxiliares que brinda atención enfocada en la prevención, promoción y tratamiento del VIH/SIDA.

2.1 Tipo de estudio

Conforme a los objetivos planteados, la investigación se realizó a través de un estudio mixto Cuan/cual que permitió sistematizar datos objetivos y subjetivos, que se recopilaron a través de una revisión documental de historias clínicas con información del año 2018 – 2019. Este estudio de corte transversal y retrospectivo permitió seleccionar datos y establecer relaciones entre los factores maternos, obstétricos y fetales con la transmisión vertical de VIH en niños. El alcance de la investigación fue descriptivo.

Es importante destacar que la información recogida es de años posteriores debido a que el diagnóstico confirmatorio de un recién nacido expuesto a VIH, a pesar de su tratamiento se lo hace al año y medio de su nacimiento.

2.2 Población y muestra

La población de estudio estuvo comprendida por (N=27) mujeres seropositivas de 18 a 44 años de edad que entre el año 2018 – 2019 hayan estado embarazadas y tenga hijos con o sin la enfermedad. En relación a la muestra no hubo por ser la población tan pequeña, por eso se trabajó con el 100% de la población. Las personas que participaron en la investigación tuvieron registros de diagnóstico, control y tratamiento en la clínica de VIH/SIDA de la institución.

Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas con VIH positivo que a cuyos hijos se les haya realizado el diagnóstico ya sea negativo o positivo, durante el período 2018-2019.

- Paciente con VIH que haya presentado complicaciones durante el parto o su embarazo en el año 2018-2019.
- Paciente mayor de edad que acuda a la clínica de VIH del HDTC
- Paciente que haya presentado su consentimiento informado para participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Paciente menor de edad seropositivas.
- Paciente con VIH que no estén dentro del corte de tiempo del año 2018-2019.
- Paciente con VIH que no lleva un adecuado control en la unidad.
- Paciente seropositiva con datos y registros falsos o incompletos.
- Pacientes que voluntariamente decidan no formar parte de la investigación.

2.3 Definición conceptual y operacionalización de variables

En esta investigación se utilizaron las siguientes variables:

- **Variable independiente:** factores maternos, obstétricos y fetales; definidos como el conjunto de criterios clínicos que contribuyen a la transmisión maternoinfantil del VIH, estos se pueden presentar durante el embarazo, a la hora del parto y después del nacimiento. Paciente embarazada con VIH/SIDA; es la mujer que se encuentra en estado de gestación y presenta el VIH en su sangre.
- **Variable dependiente:** transmisión vertical de VIH; es la transferencia del VIH de la madre al hijo, se da de forma directa por contacto de sangre durante el parto, o de forma indirecta por medios intrauterinos en el caso de que la carga viral en la madre sea muy elevada durante el embarazo, y a través de la lactancia materna donde se transfieren inmunoglobulinas CD4 infectadas por el virus.

2.4 Métodos

Se emplearon métodos teóricos y estadísticos, para obtener datos cuantitativos y cualitativos que permitieron establecer las probabilidades de transmisión vertical de VIH, la cantidad de menores infectados, todo ello a través de una revisión documental de los datos previos de las pacientes que hayan estado embarazadas en el año 2018 – 2019 y sigan con el tratamiento de antirretrovirales en la clínica de VIH del Hospital.

2.5 Técnicas e instrumentos

Para la obtención y recolección de datos se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos de investigación.

- **Análisis documental:** cuyo instrumento se integra por fichas de recolección de datos para obtener información de la paciente con VIH respecto a la edad, procedencia, escolaridad, estado civil e ingresos; se lo realiza de esta manera para guardar la confidencialidad de los pacientes. La ficha ayudó, además, a recolectar información estadística de datos cuantitativos importantes a través de un cuestionario a historias clínicas, la información obtenida permitió identificar el tratamiento de control para el virus, y los métodos profilácticos de seguridad aplicados al recién nacido.
- **Entrevista:** la información que se recogió en esta entrevista es amplia y generalizada, se obtuvo a través del personal de salud que labora en la clínica de VIH, además, fue tomada como una referencia que permitió determinar si las pacientes embarazadas con VIH en el periodo 2018-2019 tenían información respecto a su enfermedad y la forma de alimentación de su bebé.

2.6 Análisis de Datos

En el análisis de los datos se utilizó la herramienta de Microsoft Excel y Microsoft Word donde se establecieron tablas y figuras con porcentajes y frecuencias relacionadas entre sí, todo esto con la finalidad de establecer la interacción de las variables con los sujetos de estudio (madre y el recién nacido).

