



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN
LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO SUCÚA Y HOMERO
CASTANIER CUENCA 2012- 2019”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de MÉDICO

AUTOR:

María Augusta Ayora Zhagñay

DIRECTOR:

Dr. Lauro Hernán Mejía Campoverde

CUENCA – ECUADOR

2019

RESUMEN

Introducción:

El MSP del Ecuador plantea el protocolo de acción frente a gestantes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el mismo que ataca los linfocitos CD4. Haciendo hincapié en los objetivos de la OMS, de disminuir la transmisión vertical mediante la acción oportuna del personal médico y la colaboración de las gestantes. El objetivo de la ONUSIDA en el 2017 es disminuir la transmisión vertical del 40% al 2%, el cual se evaluará en el presente estudio.

Objetivo: Prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, Hospital Básico Sucúa 2017 – 2019 y Homero Castanier 2012- 2019.

Metodología: El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, en 41 gestantes seropositivas al VIH, 18 de las mismas pertenecientes al Hospital Básico Sucúa y los 23 restantes al Hospital Homero Castanier Crespo. Se revisaron las fichas clínicas, recolectándose la información necesaria en formularios de datos, los mismos que posteriormente se tabularon con el programa SPSS versión 23.0 y Microsoft Excel 2013. Los resultados de la investigación se presentaron en gráficos, tablas simples de frecuencia y de doble entrada.

Resultados: En el estudio se obtuvo una prevalencia del 0,26% en el Hospital Básico Sucúa y Hospital Homero Castanier Crespo, dentro de las pacientes el 51,2% fueron pacientes de entre 16-25años, auto identificación étnica fue mestiza (56,1%), la mayoría de gestantes conocen su diagnóstico en el momento de la labor de parto (41,5%) y la finalización de la gestación se realiza con Cesárea con profilaxis en un 78%. Al final la transmisión vertical fue del 14%.

Conclusiones: La prevalencia de gestantes en labor de parto con diagnóstico de VIH así como la transmisión vertical fueron altas. Se cumple el objetivo planteado por ONUSIDA en 2017 de llegar al 2%. El cumplimiento del protocolo para el tratamiento es parcial.

Palabras Clave: Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, gestantes, transmisión vertical

ABSTRACT

Introduction:

The Ecuadorian Ministry of Public Health has proposed a protocol of action for pregnant women carrying the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which attacks CD4 lymphocytes. This has been done with special emphasis on the objectives of the World Health Organization to reduce Vertical Transmission through timely action of medical staff along with the cooperation of pregnant women. The goal of UNAIDS in 2017 is to reduce vertical transmission from 40% to 2%. This will be put to test in the present study.

Objective: The main objective of this study is to determine the incidence and management of HIV in pregnant women in labor at Sucúa Basic Hospital 2017 - 2019 and at Homero Castanier Hospital 2012-2019.

Methodology: The present study uses a cross-sectional observational descriptive research approach, with the participation of 41 HIV-positive pregnant women from which 18 of them belong to the Sucúa Basic Hospital and the remaining 23 to the Homero Castanier Crespo Hospital. The clinical records were reviewed, collecting the necessary information in data forms, which were subsequently formulated with the SPSS 23.0 program and with Microsoft Excel 2013. The results of the research are presented in graphs, simple frequency and double entry tables.

Results: In the study, a prevalence of 0, 26% was obtained at the Basic Hospital Sucúa, and Homero Castanier Crespo Hospital. The highest ethnic self-identification group was mestizo (56.1%). Most pregnant women know their diagnosis at the time of labor (41.5%), and the termination of pregnancy is performed through cesarean delivery with prophylaxis in a 78%.OR 0, 03. The vertical transmission was in 6 exposed progenies, representing a 14%.

Conclusions: The prevalence of diagnosed HIV cases in pregnant women in labor is low in relation to the UNAIDS objectives, being 0.26% at the HBS and HHCC. In addition, there was a vertical transmission of 14%, which is equal to 6 cases. This value is greater than the goal of reaching 2%, set by UNAIDS in 2017; however, it is less than the 40% presented by this same institution.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus, HIV, pregnant women, vertical transmission.

INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INDICE	4
AUTORIZACION PARA PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	7
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	8
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	9
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA.....	11
CAPITULO I.....	12
1 INTRODUCCION	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA	13
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACION.....	16
CAPITULO II.....	17
2 MARCO TEORICO	17
2.1 FUNDAMENTO TEORICO	17
2.2 EPIDEMIOLOGIA	17
2.3 FISIOPATOLOGÍA.....	18
2.4 VIH Y EMBARAZO.....	18
2.5 TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH	19
2.5.1 TRANSMISIÓN INTRAUTERINA	19
2.5.2 TRANSMISIÓN INTRAPARTO.....	19
2.5.3 TRANSMISIÓN POR LACTANCIA	20
2.6 FACTORES DE RIESGO DE TRASMISIÓN VERTICAL.....	20
2.7 DIAGNÓSTICO DE VIH EN LA GESTANTE	20
Figura 1: Manejo de embarazo con VIH que se diagnostica en el labor de parto	21
Figura 2: Algoritmo Diagnostico con Pruebas Rápidas	21
2.8 TRATAMIENTO ARV DURANTE EL EMBARAZO.....	22
2.9 MANEJO DE ARV EN GESTANTES EN EL LABOR DE PARTO.....	22

2.10	TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	23
2.11	TRATAMIENTO DE PARTO	23
2.12	ELECCIÓN DEL PARTO.....	24
2.13	DIAGNÓSTICO DE VIH EN RECIÉN NACIDOS.....	24
CAPITULO III.....		26
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	OBJETIVO GENERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3.3	HIPÓTESIS.....	26
CAPITULO IV		27
4	DISEÑO METODOLÓGICO	27
4.1	AREA DE ESTUDIO	27
4.1.1	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	27
4.1.2	ÁREA DE INVESTIGACIÓN	27
4.1.3	UNIVERSO DE ESTUDIO	27
4.1.4	POBLACIÓN	27
4.1.5	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	28
4.1.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	28
4.1.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	28
4.2	METODO E INSTRUMENTOS PARA LA OBTENCION DE LA INFORMACION.....	28
4.2.1	METODOS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	28
4.2.2	TECNICA	28
4.2.3	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION Y DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS:.....	28
4.2.3.1	PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	29
4.2.3.1.1	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	29
4.3	PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	29
4.4	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	30
4.4.1	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
CAPITULO V		35
5	RESULTADOS	35
5.1	CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	35
5.2	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA	35

5.3	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	36
5.3.1	PREVALENCIA DE GESTANTES CON VIH EN LA POBLACION ESTUDIADA.....	36
5.3.2	CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACION	37
5.3.3	VALORACION DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	39
5.3.4	CUANTIFICACION DE TRANSMISION VERTICAL.....	42
5.3.5	RELACION DEL PARTO CON LA REACTIVIDAD	43
5.3.6	RELACION DE PROFILAXIS CON REACTIVIDAD	44
5.3.7	CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO RN	45
CAPITULO VI		46
6	DISCUSION	46
CAPITULO VII		49
7	CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA	49
7.1	CONCLUSIONES.....	49
7.2	RECOMENDACIONES.....	50
7.3	BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS		55
ANEXO 1: OFICIO DE BIOÉTICA		55
ANEXO 2: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN – HOSPITAL BÁSICO SUCÚA.....		56
ANEXO 3: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN – HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO		57
ANEXO 4: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL BÁSICO SUCÚA.....		58
ANEXO 5: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO.....		59
ANEXO 6: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		60
ANEXO 7: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO		62
ANEXO 8: RUBRICA DE PARES REVISORES		63
ANEXO 9: RUBRICA DE PARES REVISORES		64
ANEXO 10: RUBRICA DE DIRECCION DE CARRERA.....		65
ANEXO 11: CARTA DE APROBACION DE DIRECTOR DE TESIS		66
ANEXO 12: INFORME FINAL DE INVESTIGACION		67

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACION PARA PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, María Augusta Ayora Zhagñay, con cédula de identidad número 0106038292, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO SUCÚA Y HOMERO CASTANIER, CUENCA 2012- 2019", de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 en la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 4 de noviembre de 2019


María Augusta Ayora Zhagñay
C.I: 0106038292
AUTOR

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, María Augusta Ayora Zhagñay, autor del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO SUCÚA Y HOMERO CASTANIER, CUENCA 2012- 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor

Cuenca, 4 de noviembre de 2019



María Augusta Ayora Zhagñay

C.I: 0106038292

AUTORA

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, María Augusta Ayora Zhagñay, con cédula de ciudadanía número 0106038292 autor de trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO SUCÚA Y HOMERO CASTANIER, CUENCA 2012- 2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz para la recolección de datos tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, Hospital Básico Sucúa y Homero Castanier; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permitirá la identificación de los pacientes participantes,

Cuenca, 4 de noviembre de 2019

María Augusta Ayora Zhagñay

C.I: 0106038292

AUTOR

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen por la salud y darme valentía para vivir esta etapa.

A la Universidad Católica de Cuenca por brindarme los conocimientos necesarios para cumplir esta meta.

Al Hospital Homero Castanier Crespo que quienes me abrieron las puertas de su institución para realizar el presente proyecto.

Al Hospital Básico Sucúa quien no solo me formó durante mi internado sino me brindo toda la ayuda necesaria para mi tesis.

Y a todos quienes formaron parte de este camino, esa persona especial, mis amigas Paola y Elisa, mis profesores, a mi director Dr. Lauro Mejía y asesor Dr. Carlos Arévalo por las directrices de este proyecto y a Valentina que estuvo cada noche conmigo.

DEDICATORIA

A mi padre, Jhonny quien a pesar de las dificultades me apoyo. A mi madre Fanny quien fue la razón de comenzar esta carrera y estuvo cada día a mi lado.

Mis abuelitos Alfredo, Juan y en especial a Laura quienes fueron un motor importante de motivación en los días más difíciles. Y Teresa quien en día de hoy me cuida desde el cielo.

A mis hermanos Paulina, Micaela y Alberto. Gracias por ser parte de este sueño que llega a su fin. En especial a Natalia que estuvo conmigo cada día de desvelo y felicidad.

Sin ellos nada sería posible. Lo hicimos juntos.

CAPITULO I

1 INTRODUCCION

El presente estudio analiza el manejo de las gestantes seropositivas para VIH en la labor de parto, y la importancia que tiene en la transmisión vertical, por ser de interés tanto para la OMS como para el país.

Giuliano M, Andreotti M y Cols, en 2013 realizaron un estudio para valorar la respuesta al tratamiento TARGA durante el embarazo y seis meses de lactancia, con un seguimiento en los niños de dos años, el estudio se realizó en 311 mujeres VIH positivas en tratamiento de los cuales el 3,2% de niños se contagiaron, se presume debido a carga elevada de CD4 a pesar del tratamiento (1).

Paz C, Alban C en el año 2017 en Hospital Público de Babahoyo, realizaron un estudio donde se evaluaba el programa de prevención de transmisión vertical de VIH, estudio realizado en 40 gestantes seropositivas en tratamiento TARGA (tenofovir + emtricitabina + Efavirez) durante el embarazo, demostrando una eficacia de 100% con 0 casos de recién nacidos seropositivos (2).

Sánchez R, Olmedo R, en 2015 en el Hospital Enrique C Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, en un estudio basado en complicaciones de gestantes seropositivas al VIH, realizado en 140 mujeres con la enfermedad confirmada se identificó que: el 45% no tuvieron controles adecuados durante la gestación es decir menos de 5 y el 15% nunca se realizó un control, lo que evidencia un mal control del embarazo por tanto un alto riesgo para la transmisión vertical del VIH (3).

Huaman B, Gushiken y Cols, en 2017, analizaron comunidades indígenas del Perú, Awajun y Wampis. Se enfocaron en la prevención de la transmisión materno fetal del VIH, realizaron un estudio en 15 mujeres indígenas

diagnosticadas con VIH, en el cual concluyeron que uno de los factores más importantes dentro de la falta de tratamiento y el alto índice de transmisión vertical, se debía a la idiosincrasia de la población, quienes manifestaban que el diagnóstico era una forma de causarles daño, y en caso de producirse transmisión vertical los recién nacidos tendrían una enfermedad grave por lo que no veían necesidad de cuidarse, demostrando que la idiosincrasia de la población es de gran importancia en la prevención (4).

Montece F, Saltos M y Cols en 2017 realizaron un estudio sobre la Situación materna VIH como factor predisponente de vitalidad neonatal, estudio realizado durante el periodo 2013 – 2015 en 385 pacientes en el Hospital Mariana de Jesús donde se observó que las gestantes diagnosticadas reciben alto control prenatal, y durante el parto por lo que se encontró un 1% de transmisión vertical, lo cual es menor a las referencias bibliográficas, pero concluyen que se debe a la importancia de los cuidados y adherencia al tratamiento antirretroviral por parte de las gestantes (5).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

Las técnicas de cribado en las gestantes para diagnóstico del VIH, están normadas en las guías de práctica clínica del Ecuador, no son realizadas de manera adecuada lo que dificulta el diagnóstico precoz y el tratamiento (6).

Según el MSP en su página oficial, en el país hasta 2017 existían 39.224 portadoras del virus del VIH. La prevalencia en mujeres embarazadas fue de 0,18 %. Por lo que en el mismo año se vio la necesidad de crear una campaña de concientización en las embarazadas de tamizaje de VIH obligatorio en el Ecuador, creándose la campaña “Tu bebé sin VIH: hazte la prueba”, la cual pretende reconocer las gestantes seropositivas, brindándoles tratamiento durante el embarazo y parto para prevención de contagio al feto (6,7).

La mayoría de gestantes se descubren que son portadoras del VIH gracias al tamizaje durante el parto o previo al parto por lo que se inicia el tratamiento en ese momento evitando así la transmisión vertical.

El Ministerio de Salud del Ecuador, al cierre de 2017 existieron 36.544 personas viviendo con VIH en el país. De estas, el grupo de edad entre 15 a 49 años es el más afectado por la epidemia, siendo un grupo etario de importancia, debido a que las mujeres se encuentran en edad fértil (6,7).

Se estima que, sin ningún tipo de profilaxis durante la lactancia, aproximadamente el 30% de los recién nacidos se infectarán a través de esta vía. El 70% adquirirá la infección en el parto o el alumbramiento (período periparto). De esto el 10 % durante la gestación (particularmente, a partir del tercer trimestre). Al ser la mayor fuente de contagio, el momento del parto se ve la importancia de conocer el manejo del mismo para prevenir el contagio vertical (8,9).

El diario El Comercio en diciembre de 2017 y basado en encuestas realizadas por el Ministerio de Salud Pública; indica que 60 neonatos entre al año 2014 – 2016 fueron contagiados del virus del VIH de forma vertical, y 1 584 neonatos estuvieron expuesto al virus durante el embarazo y el parto. La exposición de los neonatos al virus, condiciona su estado de salud y desarrollo, no solo al momento del parto sino para etapas futuras.

Hasta el 2017 el número de personas seropositivas que reciben tratamiento por parte del MSP es de 14.363, para lo cual se han creado Unidades de Atención Integral (UAI), siendo 32 en el país; a nivel de la Zona 6 existen 4 UAI VIH localizadas: (Cuenca) Hospital Vicente Corral Moscoso, (Azogues) Hospital Homero Castanier, Hospital Darío Machuca (La troncal), Hospital Básico Sucúa (Morona Santiago), las mismas encargadas de tratamiento de pacientes portadores así como de prevención en gestantes en el momento del parto (10).

Es importante el estudio de la prevalencia, así como del manejo que se da durante el parto, ya que el objetivo es disminuir el contagio vertical, el MSP plantea como meta llegar al 2% o menos de prevalencia de niños seropositivos hasta los 18 meses de edad.

Uno de los ítems dentro de la campaña: “Tu bebé sin VIH: hazte la prueba” y en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) indica que se propuso hasta el año 2021 eliminar la transmisión vertical madre – hijo, siendo esta una de las metas más importantes para el gobierno nacional, mismo que resalta la importancia de estudiar protocolos establecidos y su cumplimiento para evitar el contagio al recién nacido así como la prevalencia de los mismos (6).

Dentro de cada UAI VIH, al conocerse un caso reactivo, se brinda atención integral, así como seguimiento al tratamiento, si la captación se da dentro del tamizaje materno se realiza control de carga viral 2 veces al año y con la planificación del parto, se crean fichas especiales para seguimiento continuo.

El parto tipo cesárea es de elección para gestante seropositivas al disminuir el riesgo de contagio, así como la colocación de antiretrovirales previo a procedimiento, y de manera inmediata al recién nacido o en las primeras 6 horas de vida (11). El Ministerio de Salud Pública en 2012 creó una guía especial para este tipo de casos en la cual se encuentra normado el procedimiento. Por lo que se plantea revisar fichas clínicas para evaluar el cumplimiento de las normativas establecidas (6-10).

Se espera que las normativas sean cumplidas en cada parto por cesárea, así como en el tamizaje previo parto, y se evidencie la disminución de contagio vertical a los recién nacidos, proporcionando datos certeros sobre la validez y el efecto positivo de los protocolos.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y manejo de la infección por VIH en gestantes en labor de parto, que acudieron al Hospital Básico Sucúa y Homero Castanier durante 2012- 2019?

1.3 JUSTIFICACION

El presente trabajo pretende valorar la eficacia del cumplimiento de protocolos establecidos por el MSP en respuesta al problema planteado por la OMS de disminuir la cantidad de personas infectadas por VIH, y sobre todo el número de transmisiones verticales (11).

La OMS considera al VIH como una pandemia explicando la importancia del control temprano, así como de que se realizar tamizaje en todas las embarazadas para disminuir la transmisión al nuevo ser en el momento del parto (11).

Mediante la investigación, la recolección de datos y revisión bibliográfica, se amplió el conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el protocolo de atención en el labor de parto, y la importancia del correcto uso del mismo en el área Hospitalaria, y de esta forma se ayudara a las gestantes Seropositivas al VIH atendidas en el Hospital de Sucúa y Homero Castanier, evidenciándose el manejo en estos partos, beneficiando a los neonatos disminuyendo la transmisión vertical, objetivos planteados por la OMS y el MSP.

Además de reconocer el grupo de estudio y sus características como edad, educación, grupo étnico, y se establece el grupo problemático y se plantea una correcta promoción de salud que ayude a disminuir el riesgo materno infantil en cuanto al VIH, además de usarse como referencia para estandarizar de manera correcta la atención del parto en gestantes seropositivas al VIH.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTO TEORICO

El Virus de Inmunodeficiencia Humana más conocido como VIH, es un virus que actúa atacando a las células del sistema inmunitario, produciendo una inmunosupresión; al progresar a etapas avanzadas, proceso que puede tardar entre 2 – 15 años, se conoce como SIDA. En la cual el paciente se vuelve vulnerable a las más simples infecciones pudiendo ocasionar su muerte.

Se conocen múltiples formas de contagio entre ellas la más importante la transmisión sexual de cualquier tipo, contacto con sangre o uso compartido de instrumental como jeringuillas de una persona contaminada (14).

Otra forma de contagio es la transmisión vertical de madre a niño durante el embarazo, el parto o la lactancia, siendo el estudiado en el presente estudio.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Según la ONUSIDA en el año 2017 hubo un cierre de 36.544 de personas detectadas de VIH, de las cuales el mayor grupo se encuentra entre los 15 y 49, considerado el grupo con alta reproductividad, siendo en su mayoría hombres.