2.7 Normas Éticas

Para la elaboración de este estudio se procedió a considerar la aprobación de participación del grupo de interés por medio de su consentimiento informado. Se explicó a los colaboradores que la información obtenida fue tratada con suma confidencialidad y con fines netamente académicos para uso exclusivo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Debido a la sensibilidad e importancia del tema se emitió un oficio de la Universidad al director del Hospital y se firmó un acuerdo de compromiso.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Una vez recogida la información a través de la ficha de recolección de datos y la entrevista indirecta en la clínica de VIH-SIDA del Hospital Delfina Torres de Concha, se establecieron los siguientes resultados.

En cuanto a la distribución porcentual, el grupo poblacional de sexo femenino de 18 a 23 años fue el mayor grupo etario con el 40%, el 80% del grupo habita en zonas rurales; respecto al nivel de escolaridad el 50% tiene estudios de nivel primario; en base al estado civil, el 60% de las mujeres vive con su cónyuge en un estado de unión libre; en relación a los ingresos económicos el 75% del grupo poblacional tiene ingresos mensuales menores a 400\$; y referente al número de gestaciones el 87% del grupo es primigesta.

Tabla 1

Distribución y relación de las variables categóricas

Variable	Valor	Frecuencia	%
Edad	18-23 años	11	40%
	24-29 años	5	20%
	30-35 años	7	25%
	>36 años	4	15%
Procedencia	Urbana	5	20%
	Rural	22	80%
Nivel de escolaridad	Primaria	14	50%
	Secundaria	11	43%
	Nivel superior	2	7%
Estado civil	Soltera	10	37%
	Unión libre	16	60%
	Casada	1	3%
Ingresos económicos	<400\$ mensuales	20	75%
	<800\$ mensuales	5	17%
	>801\$ mensuales	2	8%
Número de gestaciones	1	23	87%
	2	3	10%
	3 o más	1	3%

Fuente: ficha de recolección de datos de pacientes registradas en la clínica de VIH

Identificar la etapa en la que se diagnostica el VIH en la paciente embarazada es elemental para establecer el riesgo materno que se produce para la transmisión vertical. El 50% de las pacientes seropositivas identificaron durante su embarazo (prevalencia en la tercera etapa) que tenían VIH; respecto a la culminación del embarazo el 90% de las pacientes se le realizó cesárea; del total de 27 niños nacidos vivos de madres seropositivas, el 92% no registran la infección y el 8% están infectados por el VIH. Al verificar las pruebas definitivas que se realizan al año y medio de la exposición del recién nacido en tratamiento, se confirmó 1 caso positivo en el año 2019, a pesar de la administración de antirretrovirales.

Tabla 2
Distribución y relación de las variables categóricas

Variable	Valor	Frecuencia	%
Etapa de Diagnóstico de la infección por VIH	En el embarazo	14	50%
	Preconcepcional	10	40%
	Después del parto	3	10%
Culminación del embarazo	Parto natural	3	10%
	Cesárea	24	90%
Recién nacidos expuestos	Infectados por el VIH	2	8%
	Sin infección por VIH	25	92%
Confirmación de la transmisión al año y medio de su nacimiento	Reactivo con carga viral presente	1	3%
	No reactivo	26	97%

Fuente: ficha de recolección de datos

La carga viral y el conteo de CD4 en personas que viven con el VIH, es elemental para determinar el riesgo de progresión que tiene la enfermedad para evolucionar a SIDA. El 86% del grupo de estudio tuvo una carga viral de 0 a 5000 y un conteo de CD4 en un valor normal con 500 a 1600; el riesgo de progresión para evolucionar a SIDA fue mínimo con 3%.

Tabla 3
Carga viral y CD4 en las pacientes embarazadas

Variable / Valor	Frecuencia	Porcentaje	
Carga Viral			
0 – 5000	23	86%	
5001–19000	2	8%	
19001–54000	1	3%	
>54000	1	3%	
Riesgo de progresión			
7%	23	86%	
10%	2	8%	
18%	1	3%	
42%	1	3%	
Recuento de CD4 en 3 ml de sangre			
Valor Normal	500-1600 (20-40%)	24	89%
Valor Anormal	200- 499 (15-19%)	2	8%
Condición de SIDA	<200 (<14%)	1	3%

Fuente: ficha de recolección de datos

El consumo de antirretrovirales para la disminución de la carga viral es fundamental en el tratamiento del VIH, de acuerdo a los resultados obtenidos de la ficha de recolección de datos, el medicamento de base que utilizaron todos los pacientes fueron los inhibidores de la transcriptasa inversa y de la proteasa, en los que destaca el uso de la zidovudina + Lamivudina y Lopinavir + Ritonavir en el 89%. En relación a la frecuencia de utilización del tratamiento, 89% de las pacientes lo cumplió regularmente.