En el mismo año se ratificó la estrategia de Eliminación de Transmisión Materno Infantil de VIH, donde se refuerza la iniciativa de reducir este tipo de transmisión del 40% al 2% (10 - 15).

En el país junto con la campaña para disminuir la transmisión vertical en el 2017 el 80% de mujeres que padecían de VIH recibieron tratamiento antirretroviral. De las cuales se notificaron 433 casos de gestantes, con una prevalencia del 0,16% (10).

La incidencia en el país es de 0,22 por cada 1.000 habitantes, lo que se podría considerar un valor bajo, sin embargo, Ecuador es el quinto país en

Latinoamérica con presencia de personas que viven con VIH (PVV). luego de Argentina, Paraguay, Bolivia y Colombia en el periodo desde 2005 al 2015 (10).

2.3 FISIOPATOLOGÍA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus, familia lentivirus. Cuya acción es atacar a la membrana CD4, además a los linfocitos T, macrófagos, monocitos (16).

Para su replicación es necesario la presencia de una DNA polimerasa, que es la encargada de copiar el RNA y producir un DNA pro viral, que al ser tan rápido puede tener varias mutaciones las mismas que hacen más difícil ser reconocidas por el sistema inmune de quien lo porta e incluso volverse resistente a los ARV.

Se producen ARN y proteínas del VIH que al unirse se transforman en viriones infecciosos (16).

Haciendo que los portadores del virus lo sean de forma crónica, pudiendo ser sintomáticos o no, siendo la forma grave el SIDA en el cual el sistema inmune esta tan afectado que compromete a enfermedades oportunistas.

2.4 VIH Y EMBARAZO

El embarazo se considera en muchas sociedades como parte de la vida de una mujer y al encontrarse el mayor número de PVV en edad fértil el riesgo de que ocurra un embarazo en una persona infectada es alto por lo que se debe tener en cuenta que el diagnóstico precoz tiene mejor pronóstico para la gestante y el recién nacido, además al darse el diagnóstico durante la gestación, implica incertidumbre en la gestante lo que puede afectar a la gestación normal, mucho más si el diagnóstico se hace durante el labor de parto (17 - 18).

Durante la gestación se evidencia una alteración en el sistema inmune disminuyéndolo en poca cantidad, sin embargo, se vuelve importante ya que,

si la gestante padece VIH sin tratamiento y con sintomatología pudiese aumentar la progresión de la enfermedad, aunque no hay estudios que lo confirmen (19).

2.5 TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

La transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), puede ocurrir en diferentes momentos: intraparto, parto, lactancia materna. El riesgo de transmisión va a depender de las medidas tomadas por la madre y el médico a cargo.

De no existir intervención para la transmisión vertical, se estima que el riesgo de la misma exista va desde el 15 – 40 %. Menos del 4% corre riesgo de contagio en las primeras 12 semanas de gestación, y el 20 % antes de las 36 semanas, de esto nace la importancia de un diagnóstico temprano.

2.5.1 TRANSMISIÓN INTRAUTERINA

Es considera como el 25% de transmisiones, pudiendo producirse en cualquier momento de la gestación, los estudios más recientes indican que aumenta su riesgo al aumentar las semanas de gestación.

El factor más importante en este tipo de transmisión es la carga viral por lo que se dice que a menor carga viral menor probabilidad de contagio y la importancia de inicio de ARV temprano (20).

2.5.2 TRANSMISIÓN INTRAPARTO

El riesgo de transmisión oscila entre 40% y 45%, ya que el recién nacido se expone a fluidos corporales de la madre como sangre y secreciones genitales.

Además, durante la labor de parto aumenta la cantidad de sangre al útero para las contracciones, además en caso de presentarse RPTM aumenta el riesgo de un 2% cada por cada hora. Sin embargo, si la gestante conocía su condición y consumía ARV disminuye considerablemente el riesgo de contagio si el conteo de Carga Viral (CV) es <1000 copias (6,22)

2.5.3 TRANSMISIÓN POR LACTANCIA

El riesgo es de 14 – 20% de transmisión si se continúa con lactancia materna a pesar del diagnóstico, el riesgo aumenta si la madre no consume ARV, además depende de la CV, presencia de lesiones en los pezones, etc. Por lo que la guía del MSP y la OMS indican que la lactancia debe ser suspendida y complementada mediante fórmulas lácteas (23).

2.6 FACTORES DE RIESGO DE TRASMISIÓN VERTICAL

Existen factores que predisponen a un mayor riesgo de contagio por parte de la gestante seropositiva al producto de la gestación que son dependientes de cada uno de ellos lo mismo que incluyen (24):

Tabla 1 Factores de riesgo de transmisión vertical

Factores Virales:	Factores del Huésped:
Carga viral	Estado Inmunológico
Características virales	Linfocitos CD4
Resistencia a ARV	Respuesta fetal
Barreras	Obstétricos
Sistema gastrointestinal del RN	Tipo de parto
Ruptura prematura de membranas	Duración del parto
	Trabajo de parto

Fuente: Kourtis AP. Mother-to-Child Transmission of HIV: Pathogenesis, Mechanisms and Pathways. Clin Perinatol. 2010;37: 21–737

2.7 DIAGNÓSTICO DE VIH EN LA GESTANTE

En el Ecuador se deben realizar al menos 5 controles prenatales, y 3 pruebas de Tamizaje de VIH una por cada trimestre, sin embargo no siempre se logra este objetivo por lo que si no se cuenta con estos resultados en el carnet prenatal se debe realizar prueba de VIH en el momento en la gestante acuda al servicio médico, siendo de mayor importancia se encuentra en labor de parto. Se realiza mediante el siguiente método.

Sin embargo a pesar de resultar no reactiva se debe realizar el momento de la labor de parto debido al periodo de ventana en la infección (6 - 25).

Figura 1: Manejo de embarazo con VIH que se diagnostica en el labor de parto

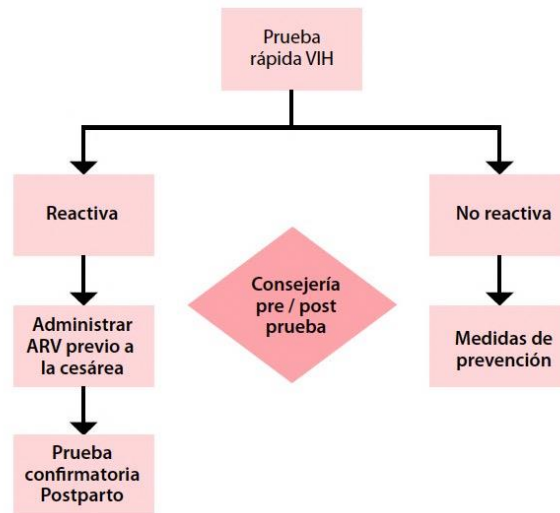


Ilustración 1 Manejo de gestante con VIH diagnosticada en labor de parto

Fuente: MSP/PNS equipo técnico de apoyo en VIH niños/as y PTMI

Figura 2: Algoritmo Diagnóstico con Pruebas Rápidas

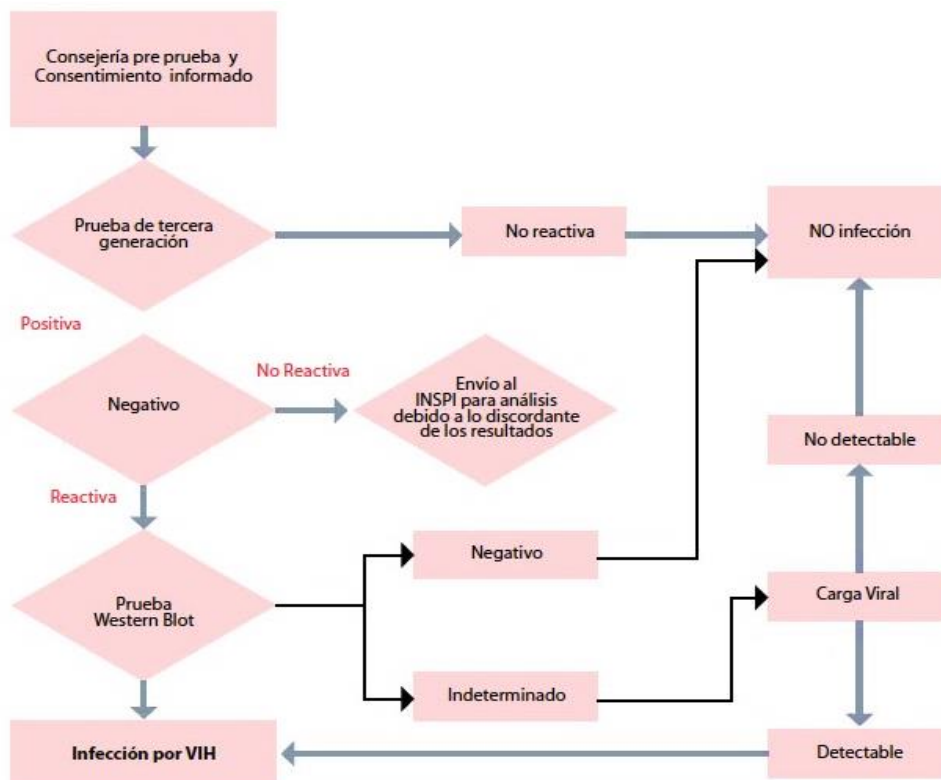


Ilustración 3 Algoritmo de diagnóstico de gestantes con VIH

Fuente: Guía de atención integral en VIH/Sida del Programa Nacional del Sida MSP

2.8 TRATAMIENTO ARV DURANTE EL EMBARAZO

- Gestante con diagnóstico de VIH

El tratamiento antirretroviral (TAR) debe incluir en medicamento tipo ITIN el cual tiene gran paso a través de la membrana placentaria, dentro de este tipo están (lamivudina, emtricitabina, tenofovir o abacavir) y se suma un inhibidor de la proteasa (atazanavir + ritonavir o ritonavir + darunavir) o un inhibidor de la transferencia de la cadena integrasa.

En pacientes que no ha recibido tratamiento antirretroviral se previere tratamiento ARV pueden ser; doble combinación de Inhibidores de la transcriptasa inversa (lamivudina/abacavir o tenofovir/lamivudina o emtricitabina) o inhibidor de la transferencia de la cadena de intregrasa (raltegravir) (6).

- Gestante con diagnóstico de VIH tardío

Se considera diagnóstico tardío después de las 28 semanas de gestación, que no ha recibido tratamiento; por lo que se recomienda iniciar tratamiento antiviral de inmediato, el mismo debe contener raltegravir ya que este capaz de reducir la CV en al menos 2 logaritmos de copias después de la segunda semana de tratamiento (6).

2.9 MANEJO DE ARV EN GESTANTES EN EL LABOR DE PARTO

Cuando una paciente es diagnosticada de seropositividad al VIH, la misma debe recibir manejo integral de su patología, que debe ser realizada por UAI más cercana, a cargo de un equipo multidisciplinario, así como los controles del embarazo debe realizarse por un ginecólogo preparado en esta área.

Se deben llenar datos de la historia clínica como fecha y lugar de diagnóstico, estado clínico actual, historial de ARV, estatificación del VIH, así como demás exámenes complementarios de la gestante (21).

- Gestante con diagnóstico de VIH sin TARGA en etapas tempranas.

El tratamiento con ARV se debe iniciar después de la semana 14 y se debe mantener de forma indefinida pese a la existencia de efectos adversos sobre

el producto de la gestación. El objetivo del mismo es mantener la CV como indetectable para hacer posible el parto vaginal (6).

Se puede considerar inicio tardío de tratamiento ARV después de la semana 28, sin recibir ARV.

2.10 TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

El tratamiento de primera línea se basa en INTI: TDF + 3TC (o FTC) + EFV

Existen varios tratamientos alternativos como:

- AZT +3TC+EFV
- AZT+3TC+NVP
- TDF+3TC(OFTC) +NVP

Teniendo en cuenta que es preferible evitar AZT en anemia y TDF en insuficiencia renal.

2.11 TRATAMIENTO DE PARTO

Se coloca intravenosa AZT en dosis de 2mg/kg en 1 hora y se debe continuar con infusión de AZT 1mg/kg hasta clampear del cordón umbilical. En caso de que se realice parto vaginal (26).

Como alternativa se puede usar AZT 300 mg cada 3 horas, 12 horas previo a cesárea electiva.

- Gestante con VIH sin TARGA en Labor de Parto.

Se debe iniciar con AZT 2 mg/kg vía venosa en 1 hora más una dosis de NVP de 200 mg y durante la cesárea que será la forma de parto de elección para este tipo de pacientes, AZT vía venoso mg/kg hasta clampear del cordón umbilical.

Como opción de puede administrar 300 mg de AZT cada 3 horas vía oral desde 12 horas previa a la cesárea hasta el nacimiento (6).

Durante el post parto se debe iniciar con el tratamiento de elección: TDF + 3TC (o FTC) + EFV.

2.12 ELECCIÓN DEL PARTO

- PARTO VAGINAL SIN PROFILAXIS

Se puede realizar un parto vaginal en caso de que la gestante haya estado consumiendo TAR (triple terapia) durante la gestación de forma temprana, y de forma continua. Haya tenido un buen control durante el embarazo de forma multidisciplinaria. Y tenga un conteo de CV <50 copias o indetectable al menos 3 semanas antes del parto (6, 26).

- PARTO VAGINAL SIN PROFILAXIS

Según la guía del MSP se puede considerar la profilaxis si se tiene una CV entre 50 – 999 copias, pero se debe considerar tomando en cuenta la adherencia al tratamiento TAR, así como el tiempo de toma de los ARV (6, 26).

- CESÁREA ELECTIVA CON PROFILAXIS

Control de carga viral antes del parto > 1000 copias o si no se conoce el valor de CV, diagnóstico tardío en las últimas semanas de embarazo o en la labor de parto. Si pese a tener diagnóstico previo no recibió tratamiento con terapia TAR o se desconoce de la regularidad del mismo (22).

2.13 DIAGNÓSTICO DE VIH EN RECIÉN NACIDOS

El diagnóstico del niño no se realiza con pruebas serológicas que evalúan los anticuerpos IgG, debido a que la madre transmite los mismos a través de la placenta. Según la guía MSP se indica pruebas con detección vírica hasta los 12 meses, sin embargo, hasta los 18 meses se pueden encontrar anticuerpos en un 5% de los niños por lo que se recomienda diagnóstico definitivo a esa edad (6).

La primera prueba a realizar de carga viral será a las 72 horas de nacido, junto con el inicio de tratamiento profiláctico, se recomienda repetir la prueba de carga viral luego de las 6 semanas de vida, y la suspensión de la profilaxis por 2 semanas (6 - 26).

Sin embargo, de existir un valor de carga viral positivo en los niños después de las 3 pruebas: 1) 72 horas de vida, 2) 6-8 semanas de vida. 3) 3-4 meses después de la última prueba. Se recomienda realizar una nueva prueba entre los 18 y 24 meses de edad (26).

Para los niños nacidos de gestantes seropositivas que no recibieron antiretrovirales durante la gestación o labor de parto, así como las que se realizaron examen de carga viral mismo que supero las 100 copias se recomienda realizar detección vírica de ARN las 24 y 72 horas de vida (27).

Las pruebas rápidas presentan una buena especificidad y sensibilidad, sin embargo la lectura de las mismas es subjetiva. La OMS recomienda el uso de pruebas rápidas para diagnóstico provisional en lugares donde no se cuente con los recursos suficientes, además estas pruebas nos dan resultado en menos de 30 minutos, sin embargo las pruebas rápidas demuestran un buen resultado para el virus establecido frente a una infección de tipo aguda (28-29).

CAPITULO III

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, Hospital Básico Sucúa y Homero Castanier 2012- 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a la muestra según: edad, etnia, nivel de educación, procedencia.
2. Determinar el cumplimiento de protocolo establecido por el MSP para la atención de parto en madres seropositivas al VIH: tiempo de diagnóstico de VIH, prueba de diagnóstico, toma TAR, Control UAI, prueba de carga viral, valor de carga viral, antiretroviral para profilaxis, tiempo de inicio de ARV.
3. Conocer la frecuencia de casos reactivos al VIH en neonatos de madres seropositivas al VIH.
4. Evaluar la aplicación el protocolo del MSP para la prevención de transmisión vertical del VIH al neonato según: antiretrovirales durante el embarazo, profilaxis previo parto, corte del cordón umbilical, profilaxis neonatal, lactancia materna.

3.3 HIPÓTESIS

El empleo de la terapia antiretroviral profiláctico en el periodo prenatal y durante el parto, establecido por el protocolo del Ministerio de Salud Pública disminuye la incidencia de Neonatos contagiados de VIH.

CAPITULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 AREA DE ESTUDIO

4.1.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, los estudios de tipo descriptivos son aquellos en los que se puede conocer situaciones, actitudes, de importancia (30), haciendo énfasis en la prevalencia y manejo de gestantes seropositivas al Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Básico Sucúa 2017 – 2019 y Homero Castanier 2012- 2019.

Se eligió realizar un estudio retrospectivo debido a la facilidad para la recolección de datos de historias clínicas de pacientes en labor de parto.

4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Hospital Básico Sucúa, localizado en la ciudad de Sucúa, cantón Sucúa de la provincia de Morona Santiago, Zona de Salud N 6 del Ecuador.

Hospital Homero Castanier, localizado en la ciudad de Azogues, cantón Azogues de la provincia del Cañar, Zona de Salud N6 del Ecuador.

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Las 15758 gestantes en labor de parto que acudieron al Hospital Básico de Sucúa y Hospital Homero Castanier Enero 2012 – Marzo 2019.

4.1.4 POBLACIÓN

El estudio se realizó con la totalidad de gestantes en las dos casas de salud para obtener la prevalencia del gestantes con VIH en labor de parto.

Posteriormente se identificaron 41 pacientes.

4.1.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

4.1.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Básico Sucúa y Hospital Homero Castanier
- Presencia de pruebas reactivas para la detección de VIH, en madre y recién nacido.

4.1.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes cuya historia clínica este incompleta o ilegible.

4.2 METODO E INSTRUMENTOS PARA LA OBTENCION DE LA INFORMACION

4.2.1 METODOS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Se empleo el método de revisión de Fichas Clínicas.

4.2.2 TECNICA

Revisión de Historias Clínicas de las cuales se obtuvo información en los formularios de recolección de datos (Anexo 1), los mismos que se realizáron en base a la Guía de Práctica Clínica del MSP para gestantes con diagnóstico de VIH año 2012.

4.2.3 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION Y DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS:

Instrumento: Formulario de recolección de datos

Autorización: El estudio fue realizado con la aprobación del director de investigación de cada uno de los centros asistenciales: Hospital Básico Sucia y Hospital Homero Castanier.

Capacitación: Con apoyo de asesor y tutor de la universidad, así como de los médicos a cargo de cada hospital.

Tablas: Se obtienen los resultados mediante tablas de frecuencia, simple y cruzadas.

Intervención Propuesta: En el presente estudio se plantea evaluar si se cumple el protocolo de acción en las gestantes seropositivas al VIH en labor de parto, los resultados fueron extendidos al Hospital Básico Sucúa y Hospital Homero Castanier, en caso de que no se cumplan se planteara la realización de una capacitación al personal del área de ginecología de esta institución, la misma que se realizará en las instalaciones de dicha unidad de salud.