Tabla 4

Tratamiento antirretroviral en la paciente embarazada y la frecuencia del cumplimiento

Tratamiento / Valor	Frecuencia	Porcentaje
Inhibidores de la transcriptasa inversa	27	100%
Efavirenz	0	0%
Nevirapina	3	11%
Zidovudina + Lamivudina	24	89%
Etravirina	0	0
Inhibidores de la proteasa (IP)	27	100%
Atazanavir	0	0%
Darunavir	0	0%
Fosamprenavir	0	0%
Indinavir	3	11%
Lopinavir + Ritonavir	24	89%
Saquinavir	0	0
Tipranavir	0	0
Frecuencia con la que se utiliza el tratamiento	27	100%
Regular	24	89%
Irregular	2	8%
No cumplido	1	3%

Fuente: ficha de recolección de datos

Las patologías obstétricas aumentan el riesgo de transmisión vertical por el medio intrauterino, la pre eclampsia fue la complicación obstétrica con mayor incidencia en las pacientes embarazadas con un 25% de riesgo de transmisión vertical, la eclampsia representó un riesgo del 20% y la Corioamnionitis un riesgo del 10%.

Tabla 5
Patologías obstétricas dependiente del recuento CD4

Patología	Frecuencia	%
Corioamnionitis	2	8%
Pre eclampsia	1	3%
Eclampsia	0	0%
Endometrioma	0	0%
Endometriosis	0	0%
Endometritis	0	0%
Desprendimiento normo placentario	0	0%
Hemorragia obstétrica	2	8%
Ruptura prematura de membrana	10	37%
Ruptura uterina	0	0%
Ninguna	12	44%

Fuente: ficha de recolección de datos

Luego de aplicar la entrevista indirecta al personal de salud que brinda consejería a las madres embarazadas con VIH positivo, los profesionales destacaron que dan indicaciones a las gestantes sobre la importancia de iniciar el tratamiento inmediato una vez confirmada la enfermedad, además de la importancia de NO fomentar la lactancia materna en su bebé debido a que pueden transmitirle el VIH a través de la leche.

Respecto al conocimiento sobre la transmisión vertical, el personal respondió que en todas las consultas médicas que tienen sus pacientes les han brindado información sobre el tema e incluso les han entregado afiches informativos. En relación al tipo de parto, el personal de consejería afirmó brindar información sobre la importancia de la culminación del embarazo a través de la cesárea.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Este estudio sirvió para establecer los factores maternos, obstétricos y fetales que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en pacientes embarazadas en el Hospital Delfina Torres de Concha en el periodo 2018 - 2019.

En la distribución porcentual de los resultados, se destaca que la población de 18 a 23 años constituye el mayor grupo etario con el 40%; y respecto a la procedencia, el 80% de la población proviene de zonas rurales; y finalmente el estado civil del 60% de la población es de unión libre. Estos resultados guardan relación con los de Prieto, donde el grupo de edad de 20 a 24 años representó el 52% de la población estudiada; el lugar de vivienda del 56% se encontraba en la localidad rural de Boca del Río; y en relación a su estado civil, 36 personas que representan el 72% de su población vivían en unión libre (26).

En los resultados encontrados en esta investigación, también se destaca el número de gestaciones, donde el 87% de la población es primigesta; estos resultados guardan relación con los de Prieto, donde obtuvieron que las primigestas representaron la mayoría de los pacientes VIH positivo con el 55,6% (26).

Los resultados obtenidos sobre la etapa de diagnóstico de la infección por VIH, el 50% de la población identificó su condición de VIH positivo durante el embarazo y el 40% sabía de su condición en la etapa preconcepcional. Estos resultados guardan relación con los de Biagini, Grigaitis, y Giri, donde determinaron que, el diagnóstico de infección por VIH del 51,9% de población ocurrió en el embarazo, y el 44,4% se diagnosticó antes del embarazo, es decir ya sabían de su enfermedad. En base a la culminación del embarazo, en nuestra investigación al 90% de la población se le realizó cesárea; estos resultados guardan relación con los Biagini, Grigaitis, y Giri, donde de acuerdo al modo de culminación del embarazo, al 90% se le realizó cesárea segmentaria. Otro resultado que se destaca en este parte es sobre los nacidos aparentemente sanos de madres seropositivas, donde solo el 8% están infectados por VIH, y al año y medio se confirmó el VIH en un paciente; estos resultados guardan relación con los de Biagini, donde en su investigación al evaluar a un total de 25 recién nacidos de madres con VIH determino que el 16% está infectado de VIH (27).

En esta investigación se determinó que la carga viral y el recuento de CD4 del 86% del grupo de estudio va de 0 a 5000 de CV y de 500 a 1600 de TCD4 en cada 3 ml de sangre, esta relación demuestra que el riesgo de progresión de la enfermedad a SIDA es mínimo y se encuentra en un nivel de 7%. Estos resultados tienen similitud con los de Da Silva y Barbosa, donde determinaron que el 68,0% de la población de estudio presentó un recuento de linfocitos T CD4+ en sangre periférica de 500/ μ L y el 74% presentó una carga viral (CV) menor a 1000 copias/MI (28).