4.2.3.1 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis fue de tipo descriptivo, en el cual se usó tanto variables cuantitativas como cualitativas, las mismas fueron representados mediante porcentajes.

4.2.3.1.1 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se llenará un formulario de recolección de datos, que luego serán analizados y procesados en el programa SPSS, el cual nos permitirá mediante tablas de porcentajes, conocer la realidad del grupo problemático, así como analizar los resultados de las encuestas, de esta forma poder plantear posibles soluciones que permitan disminuir el problema principal

4.3 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó riesgos para las pacientes, debido a que la información fue recaudada de Historias Clínicas y ayudará a la población, puesto que nos dio un valor de referencia en cuanto a la prevalencia de gestantes en labor de parto con diagnóstico de VIH, así como verificar el cumplimiento del manejo de Guía de práctica clínica para gestantes con VIH atendidas en el Hospital Básico Sucúa y Homero Castanier.

La información recolectada se obtuvo con confidencialidad, así como la previa revisión y aprobación de Comité de Bioética de la Universidad, y encargados

del área de investigación del Hospital Básico Sucúa y Hospital Homero Castanier.

Los datos se utilizaron únicamente para propósitos investigativos que se mencionan en este estudio, además se precautelo la información de nombres de pacientes al momento de presentar resultados.

4.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el parto.	Cronológica Biológica	Número de años cumplidos	Númerica <15 años 16-25 años 26-35 años >35 años
ETNIA	Grupo étnico en los cuales se divide la población mundial.	Cultural	Auto identificación	Nominal Blanca Mestiza Afroamericana Amerindia (Shuar)
PROCEDENCIA	Lugar donde vive o habita una persona en la actualidad.	Demográfico	Lugar donde habita	Nominal Urbana Rural
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel de escolaridad más alto alcanzado hasta la actualidad.	Académica	Nivel de escolaridad	Ordinal Ninguno Primaria Secundaria Superior

DIAGNOSTICO VIH EN GESTANTE	Detección de anticuerpos contra el virus, en sangre.	Clínica	Diagnostico Western blot	Nominal Reactivo No reactivo
TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE VIH	Periodo en el cual se realizó el diagnostico de VIH en relación a la gestación. Según guía MSP.	Cronológico	Historia Clínica	Numérica -Precio a la gestación -Temprano <28 semanas de gestación -Tardío o >28 semanas de gestación -En el Labor de Parto.
FORMA DIAGNOSTICO DE VIH	Tipificación de prueba que se realiza para realizar diagnóstico de VIH.	Clínica	Historia Clínica Resultado	Nominal -3ra generación. -4ta generación -3ra y 4ta generación -Western Blot
USO DE TRATAMIENTO ARV	Verificación de uso de tratamiento retroviral indicado para PVV.	Clínica	Uso de ARV Fármacos	Nominal Si No
CONTROL DE TRATAMIENTO TAR EN UAI	Durante la toma de los ARV acude a control de los mismos, y exámenes complementarios.	Clínica	Historia Clínica	Nominal Si No

REALIAZACION DE CARGA VIRAL 3 SEMANAS PREVIAS AL PARTO	Prueba en sangre que determina el valor de copias genéticas de VIH en sangre.	Clínica	Historia clínica	Nominal Si No
VALOR DE CARGA VIRAL PREVIA AL PARTO	Número de copias genéticas de VIH en sangre.	Clínica Biológico	Número Resultado	Numérica -< 500 copias -500 – 1000 copias ->1000 copias -No tiene
TIPO DE PARTO	Parto es la acción por la cual se da término a la gestación generalmente el mismo puede ser vaginal o cesárea.	Clínica	Procedimiento medico	Nominal -Vaginal sin profilaxis. -Vaginal con profilaxis. -Cesárea con profilaxis.
ARV USADO COMO PROFILAXIS	Uso de fármacos como prevención para la transmisión de una enfermedad.	Clínica	Fármaco Guía Práctica Clínica MSP	Nominal -Zidovudina venosa -Zidovudina oral -Zidovudina + Nevirapina -Mantiene TAR - No tiene
TIEMPO DE USO DE ZIDOVUDINA (AZT) PREVIO AL PARTO	Duración desde la colocación del ARV hasta el momento de iniciado el parto.	Clínica	Tiempo Guía de práctica clínica MSP	Numérica -1 hora antes del parto.

				-Más de 1 hora antes del parto. -Menos de 1 hora antes del parto.
MOMENTO DE RETIRO DE AZT	Momento en el que se retira el antiretroviral en relación al momento de corte de cordón umbilical.	Clínica	Tiempo Guía de Práctica Clínica MSP	Nominal -Antes del corte del cordón umbilical -Después del corte del cordón umbilical.
SEXO DE RN	Son las características tanto físicas como biológicas que identifican a hombres y mujeres	Biológica	Fenotipo	Nominal -Femenino -Masculino
LACTANCIA MATERNA	El acto de amamantar al RN.	Clínica	Historia Clínica	Nominal -Si -No
ADMINISTRACION ARV A RN	Verificación de administración de Zidovudina a Seroexpuesto a VIH.	Clínica	Fármaco	Nominal -Si -No
DIAGNOSTICO DE VIH EN RN	Valora la detección de anticuerpos reactivos a VIH.	Clínica	Resultado Historia Clínica	Nominal -Reactivo -No reactivo

FORMA DE DIAGNOSTICO VIH	Tipo de prueba con la que se realiza detección de anticuerpos reactivos al VIH	Clínica	Resultados Historia Clínica	Nominal -3ra generación -4ta generación. -Carga Viral
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------	-----------------------------	----------------------------------------------------------------

CAPITULO V

5 RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó con 41 historias clínicas, de gestantes en labor de parto con diagnóstico de VIH, siendo 18 del Hospital Básico Sucúa en el período 2017 -2019 y 23 del Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo 2012 – 2019. De las cuales se obtuvo la información necesaria para llenar los formularios y realizar la presente investigación.

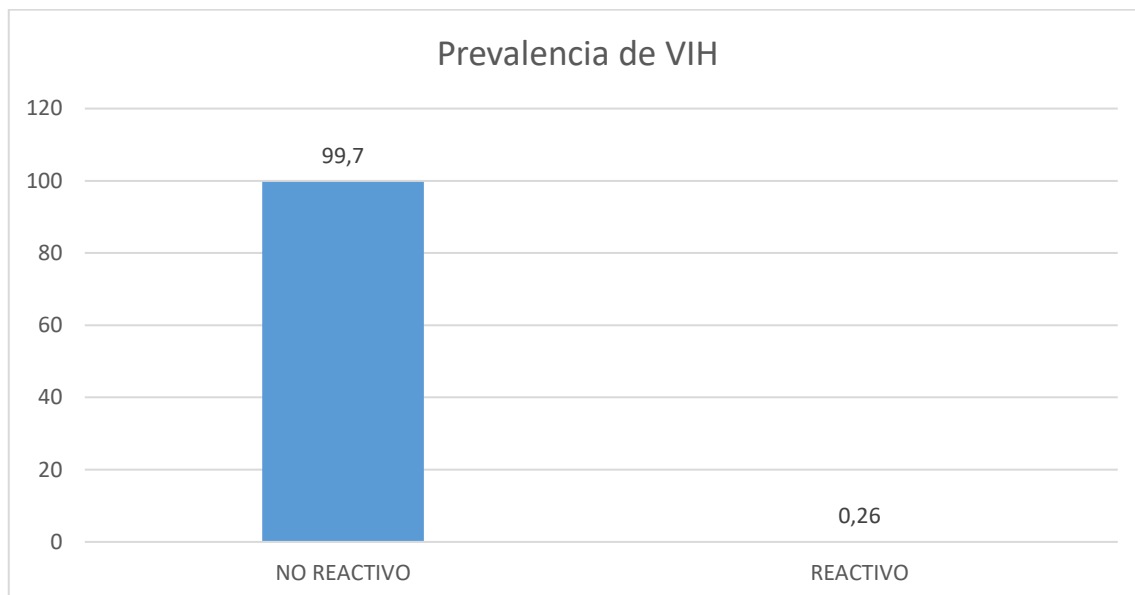
5.2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

La población del estudio se conformó por 18 gestantes seropositivas al VIH del Hospital Básico de Sucúa y 23 pacientes gestantes seropositivas del Hospital Homero Castanier Crespo, las mismas que obtuvieron el diagnóstico en diferentes momentos en relación a la gestación.

5.3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.3.1 PREVALENCIA DE GESTANTES CON VIH EN LA POBLACION ESTUDIADA.

Ilustración 1: Prevalencia de Gestantes con VIH en el Hospital Básico Sucúa Enero 2012 - Marzo 2019 y Hospital Homero Castanier Crespo Enero 2012 - Mayo 2019



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis:

La prevalencia de gestantes seropositivas al VIH, en labor de parto independientemente del tiempo de diagnóstico en relación a la gestación es de 0,26 % haciendo referencia a 41 casos reactivos de VIH y 15758 no reactivos en el Hospital Básico Sucúa 2017 -2019 y Hospital Homero Castanier Crespo 2012 -2019, Con un IC 95% entre 0,19 – 0,35.

5.3.2 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACION

Tabla 1: Características sociodemográficas de gestantes con VIH en labor de parto, Hospital Básico Sucúa 2012 - 2019 y Homero Castanier 2012 – 2019

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje %
Edad		
<15 años	3	7,3
16-25 años	21	51,2
25 – 35 años	12	29,3
>35 años	5	12,2
Total	41	100
Etnia		
Mestiza	23	56,1
Afroamericana	2	4,9
Amerindia (shuar)	16	39,0
Blanca	0	0
Total	41	100
Procedencia		
Urbana	19	46,3
Rural	22	53,7
Total	41	100
Instrucción		
Ninguno	1	2,4
Primaria	17	41,5
Secundaria	19	46,3
Superior	4	9,8
Total	41	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis:

- La edad más frecuente es de 16 -25 años (51,2 %), seguidas de las 25-35 años (29,3) encontrando a la mayoría en la etapa adulta.
- En la población estudiada se evidencia que la mayoría de pacientes se auto identifica como mestizos (56,1%), así como por la etnia Shuar o Amerindia (39%) y no se evidenciaron casos de auto identificación Blanca.
- En cuanto a la procedencia se encontraron 46,3 % de zonas urbanas, la misma que es superada por pacientes de zonas rurales (53,7 %).
- La instrucción académica en su gran mayoría es Secundaria (46,3 %) y falta de educación en un 2,4%.

5.3.3 VALORACION DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO

Tabla 2 Diagnostico según semanas de gestación y cumplimiento del Protocolo del MSP en gestantes con diagnóstico de VIH

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diagnóstico de VIH		
Previo a la gestación	7	17,1
Temprano o <28 SG	10	24,4
Tardío > 28 SG	7	17,1
En labor parto	17	41,5
Total	41	100
Prueba de diagnóstico		
3ra generación	5	12,2
4ta generación	3	7,3
3ra y 4ta generación	17	41,5
Western Blot	16	39,0
Total	41	100
Gestante toma ARV		
Si	21	51,2
No	20	48,8
Total	41	100
Gestante se realiza control Unidad de Atención Integral (UAI)		
Si	20	48,8

	No		21	51,2
	Total		41	100
<hr/>				
Carga viral previo al parto				
	Si		18	43,9
	No		23	56,1
	Total		41	100
<hr/>				
Valor carga viral previo al parto				
	<500 copias		2	4,9
	500-1000		12	29,3
	>1000 copias		4	9,8
	No tiene		23	56,1
	Total		41	100
<hr/>				
Tipo de Parto				
	Vaginal	sin	6	14,6
	profilaxis			
	Vaginal	con	3	7,3
	profilaxis			
	Cesárea	con	32	78,0
	profilaxis			
	Total		41	100
<hr/>				
Antiretroviral profiláctico				
	Zidovudina venosa		14	34,1
	Zidovudina oral		0	0
	Zidovudina	+	18	43,9
	Nevirapina			
	Mantiene	ARV	3	7,4
	preparto			
	No usa		6	14,6
	Total		41	100
<hr/>				

Tiempo uso ziduvudina		
1 hora antes del parto	8	19,5
Más de 1 horas antes del parto	20	48,7
Menos de 1 antes del parto	4	9,8
NA	9	22
Total	41	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis:

- El diagnóstico de VIH en gestantes a pesar de ser de gran importancia, el 41,5% se diagnostica en la labor de parto, y tan solo el 17,1% conoce su diagnóstico previo al embarazo.
- El Gold estándar de diagnóstico, prueba de Western Blot se realiza en el 39% encontrándose en segundo lugar por debajo de la combinación de prueba de 3ra y 4ta generación 41,5%.
- La mayor cantidad de gestantes inicia toma de ARV antes de la labor de parto (51,2%) lo cual es positivo para evitar transmisión vertical y sin embargo no concuerda con el porcentaje de pacientes que tiene al menos un control en la UAI (48,8%).
- La prueba de carga viral se solicita en un 43,9% de pacientes, mismo valor que coincide con las gestantes que tiene un valor de carga viral de 43,9% de las cuales solo el 4,9 % tiene un valor menor a 500 copias.
- La cesárea con profilaxis con un porcentaje de 78% es la forma de parto más recomendada en estos casos, y la menos recomendada es el parto vaginal sin profilaxis, el mismo que evidencia un 14,6%.

5.3.4 CUANTIFICACION DE TRANSMISION VERTICAL

Tabla 3: Reactividad al VIH en Seroexpuestos de más de 1 año.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnostico RN		
Reactivo	6	14,6
No Reactivo	35	85,4
Total	41	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis:

El 85,4% de nacidos de gestantes con VIH que hace referencia a 35 niños y niñas, cuyo resultado fue no reactivo en cuanto a exposición a anticuerpos virales, sin embargo el 14,6% presenta el diagnóstico de VIH, siendo 6 niños y niñas seropositivos al VIH.

5.3.5 RELACION DEL PARTO CON LA REACTIVIDAD

Tabla 4 Relación del Tipo de Parto con el Diagnostico de Reactividad de VIH del Seroexpuesto

Variables		Diagnostico RN		
		Reactivo	No reactivo	Total
Tipo de parto	Vaginal sin profilaxis	5	0	5
	Vaginal con profilaxis	0	3	3
	Cesárea con profilaxis	1	32	33
	Total	6	35	41

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis:

De los pacientes seroexpuestos al VIH se observa que los 5 niños que presentan reactividad al VIH, nacieron por parto vaginal sin profilaxis, además que un niño que nació por cesárea con profilaxis presento reactividad, por lo que se debe evaluar otra forma de transmisión vertical.

5.3.6 RELACION DE PROFILAXIS CON REACTIVIDAD

Tabla 5 Relación del tipo de ARV profiláctico con el diagnóstico del Seroexpuesto

Variables	Diagnostico RN		
	Reactivo	No reactivo	Total
Antiretroviral profiláctico			
Zidovudina venosa	0	15	15
Zidovudina oral	0	0	0
Zidovudina + Nevirapina	0	18	18
Mantiene ARV	0	3	0
No usa profilaxis	5	0	5
Total	5	35	41

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis

Del total de 41 seroexpuestos, los 5 que no recibieron tratamiento profiláctico de ningún tipo, presentaron diagnóstico de reactividad al VIH, sin embargo existe 1 caso que a pesar de que la gestante recibieran tratamiento antirretroviral en el parto, presentó resultado reactivo por lo que se debe analizar otro tipo de transmisión vertical.

5.3.7 CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO RN

Tabla 6 Cumplimiento de Protocolo del MSP para Seroexpuestos al VIH 2012

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Retiro de Zidovudina		
Antes del corte de cordón umbilical	1	2,4
Después del corte del cordón umbilical	32	76,2
No se uso	8	21,4
Total	41	100
Antiretroviral al Nacimiento		
Si	33	80,5
No	8	19,5
Total	41	100
Lactancia materna		
Si	4	9,8
No	37	90,2
Total	41	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración : María Augusta Ayora Zhagñay

Análisis:

- El corte del cordón umbilical se debe hacer antes de retiro del ARV, correspondiendo al 76,2%, solo en un caso correspondiente al 2,4% se realizó después.
- El 80,5% recibieron al menos una dosis de ARV al nacimiento.
- La Lactancia materna suspendida debido a riesgo de transmisión se realizó en 90,2% de casos.

CAPITULO VI

6 DISCUSION

En la población estudiada se observó una prevalencia de gestantes con VIH en labor de parto, de 0,26% en el Hospital Básico de Sucúa y Hospital Homero Castanier Crespo, valores superiores a los reflejados por el MSP del Ecuador en su página web según datos del INEC en 2017 de 0,16% de los cuales se notificaron 433 casos en todo el País, sin embargo a mediados del años 2018 se notificaron 191 casos nuevos de gestantes seropositivas, por lo que se asumiría que la prevalencia se mantiene y no disminuye, como se plantea en la guía de práctica clínica (10).

Luque R, Cuellar D, (Colombia 2016), ONUSIDA y el gobierno indican que se mantiene en observación la prevalencia de 0,19% en personas cuya edad se encuentra entre 14-49 años; ya que son grupo prioritario por encontrarse en edad fértil (27). Se verifico dicho dato en el Software Spectrum de ONUSIDA, para Colombia. Para el Ecuador, en relación al 2018 se obtiene 0,4%. En el presente estudio el 51.2 % se encontraban entre 16 -25 años y 29,3% de 25 - 35 años, mismas edades que de bajo riesgo para la gestación por el AIEPI Ecuador (39).

Huaman B, Gushiken y colaboradores (Perú 2017), realizaron un estudio en personas indígenas de su país, en cual debido a la idiosincrasia del grupo estudiado se veía una alta prevalencia de VIH así como transmisión vertical, debido a la negativa de la población a recibir tratamiento alegando que el personal médico informaba estos diagnosticas para causar daño y afectar su estilo de vida (4). En este estudio se evidencia que el 39% se auto identifican como etnia Shuar o Amerindia, así mismo en este grupo se evidencia que el diagnostico de VIH es tardío, la elección del parto, o negativas ante el tratamiento antirretroviral como profiláctico, por falta de conocimiento de la importancia del mismo, de los 6 casos encontrados como Seroexpuestos Reactivos el 66% es decir 4 casos, pertenecen a este grupo de gestantes que debido a su idiosincrasia, no se realizan controles prenatales oportunos,

tuvieron partos en el domicilio, desconocen su diagnóstico o se niegan a recibir tratamiento o a la opción de parto por cesárea con profilaxis.

En cuanto al cumplimiento del protocolo establecido por el MSP ECUADOR en el año 2012, basado en las directrices de la ONUSIDA, cuyo propósito es eliminar la transmisión vertical para 2030. Se plantean varios parámetros de gran importancia para disminuir el riesgo de la misma, dentro de estos se encuentra el diagnóstico temprano, así como el inicio de ARV y control mediante la Carga viral (6).