El tratamiento de ATRV es primordial tanto para la madre seropositiva como para el recién nacido, en los resultados se determinó que el tipo de medicamento más utilizado por el 89% son la zidovudina + Lamivudina y Lopinavir + Ritonavir, estos resultados no guardan relación con los de Da Silva y Barbosa, en su investigación el 75% de los sujetos de estudio tenían esquemas prescritos con zidovudina + nenviparina y saquinavir (28). En los resultados de nuestra investigación también, se destaca la frecuencia con la que la población recibió el tratamiento, donde se identificó que el 89% de las pacientes lo cumplieron regularmente, el 8% lo hizo de forma irregular y el 3% no lo cumplió, esto generó la infección de un recién nacido confirmado al año y medio; estos resultados guardan relación con los de Prieto, donde señala que del 11,1 % de la población que no cumplió el tratamiento antirretroviral o lo hizo de forma irregular son pacientes que resultaron con hijos positivos por PCR ADN para VIH (26).

Según los datos obtenidos en las historias clínicas a través de la ficha de recolección de datos, la ruptura prematura de membranas fue la complicación obstétrica con mayor incidencia en el 37% de las pacientes embarazadas. Estos resultados guardan relación con los de Da Silva y Barbosa, donde en una revisión sistemática encontraron que en 26 recién nacidos infectados con VIH la complicación obstétrica prevalente fue la rotura de las bolsas mayor de 4 h (28).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Los principales factores que influyen en la transmisión vertical de VIH, según la información recabada en pacientes que acuden a la clínica de VIH-SIDA del Hospital Delfina Torres de Concha son:

a- Los factores maternos, en los que destaca el aumento elevado de carga viral y un recuento bajo de CD4 en el último trimestre del embarazo, esto hace que el riesgo de transmisión sea elevado y, además, que las células infectadas por el virus pasen de la madre al niño; otros factores identificados son los obstétricos, debido a la presencia de complicaciones en la etapa del parto, y la forma de culminación del mismo.

En la clínica de VIH-SIDA del Hospital Delfina Torres, gran porcentaje de las mujeres con VIH positivo fueron diagnosticadas durante su embarazo, en relación a ello casi todas pudieron culminar su gestación de forma segura a través de la cesárea, donde el riesgo de transmisión vertical de VIH de los recién nacidos es mínimo, y además el personal de salud puede brindarle seguridad sanitaria y tratamiento oportuno y efectivo para la madre y el niño.

La carga viral elevada, y un recuento bajo de CD4 en la mujer embarazada con VIH +, genera un riesgo elevado de progresión de VIH a SIDA, esto refleja que el nivel de vulnerabilidad para el feto es alto y pone en riesgo su condición de salud, pudiendo terminar como portado confirmatorio de la infección por VIH.

El tratamiento antirretroviral es elemental para la madre seropositiva y para el recién nacido, y la eficacia del tratamiento no solo va a depender del tipo de medicamento, sino también de la frecuencia de utilidad. Los fármacos más utilizados son los inhibidores de la proteasa y los de la transcriptasa reversa no nucleósidos, en los que destacan la combinación de Zidovudina + Lamivudina y Lopinavir + Ritonavir.

En cuanto al nivel de conocimiento de la madre sobre temas relacionados con la transmisión vertical, en pacientes con VIH, determina una actuación efectiva de la madre hacia el recién nacido. A través de la entrevista que brindan los profesionales de salud se brinda conocimientos, tanto en las pacientes seropositivas embarazadas como en las

pacientes seropositivas con antecedentes previos de embarazos con hijos y a sus familiares en general.

b- Los factores obstétricos como complicaciones obstétricas las cuales representan un riesgo elevado para la transmisión vertical, tanto así, que gran proporción de los partos en gestantes seropositivas son cesáreas. La complicación obstétrica presente con mayor frecuencia es la ruptura prematura de membranas.

c- Finalmente se identifican los factores fetales, donde el recién nacido con su salud en riesgo por la presencia de infecciones, bajo y desnutrición, y además con escasa adherencia al tratamiento antirretroviral terminara con la adquisición de la infección de VIH. No tener un seguimiento adecuado, y apego constante al tratamiento antirretroviral es un riesgo elevado para el desarrollo de la infección, la etapa crucial que determinara si un recién nacido es VIH positivo o negativo dependerá de la constancia y frecuencia con la que toma el tratamiento para la disminución de la carga viral y anulación de las copias del virus en la sangre.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

A los pacientes de estudio:

- La captación temprana y oportuna de pacientes embarazadas con VIH es crucial y permite evitar la transmisión vertical, por eso es importante que las pacientes sigan un control adecuado de su embarazo y así puedan evitar la presencia de factores maternos, obstétricos y fetales que aumenten el riesgo de transmisión vertical de VIH.
- La forma más efectiva para la culminación del embarazo debe hacerse a través de la cesárea ya que es el método más efectivo y que presenta menores riesgo para transmitir la infección de la madre al menor.
- El tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH, disminuye la carga viral y permite el aumento de CD4, al mismo tiempo que disminuye el riesgo de progresión de la enfermedad, por tal razón es crucial, que las pacientes seropositivas tengan un control minucioso de su tratamiento y asistan al control natal de forma regular.
- Es importante que las pacientes, lean y se instruyan con información importante, que tengan todos los conocimientos necesarios para evitar los principales factores que, inciden en la trasmisión vertical.

Al personal de salud:

- Brindar información oportuna a través de charlas individualizadas a pacientes con VIH.
- Captar de forma oportuna a las pacientes con VIH que están en edad fértil o embarazadas, para que promuevan tratamientos adecuados y efectivos que cuiden de la salud de la madre y el bebé, al mismo tiempo que previenen la transmisión vertical.
- Promover el tamizaje de la mujer embarazada, en la primera consulta prenatal
- Identificar la terapia antirretroviral (TARV) más efectiva para la mujer embarazada con VIH.
- Explicar a las pacientes con VIH embarazadas la vía de parto adecuada.

- Fomentar la consejería para la madre seropositiva, sobre adherencia al tratamiento, lactancia materna, sexo seguro y nuevos embarazos.
- Brindar atención efectiva tanto a la madre seropositiva como al recién nacido.

A la escuela de enfermería:

- Fomentar la investigación en la población universitaria, enfocándose en temas central que den solución a propagación del VIH en la población Esmeraldeña.
- Apoyar a los estudiantes para que promuevan investigaciones relacionadas con el tema del VIH en la mujer y el recién nacido.

Referencias Bibliográficas

1. González I. SIDA en el niño por transmisión vertical en Cuba. [Tesis de internet] [Cuba]: Universidad de la Habana. Ciudad Habana; 2014 [Citado 24 de ago 2018]. Recuperado a partir de: http://tesis.repo.sld.cu/18/1/ida_gonzalez.pdf
2. Díaz V, González M. Factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS de Veracruz. [Internet]. 2018 [Citado 30 de nov 2019]. 27(4): 229-234. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400005&Ing=es.
3. Ministerio de Salud Pública. Guía de prevención y control de la transmisión maternoinfantil de vih. Protocolos del MSP. [Internet] 2015. [Citado 30 de nov 2019]. Recuperado a partir de: [MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR \(msp.gov.ec\)](http://www.msp.gov.ec)
4. Organización Mundial de la Salud. Informe anual de los casos de embarazos con prevalencia de VIH. Incidencia en país subdesarrollados [Internet]. 2017. OMS. [citado 30 nov 2019]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/ql5msds>
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe OMS sobre estadísticas mundiales del embarazo. El embarazo y el VIH/SIDA en Latinoamérica [Internet]. México: OPS; 2018 [citado 24 nov 2019]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/6h8z>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe quimestral de las cifras de embarazos . Análisis de los casos de transmisión vertical de Latinoamérica. [Internet]. 2017 [Citado 30 de nov 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
7. Organización Panamerica de la Salud. “Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2018. OPS. [Citado 27 de nov 2019]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/rofybdf>
8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación de la epidemia de Sida. Reportes epidemiológicos. [Internet]. 2019. ONUSIDA. [Citado 27 de nov 2019]. Recuperado a partir de: [ONUSIDA \(unaids.org\)](http://www.unaids.org)
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. VIH y Sida. [Internet]. 2018. UNICEF. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: [VIH y Sida | UNICEF](http://www.unicef.org)
10. Ministerio de Salud Pública. INFORME GAM ECUADOR Monitoreo Global del Sida. [Internet]. Ecuador. 2016. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: [ECU_2017_countryreport.pdf \(unaids.org\)](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf)
11. Ministerio de Salud Pública. Atención Integral a las personas con VIH en el Diagnóstico serológico. [Internet]. Ecuador. 2016. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

12. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. El OIEA y ONUSIDA cooperan en la lucha contra el cáncer cervicouterino y el VIH. [Internet]. 2015. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: [Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida \(ONUSIDA\) | OIEA \(iaea.org\)](http://www.oiea.org/es/programa-conjunto-de-las-naciones-unidas-sobre-el-vih-sida-onusida)
13. Manual de Atención Integral en Salud. Manual de capacitación en el manejo integral de personas que viven con el VIH. [Internet]. 2015. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: [Manual capacitacion fio.indd \(ministeriodesalud.go.cr\)](http://www.ministeriodesalud.gov.cr)
14. Salud Pública y Bienestar Social. Protocolo integrado DE VIH e ITS en Atención Primaria. [Internet]. 2017. España. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179422/protocolo_integrado-vih-e-its.pdf
15. Ministerio de Salud Pública. Programas nacionales del SIDA: guía de monitoreo y evaluación de la atención y apoyo relacionados con el VIH. [Internet]; 2017. Ecuador. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-libre-de-transmision-de-vih-de-madre-a-hijo/>.
16. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estimaciones más recientes de personas que viven con VIH. Health. [Internet]; 2018. Ecuador. [Citado 12 de dic 2019]. Recuperado a partir de: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta_vih_2019-1.pdf
17. Biagini, Grigaitis L, Giri B. Vivencias del proceso de salud enfermedad-atención del vih/sida: un estudio de casos de mujeres seropositivas embarazadas atendidas en efectores públicos seleccionados. [Internet]; 2015. Ecuador. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [2013-06 embarazo-vih-sida.pdf \(salud.gob.ar\)](#)
18. Da Silva, Barbosa A. Formas de enfrentar el SIDA: opinión de madres con niños seropositivos. [Internet]; 2016. Brasil. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [SciELO - Brasil - Ways of coping with AIDS: opinion of mothers with HIV children Ways of coping with AIDS: opinion of mothers with HIV children](#)
19. Prieto Tato L. Características y evolución de los programas de prevención de la transmisión vertical de VIH en entornos diferentes. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. España. 2015. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN ENTORNOS DIFERENTES \(ucm.es\)](#)
20. Kourtis , Bulterys S. Mother-to-child transmission of HIV: pathogenesis, mechanisms and pathways. Clin Perinatol.[Internet]. 2016. [Citado 4 de feb 2020]. Immunol Rev. 8(9): 65 – 69. Recuperado a partir de: [\(PDF\) Transmisión maternoinfantil del VIH: patogénesis, mecanismos y vías \(researchgate.net\)](#)
21. Tobin, Nicole H y Grace M Aldrovandi. Inmunología de la infección pediátrica por VIH. [Internet]. 2017. [Citado 4 de feb 2020]. Revisiones inmunológicas vol.

- 254,1 (2013): 143-69. Recuperado a partir de: [Inmunología de la infección pediátrica por VIH \(nih.gov\)](#)
22. Modelo de Atención Integral de Salud. Salud Nacional y las actividades del estado para garantizar la protección contra el VIH. [Internet]. 2017. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M_AIS-MSP12.12.12.pdf
23. Antela L. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH. [Internet]. 2015. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [GUÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL MATERNO INFANTIL VIH.pdf \(calidadsalud.gob.ec\)](#)
24. Linares F, Méndez N. Transmisión vertical de VIH en pacientes de la consulta de infectología. [Internet]. 2016. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [06-linares-c-104-112.pdf \(bvsalud.org\)](#)
25. Cecchini D, Martínez M, Nieto C. Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires. [Internet]. Argentina. 2015. [Citado 4 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina \(paho.org\)](#)
26. Roig Alvarez Tania, González Núñez Ida, Berdasquera Corcho Denis, Hernández Varea José Antonio, Burgos Aragüez Dailé. Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de la transmisión vertical. Rev cubana Obstet Gineco [Internet]. 2017. [citado 10 de Ago 2020]. 33(1). Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100005&lng=e.
27. Constitución de la República del Ecuador. Tribunal constitucional. [Internet]. 2008. [Citado 15 de feb 2020]. Recuperado a partir de: [RODS-W \(uteq.edu.ec\)](#)
28. Ley Orgánica de Salud. Estatutos legales del Ecuador. [Internet]. 2015. [Citado 15 de feb 2020]. Recuperado a partir de: <http://Users/%C2%BA1/Downloads/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
29. Ministerio de Salud Pública. La Política Intersectorial de Prevención del Embarazo. [Internet]. 2020. [Citado 6 de jun 2020]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/skazb>
30. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Fascículo provincial esmeraldas. [Internet]. 2015. [Citado 3 de ago 2020] Recuperado a partir de: <https://n9.cl/hl56f>

Anexos

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/instrumento
Caracterizar a las pacientes con VIH que están embarazadas o tengan antecedentes de embarazos previos con hijos y acuden al Hospital del Sur.	Paciente embarazada o con antecedentes previos de embarazo con hijos	Mujer que se encuentra o estuvo en estado de gestación y presento cambios anatómicos y fisiológicos como medida de adaptación a su etapa.	Edad Procedencia Escolaridad Estado civil Ingresos socioeconómicos Número de gestaciones	18-23 24-29 30-35 36-40 Zona rural Zona urbana Primera Secundaria Superior Soltera Casada Unión libre Viuda <400 \$ < 800 \$ >801 \$ 1, 2, 3, 4... o mas	Ficha de recolección de datos