Echeverría M, Moran B, y colaboradores (Guayaquil 2018), nos explican la importancia de un manejo integral en gestantes con VIH, indican que el 99% de pacientes que conocían su diagnóstico previo al embarazo y en la etapa temprana con adherencia al TAR, no presentaron transmisión vertical, ni complicaciones, también se hace énfasis en las UAI VIH (Unidad de Integral a pacientes con VIH) y los talleres, que al brindar información concientizan a la gestante de la importancia de los ARV para que el RN no sea reactivo (32). Este estudio se realizó en dos hospitales que constan con UAI para VIH, sin embargo a pesar del mismo, el 51,2% de pacientes no se hizo seguimiento, ya sea por el diagnóstico tardío y por el desinterés. También las pacientes que acudieron a UAI y recibieron un diagnóstico temprano, se pudieron realizar el Gold estándar diagnóstico que es prueba de Western Blot 39%, debido a que el HBS y HHCC no se cuenta con estos reactivos el resultado se demora al menos 3 semanas por lo que de ser un diagnóstico tardío solo se diagnosticara con prueba rápida de 3ra y 4ta generación como es el caso del 41,3% de pacientes.

En la nueva Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Infección por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos (Ecuador 2019), se realiza hincapié en el diagnóstico temprano de la enfermedad y consejería preconcepcional, ya que la mayoría de diagnósticos son tardíos. Como en este estudio que representa el 41,5% de pacientes que obtuvieron el diagnóstico en el Labor de parto, pudiendo este ser en fase expulsiva. También se recalca el uso temprano de ARV en la

gestante que este caso fue el 51,2% el mismo que unido a una profilaxis durante el parto dependiendo el valor de la carga viral y profilaxis en el parto disminuyen el riesgo de transmisión vertical (26).

Ola D, Herrarte E. (Guatemala 2017) nos habla sobre los factores de riesgo para la transmisión vertical de VIH; realizado en 146 pacientes, el 89 % tubo un diagnostico antes y durante el tercer trimestre, además de un adecuado registro de administración de ARV, se obtuvieron 8 casos reactivos los mismos que indican que se presentaría en 5 de cada 100 casos. El 41,5% de los pacientes de este estudio se diagnosticaba en la labor de parto, y el 57,5% antes de la labor de parto que es un valor menor en comparación el estudio, obteniéndose 6 casos en 41 seroexpuestos como reactivos al VIH (34).

La vía de resolución de la gestación según Ola.D , es de gran importancia; el 89% se dio por cesárea con profilaxis, los demás por parto vaginal debido a periodo expulsivo o no llegaron al hospital. Es este estudio el 78% fue parto por cesárea con profilaxis, también se dieron partos vaginales con profilaxis por elección de la gestante y valores de carga viral entre 500- 1000 copias. El 14,6% fueron partos vaginales sin profilaxis debido a periodo expulsivo o demora en llegar a la UAI, de los cuales al no conocer el diagnostico no y recibir ARV el 100% de seroexpuestos dieron posterior diagnóstico de reactividad a VIH (30 - 34).

CAPITULO VII

7 CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

7.1 CONCLUSIONES

La prevalencia es de 0,26% en el Hospital Básico Sucúa Hospital Homero Castanier Crespo, misma que se encuentra en relación a lo planteado por la ONUSIDA.

Los pacientes se autoidentificación sobre todo con la etnia mestiza y Shuar. Se evidencia que el 90,2% tiene nivel de instrucción secundario o menor, además que el 53,7% habitaba en la zona rural. Lo cual va acorde con los artículos consultados (35,36). Que respaldan que, en las zonas de difícil acceso, siendo áreas de relevancia por mayores problemas en cuanto a acceso a unidades de salud, y conocimiento de las complicaciones de la falta de uso de ARV.

Los puntos recalcados por la guía del 2012, mismos que son reforzados en la nueva edición del 2019, se cumplen en los establecimientos de salud, sin embargo el diagnóstico en labor de parto representa un 41,5% y esto dificulta tener un control de carga viral de la gestante así como un manejo adecuado del parto.

El uso de ARV sin importar el tiempo de diagnóstico si es temprano o tardío, presenta no reactividad en seroexpuestos, sin embargo la falta de cualquier tipo de profilaxis durante la gestación, en el parto o lactancia, puede variar la reactividad. La Cesárea con Profilaxis de Zidovudina sin importar la presentación representa un factor protector en el niño.

7.2 RECOMENDACIONES

Considerar la Cesárea con Profilaxis, como la forma de parto ideal para pacientes VIH reactivas, así como incentivar a las gestantes a omitir la lactancia materna y reemplazarla por fórmulas lácteas.

Se debe capacitar al personal médico, quienes fomentarían la promoción y prevención de salud, así como informarían a las gestantes de la importancia de realizarse tanto los controles de la gestación, como los tamizajes del VIH.

Realizar talleres y charlas a las pacientes con VIH que tiene deseos de gestar, así como a las gestantes con diagnóstico, recordándoles la importancia del uso de ARV en todo el embarazo, así como la elección del parto, para disminuir la transmisión vertical.

Implementar grupos más grandes de galenos en las diferentes AUI, que les permita una atención integral de este grupo prioritario.

7.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Giuliano M, Andreotti M, Liotta G, Jere H, Sagnó JB, et al. (2013) Maternal Antiretroviral Therapy for the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV in Malawi: Maternal and Infant Outcomes Two Years after Delivery. PLOS ONE 8(7): e68950. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068950>
2. Paz E, Alban C. Evaluación del programa de prevención de transmisión vertical del virus de VIH en un hospital público. Babahoyo –Ecuador. Multimed Revista Médica Granma. 2017;21(5)
3. Sanchez R. Olmedo R. COMPLICACIONES EN GESTANTES VIH POSITIVO DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD. Repositorio Universidad de Guayaquil; 2016
4. Huamán B, Gushiken A, Benites C, Quiroz F, Garcia-Fernández L. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(4):627-32. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.2725
5. Montece F. Saltos M. Situación materna VIH como factor predisponente de vitalidad neonatal. Polo del Conocimiento. Vol 2. 2017. P 865 -878.
6. Ministerio de Salud Pública. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita y de atención integral de niños/as con VIH/sida [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. [citado 17 junio 2019]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016 [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2017[citado 11 Junio 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

8. Nesheim S, Taylor A, Lampe M A, Kilmarx P H, Fitz Harris L, Whitmore S, et al. A framework for elimination of perinatal transmission of HIV in the United States. *Pediatrics* 2012; 130 (4): 738-44.
9. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States [Internet]. Department of Health and Human Services; 2015 [cited 2019 Mar 4]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>
10. VIH – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Salud.gob.ec. 2019 [cited 21 June 2019]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/vih/>
11. Plazola-Camacho NG, Ortiz-Ibarra FJ. Veinte años de experiencia en el manejo de la mujer embarazada infectada por VIH-SIDA en el Instituto Nacional de Perinatología. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2009;66:350-363 <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n4/v66n4a9.pdf>
12. Polo Rodríguez R, Muñoz Galligo E. Executive summary of the Consensus Statement on monitoring HIV: pregnancy, birth, and prevention of mother-to-child transmission. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014; 32:311-9.
13. QUISHPE JARA G. Aspectos epidemiológicos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Cotopaxi. *Mediciencias UTA.* 2018;2(2):49.
14. Taylor G P, Clayden P, Dhar J, Gandhi K, Gilleece Y, Harding K, et al. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012. *HIV Med* 2012; 13 Suppl 2: 87-157.
15. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011; 2012
16. Selik R, Mokotoff E. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection—United States, 2014. *MMWR* 63(RR03):1-10, 2014.
17. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas 2016.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf>.

18. WHO. Global guidance on Criteria and processes for validation: Elimination of Mother-To child Transmission of HIV and syphilis. 2th ed, 2017. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=44224&Itemid=270&lang=
19. Kourtis AP, Bulterys M. Mother-to-Child ransmission of HIV: Pathogenesis, Mechanisms and Pathways. Clin Perinatol. 2010;37:721–737.
20. Rubian, L. Torres R. Cuando el VIH se cruza en el camino del embarazo: dolor, incertidumbre y miedos. Index Enferm [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Jun 21] ; 25(3): 211-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200019&Ing=es
21. Ministerio de Salud. NTS 108-MINSA/ DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis". Perú, 2014
22. Hudson CN. Elective Caesarean Section for the Prevention of Vertical HIV-1 Infec- tion. Lancet, . 1999, ; 353:158-159.
23. Aguilera A. Estévez M. colbs. Diagnostico Microbiológico de la infección por el VIH. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. España. 2014.
24. MSP- Ecuador, PNCTB/PNS. Guía de la Atención Integral de la Co-Morbilidad TB/ VIH-SIDA. Marzo 2009
25. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Guía atención del trabajo de parto y postparto inmediato [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. [citado 17 junio 2019]. Disponible: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc_parto_final.pdf
26. MSP. Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Infección por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos .Ecuador. 2019.

27. Luque R, Cuellar D. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevalencia del VIH o SIDA entre la población de 15 y 49 años. [online] Bogota, Colombia (2016). Available at: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estima-prevalencia-vih-15-49-2016.pdf> [Accessed 18 Oct. 2019].
28. Cohen; E. Whittaker; S. Walters; 77. H. Lyall; G. Tudor-Williams; B. Kampmann. Presentation, Diagnosis and Management of Tuberculosis in HIV-infected Children in the UK. *HIV Medicine*. 2008; 9(5):277-284.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. Madrid. 2005.
30. Hernández, R. Metodología de investigación. In Tipos de investigación. madrid, España: Mc-Graw-Hill; 2014. p. 53
31. MSP ECUADOR. Atención Integral de Enfermedades Prevalentes. AIEPI. QUITO; 2017 p. 88-89.
32. Echeverría M, Moran B y cols. Beneficios del manejo integral durante el embarazo en ppacient4es con VIH, que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor años 2011- 2015. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las ciencias*. Pp 442 -452. Guayaquil. 2018
33. ONUSIDA. Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad) (2018)| Data. [online] Datos.bancomundial.org. Available at: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS> [Accessed 18 Oct. 2019].
34. Ola d, Herrarte E. Factores de riesgo asociados a la transmisión vertical del VIH en el embarazo. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*. Vol 22. Pp 38 -40. Guatemala. 2017
35. De La Torre E. SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH, A 35 AÑOS DE SU DESCUBRIMIENTO. *Revista Médica Panacea*. 2018;7(3):81.
36. UNICEF. Atención Integral de niños. Niñas y adolescentes con VIH. Buenos Aires. 2012. Cap 3.