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/instrumento
Identificar el momento de diagnóstico de infección por VIH en la paciente de estudio.	Diagnóstico de la infección por VIH	Es la identificación del virus del VIH a través de pruebas de sangre o saliva. Las pruebas disponibles incluyen: Pruebas de antígenos y anticuerpos	Etapas del diagnóstico de la infección	<ul style="list-style-type: none"> - En el embarazo - Preconcepcional - Después del parto 	Ficha de recolección de datos
Identificar el modo de culminación del embarazo en las pacientes con VIH.	Culminación del embarazo	Es la etapa final del embarazo, en la que el bebé va a nacer y puede hacerse de diferentes formas.	Modo de culminación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Parto natural - Cesárea - Aún en embarazo 	Ficha de recolección de datos
Identificar el estado de los nacidos aparentemente sanos de pacientes seropositivas.	Nacidos aparentemente sanos	Es un bebé que acaba de nacer y al cual se le realiza una revisión médica inmediata para determinar su estado de salud.	Nacidos aparentemente sanos	<ul style="list-style-type: none"> - Infectados por VIH - Sin infección por VIH 	Ficha de recolección de datos

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/instrumento
Identificar la carga viral y recuento de CD4 en las pacientes de estudio que acuden al Hospital del Sur.	Carga viral	La carga viral es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales.	Carga viral (copias del virus en cada ml de sangre)	0 – 5000 5001 – 19000 19001 – 54000 > 54001	Ficha de recolección de datos
			Riesgo de progresión de la enfermedad	7% 10% 18% 42%	
	Recuento de CD4	El recuento de CD4 es la prueba que indica el número de células CD4 que hay en una gota de sangre.	Recuento de CD4 (valor normal por cada 3 mm de sangre)	500 a 1600 (20% a 40%)	
			Valor anormal	200 a 499 (15% a 19%)	
			Condición SIDA	< 200 (< 14%)	

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/instrumento
Conocer el tratamiento antirretroviral y la frecuencia del cumplimiento de las pacientes de estudio.	Tratamiento antirretroviral	Es la utilización de medicamentos antivirales para el tratamiento y control de infecciones como el VIH/SIDA.	<p>Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos</p> <p>Inhibidores de la proteasa (IP)</p> <p>Inhibidores de la entrada</p> <p>Inhibidores de la integrasa</p> <p>Frecuencia con la que se utiliza el tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efavirenz - Zidovudina + lamivudina - Nevirapina - Etravirina - Atazanavir - Darunavir - Fosamprenavir - Indinavir - Lopinavir - Ritonavir - Saquinavir - Tipranavir - Enfuvirtida - Maraviroc - Raltegravir - Regular - Irregular - No cumplido 	Ficha de recolección de datos

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/instrumento
<p>Determinar la prevalencia de patologías obstétricas en las pacientes de estudio.</p>	<p>Patologías obstétricas</p>	<p>Es la presencia de alguna complicación de alto riesgo que ocurre a la hora del proceso de parto en la paciente, si no se interviene oportunamente puede comprometer la vida del bebé o la madre.</p>	<p>Presencia de alguna complicación durante el parto, ¿Cuál?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Corioamnionitis - Pre eclampsia - Eclampsia - Endometrioma - Endometriosis - Endometritis - Desprendimiento normo placentario - Hemorragia obstétrica - Ruptura prematura de membrana - Ruptura uterina 	<p>Ficha de recolección de datos</p>

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/instrumento
<p>Estimar el nivel de conocimiento de las pacientes de estudio; respecto a la prolongación de la lactancia materna, transmisión vertical y el tipo de parto recomendado.</p>	<p>Nivel de conocimiento</p>	<p>Es el nivel de información que tiene una persona sobre algún determinado tema específico.</p>	<p>Lactancia materna</p> <p>Transmisión vertical</p> <p>Tipo de parto recomendado</p>	<p>¿Usted cómo alimentaba a su bebé? O ¿Cómo piensa hacerlo?</p> <p>¿Usted conoce sobre la transmisión vertical o materno infantil?</p> <p>¿Usted se dio cuenta de que tenía VIH por el embarazo o ya tenía conocimiento?</p> <p>¿Cuál fue el tipo de parto que se le realizó?</p>	<p>Entrevista indirecta</p>

Anexo B

Ficha #

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS #1

Tema: Factores maternos, obstétricos y fetales que aumentan el riesgo de transmisión vertical de VIH en pacientes embarazadas en el hospital del sur.

Objetivo: Establecer los factores que influyen en la transmisión vertical en pacientes que acuden al Hospital del Sur.

Realizado por:

Fecha:

OBJETIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	Seleccione con una x	
Identificar el momento de diagnóstico de infección por VIH en la paciente de estudio.	Etapa del diagnóstico de la infección	En el embarazo		
		Preconcepcional		
		Después del parto		
Identificar el modo de culminación del embarazo en las pacientes con VIH.	Modo de culminación del embarazo	Parto natural		
		Cesárea		
		Aún en embarazo		
Identificar el estado de los nacidos aparentemente sanos de pacientes seropositivas.	Nacidos aparentemente sanos	Infectados por VIH		
		Sin infección por VIH		
Identificar la carga viral y recuento de CD4 en las pacientes de estudio que acuden al Hospital del Sur.	Carga viral	0 – 5000		
		5001 – 19000		
		19001 – 54000		
		> 54001		
	Riesgo de progresión de la enfermedad	7%		
		10%		
		18%		
		42%		
	Recuento de CD4	500 a 1600 (20% a 40%)	Valor normal por cada 3 mm de sangre	
		200 a 499 (15% a 19%)	Valor anormal	

		< 200 (< 14%)	Condición SIDA	
Conocer el tratamiento antirretroviral y la frecuencia del cumplimiento de las pacientes de estudio.	Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos	Efavirenz		
		Zidovudina + Lamivudina		
		Nevirapina		
		Etravirina		
	Inhibidores de la proteasa (IP)	Atazanavir		
		Darunavir		
		Fosamprenavir		
		Indinavir		
		Lopinavir		
		Ritonavir		
		Saquinavir		
		Tipranavir		
	Inhibidores de la entrada	Enfuvirtida		
		Maraviroc		
	Inhibidores de la integrasa	Raltegravir		
	Frecuencia con la que se utiliza el tratamiento	Regular		
Irregular				
No cumplido				
Determinar la prevalencia de patologías obstétricas en las pacientes de estudio.	Presentación de complicaciones obstétricas	Corioamnionitis		
		Pre eclampsia		
		Eclampsia		
		Endometrioma		
		Endometriosis		
		Endometritis		
		Desprendimiento normo placentario		
		Hemorragia obstétrica		
		Ruptura prematura de membrana		
		Ruptura uterina		

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS #2

Importante: Los datos llenados en la ficha serán usados para la elaboración de la tesis FACTORES MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y FETALES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN PACIENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DEL SUR, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería. La información recogida es de uso académico e investigativo, se guardará estricta confidencialidad.

Objetivo: recabar información sustancial para la finalización del proyecto de investigación.

1. ¿Edad actual de la paciente?

18-23 años	24-29 años	30-35 años	Mayor de 36 años

2. Su procedencia es:

Zona Urbana	Zona Rural

3. Su nivel de Escolaridad:

Primaria	Secundaria	Superior

4. Su estado civil actual:

Soltera	Casada	Unión libre

5. Sus ingresos económicos en el lugar donde vive:

<400 \$ mensuales	<800 \$ mensuales	>801 \$ mensuales

6. Número de gestaciones

1	2	3	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTREVISTA INDIRECTA

Importante: la información que se recogerá en esta entrevista es amplia y generalizada, se obtendrá por el personal de salud que labora en la clínica de VIH, además, será tomada como una referencia que permitirá determinar si las pacientes embarazadas con VIH en el periodo 2018-2019 tenían información respecto a su enfermedad y la forma de alimentación de su bebé.

Preguntas:

- ¿Sabe cómo las pacientes alimentan a su bebé?
- ¿Qué tipo de información les brindan a las pacientes embarazadas respecto a la transmisión vertical de VIH, administración de antirretrovirales, y modo de culminación del parto?

Anexo C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro que he leído este consentimiento informado y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: FACTORES MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y FETALES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN PACIENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DEL SUR, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas.

Declaro que he entendido y tengo claridad sobre la manera en la que se aplicara la entrevista indirecta del presente estudio y su duración. Declaro que mi participación es libre y voluntaria, que se guardará confidencialidad de mi información a través de códigos. El presente estudio beneficiará a estudiantes y docentes de las carreras de Enfermería del país y del exterior. Reconozco que el estudio podría causar incomodidad al contestar las preguntas y que tengo el derecho a retirarme del estudio sin perjuicio alguno. Además, entiendo que el estudio no tiene ningún costo para mi persona, ni me generara algún tipo de beneficio económico o académico. Los datos serán manejados de manera confidencial y los resultados serán socializados a la comunidad académica y científica a través de revistas científicas y serán socializados en la PUCESE y en todas las Carreras del país mediante la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería de Ecuador.

Firma del participante _____

Nombres y apellidos: _____

C.I. _____

Estudiante. CEVALLOS CADENA ALEJANDRO

Firma del investigador _____

C.I. 085046112-