ANEXOS

ANEXO 1: OFICIO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 20/9/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado
Prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, Hospital Básico Sucua
2017 - 2019 y Homero Castanier 2012 - 2019.

Trabajo de titulación realizado por María Augusta Ayora Zhagñay

Código: Ay92PreME13

X  

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 2: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN – HOSPITAL BÁSICO SUCÚA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 20 de septiembre de 2019

Señora Doctora
ZOILA ISABEL FREIRE LAZO
DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCUA
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina AYORA ZHAGÑAY MARIA AUGUSTA con CI: 0106038292, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BASICO SUCUA 2017-2019 Y HOMERO CASTANIER 2012-2019". La Investigación será dirigida por el DR. LAURO MEJIA, ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.
Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca



Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

ANEXO 3: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN – HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO



Cuenca, 23 de septiembre de 2019

Señora Doctora
María Molina Crespo
DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina AYORA ZHAGÑAY MARIA AUGUSTA con CI: 0106038292, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BASICO SUCUA 2017-2019 Y HOMERO CASTANIER 2012-2019". La Investigación será dirigida por el DR. LAURO MEJIA, ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital Homero Castanier Crespo
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS Y ARCHIVOS

23 SEP 2019

Manual Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

ENFERMERIA
Hora: 11:45
H. Vega y Pío Bravo

ANEXO 4: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL BÁSICO SUCÚA

MINISTERIO DE SALUD



Coordinación Zonal 6 – SALUD
Dirección Distrital 14D03 – LOGROÑO – SUCÚA – SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD14D03-UDI-2019-0052-M

Sucúa, 03 de octubre de 2019

PARA: Sra. Dra. Zoila Isabel Freire Lazo
Directora del Hospital Básico Sucúa

Sra. Ing. Jenny Maricela Arias Arevalo
Analista de Admisiones

ASUNTO: INFORMANDO SOBRE AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

Reciban un cordial y atento saludo, a la vez que les informo que en respuesta a oficio entregado en ventanilla única con número de documento MSP-CZ6-DD14D03-GDVUUAU-2019-0641-E, se autoriza a la estudiante de medicina de la Universidad Católica de Cuenca María Augusta Ayora a realizar el trabajo de investigación en el Hospital Básico de Sucúa, cuyo tema es: "PREVALENCIA Y MANEJO DEL VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO DE SUCUA 2017-2019 Y HOMERO CASTANIER 2012-2019", teniendo en cuenta que ha cumplido con los requisitos de la solicitud, misma que se adjuntaN y donde se compromete a responsabilizarse con la investigación, guardar la debida confidencialidad de los datos y a entregar una copia de los resultados a nuestra institución. Favor brindarle todas las facilidades para que se realice esta investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Lazaro Perez Calleja
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Copia:

Srta. Dra. Esther Josefina Vargas Saritama
Medica Especialista en Medicina Interna 1

Sra. Dra. Lavinia Josefina Cubillo Moreno
Especialista en Ginecología y Obstetricia



Calle Edmundo Carvajal 10001 y Alcides Vintimilla • Sucúa – Ecuador
• Código Postal: 140650 • Teléfonos: 593 (7) 2740914 - 2741149 • www.salud.gob.ec

ANEXO 5: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



"HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO" COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS OBSERVACIONALES DE INVESTIGACIÓN

La Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital Homero Castanier Crespo, luego de la recepción y análisis del protocolo de Investigación titulado: "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BASICO DE SUCUA 2017-2019 Y HOMERO CASTANIER CRESPO 2012-2019", presentado por la Srta. María Augusta Ayora Zhagnay con CI: 0106038292 estudiante egresada de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, informa que:

Esta investigación, cumple con los requerimientos ético - metodológicos necesarios, por lo que esta coordinación autoriza su realización.

Azogues, Septiembre 12 de 2019



Lic. Susana Flores Flores

COORDINADORA (e) DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

ANEXO 6: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR
FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL
ESTUDIO: “PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN
GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO SUCÚA 2017 –
2019 Y HOMERO CASTANIER 2012- 2019”

Características Sociodemográficas

1. Edad
<15 años _____ 16-25 años _____ 26-35 años _____ >35 años

2. Etnia
Blanca _____ Mestiza _____ Afroamericana _____
Amerindia (Shuar) _____
3. Procedencia
Urbana _____ Rural _____
4. Nivel de Instrucción
Ninguno _____ Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____

Características Clínicas Gestantes

5. Tiempo de Diagnóstico de VIH en relación a la Gestación.
Previo a la gestación _____
Temprano o <28 semanas de gestación _____
Tardío o >28 semanas de gestación _____
En el Momento del labor de parto _____
6. Prueba para el diagnóstico de VIH
3ra generación _____ 4ta generación _____ 3ra y 4ta generación

Western Blot _____
7. Toma de tratamiento antirretroviral TAR
Si _____ No _____
8. Control de TAR en UAI
Si _____ No _____

9. Realización de prueba de Carga Viral 3 semanas antes del parto
Si _____ No _____
10. Valor de Carga Viral 3 semanas antes del parto
<500 copias _____ 500 – 1000 copias _____ >1000 copias _____
No tiene _____
11. Tipo de Parto
Vaginal sin Profilaxis _____ Vaginal con Profilaxis _____
Cesárea con Profilaxis _____
12. Que antiretroviral se usó como profilaxis
Zidovudina venosa _____
Zidovudina oral _____
Zidovudina + Nevirapina _____
13. Tiempo de uso de Zidovudina previo al parto
1 hora antes del parto _____
Mas de 1 hora antes del parto _____
Menos de 1 hora antes del parto _____
14. Momento de retiro de Zidovudina
Antes del corte del cordón umbilical _____
Después del corte del cordón umbilical _____

Características Clínicas RN

15. Género de Recién Nacido
Femenino _____ Masculino _____
16. Consumo de lactancia materna
Si _____ No _____
17. Administración de ARV al nacimiento
Si _____ No _____
18. Diagnóstico de VIH
Reactivo _____ No Reactivo _____
19. Forma de Diagnóstico de VIH
3ra generación _____ 4ta generación _____ Carga Viral _____

Autor: María Augusta Ayora Zhagñay

Fuente: Guía Sífilis y VIH en gestantes MSP 2012

ANEXO 7: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TITULACION María Augusta Ayora Zhagñay

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%	5%	1%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	2%
2	docplayer.es Fuente de Internet	1%
3	scielosp.org Fuente de Internet	1%
4	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1%
5	lahora.com.ec Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1%
7	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador	<1%

ANEXO 8: RUBRICA DE PARES REVISORES



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia y Manejo de VIH en gestantes en labor de parto, Hospital Basico Úrsula 2017-2019 y Hospital Costanier 2012-2019

Nombre del estudiante: María Augusta Dora Zangróniz

Director:

Nombre de par revisor: Dr. Juan Muñoz E.

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	/			1 / 1
Redacción Científica	/			1 / 1
Pensamiento crítico	/			1 / 1
Marco teórico	/			1 / 1
Anexos	/			1 / 1
Total	5			5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Ninguna

Firma y sello de responsable

Dr. JUAN MUÑOZ E.
C.M.A. 2102
CONSEJO CA 01-0965-2003

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



ANEXO 9: RUBRICA DE PARES REVISORES



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia y Manejo de VIH en gestantes en labor de Parto, Hospital Basico Susana y Romero Costanera, Cuenca 2012-2019

Nombre del estudiante: Maria Augusta Ayala Zhagnay

Director: Dr. Jairo Mejia

Nombre de par revisor: Dr. Freddy Cordero

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis				1
Redacción Científica				1
Pensamiento crítico				1
Marco teórico				1
Anexos				1
Total				5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

[Firma]
 Firma y sello de responsable

[Firma]
 Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



ANEXO 10: RUBRICA DE DIRECCION DE CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: <i>Prevención y Manejo de VIH en gestantes en localidades de paño, Hospital</i>	
Nombre del estudiante: <i>Boris Saca y Homero Castañer. Cuenca 2012-2014</i>	
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	<i>Dr. Javier Mejía</i>
Asesor:	<i>Dr. Carlos Diez</i>

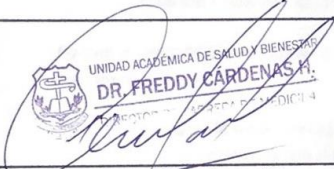
PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/				
Redacción Científica	/				
Pensamiento crítico	/				
Marco teórico	/				
Anexos	/				

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CARDENAS H.
 Director de la Carrera de Medicina


 Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

ANEXO 11: CARTA DE APROBACION DE DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE MEDICINA

Sra. Mags.
Carem Prieto
RESPONSABLE(S) DE TITULACION DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE

Su despacho.

De mi consideración.

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BÁSICO SUCÚA Y HOMERO CASTANIER, CUENCA 2012- 2019", ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por lo pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente
Dr. Lauro Mejía
Medico Ginecólogo

ANEXO 12: INFORME FINAL DE INVESTIGACION



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-013-2019-I
Cuenca, 06 de noviembre de 2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna AYORA ZHAGÑAY MARIA AUGUSTA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación PREVALENCIA Y MANEJO DE VIH EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO, HOSPITAL BASICO SUCUA HOMERO CASTANIER, CUENCA 2012-2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DR. JUAN MUÑOZ/ DR. FREDDY CARDENAS

Director: DR. LAURO MEJIA/ **Asesor:** DRA. CARLOS AREVALO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
UNIDAD TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



6 NOV 2019
RECIBIDO
HORA: 12:00 FIRMA: 