



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

**“FACTORES DE RIESGO EN EXPUESTOS PERINATAL PARA DESARROLLAR
INFECCION POR VIH, HOSPITAL QUEVEDO”.**

AUTORAS:

MOREIRA MACÍAS JENNIFER GISELA
VÉLEZ UTRERAS DENISSE VANINA

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN:
DR. NÉSTOR GUILLERMO DE LA TORRE.
REVISOR DE TRABAJO DE TITULACION:

DRA. CECIBEL GIRÓN VILLACÍS
PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2016- 2017.

DEDICATORIA.

Sin duda alguna que existen muchas personas que forman parte de este logro, no alcanzarían hojas para agradecer la forma en como influyeron a lo largo de este camino, aquellos que están y otros que no, gracias.

No ha sido nada fácil, pero aun puedo decir que DIOS HA SIDO BUENO.

Porque me ha permitido aun a pesar de todo, tener la seguridad y certeza que grandes cosas me tiene preparado.

Gracia a mis padres Mario Alberto Moreira Gamboa y Fátima Auxiliadora Macías Zamora, siempre me digo que sería de mi vida sin Uds, gracias por tener fe en mí, todo lo que soy se lo debo, han estado en cada una de mis decisiones y siempre han estado cuando más los necesito, el mejor herencia que me pudieron dar fue la perseverancia en conseguir mis sueños, y hoy ya es una realidad.

Gracias a mi hermana Abg. Mayra Alejandra Moreira Macías, has sido mi amiga, confidente, siempre vi en ti una gran persona, estuviste cuando más te necesite en momentos de alegrías tristezas. A mi hermoso sobrino Alejandro te quiero mi hermoso.

Y a mí hermosa tía bella Rosita Ud. más que mi tía, hermana en Cristo es como mi segunda madre, gracias por siempre confiar en mí, gracias por sus palabras alentadoras y por su amor incondicional.

“Regocijaos en el Señor siempre. Otra vez digo: ¡Regocijaos! Vuestra gentileza sea conocida de todos los hombres. El Señor está cerca.

Por nada estéis afanosos, sino sean conocidas vuestras peticiones delante de Dios en toda oración y ruego, con acción de gracias.

Y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, guardará vuestros corazones y vuestros pensamientos en Cristo Jesús”. Filipenses 4:4-7

Jennifer Gissela Moreira Macías

DEDICATORIA.

Dedico el proyecto de titulación de manera muy especial principalmente a Dios, mi señor que me dio paciencia y perseverancia para alcanzar con éxito mi formación profesional, sin perder la fe y brindarme la fuerza de no declinar en cada obstáculo que se presentó en este duro camino.

De la misma manera va dedicado a mis padres el Sr. Gustavo Vélez Basurto y la Lcda. Elicia Utreras Macías, porque a ellos se les debo todo lo que soy y seré, con su ejemplo, consejos, amor y apoyo me supieron guiar sabiamente en lo que hoy es una meta cumplida, sin dejarme caer en los momentos difíciles y recordándome que soy capaz de todo lo que me propongo si lo hago con amor y dedicación.

A mi amado esposo Ab. Bryan Constante Arteaga, mi eterno compañero, el cual presto su hombro en cada adversidad, brindándome su comprensión y amor, ayudándome en cada momento en que parecía desfallecer, cuando parecía difícil seguir, él siempre ha estado ahí para mí, y espero yo estar para él. También lo dedico al fruto de nuestro gran amor, Noah David, que ahora por el quiero seguir forjándome, y no solo llegar hasta donde he llegado, para darle todo y no faltarle nada sobre todo amor y ejemplo.

Dedico también con todo cariño esta tesis a mis hermanos Gustavo y Valeria por su compañía y ayuda justo cuando más lo necesité, supieron ser un apoyo incondicional durante este recorrido.

DENISSE VANINA VÉLEZ UTRERAS

AGRADECIMIENTO.

A la Universidad y a cada una de las personas que la conforman por brindarnos el aprendizaje día tras día, en lo que duró nuestra formación profesional. A los docentes que supieron ser luz en nuestros caminos, siendo ejemplos a seguir y enseñándonos siempre con total entrega y amor por lo que hacen.

A nuestra Tutor de tesis Dr. Néstor de la Torre Castillo, gracias por el tiempo que dedicó a resolver nuestras dudas e inquietudes y además por ser un pilar fundamental en la realización de este proyecto de titulación.

A nuestra revisora que siempre dándonos apoyo para que continuemos. Así mismo agradecemos al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, por abrirnos sus puertas con total confianza ya que fueron parte esencial en la realización de este proyecto de titulación.

Agradecemos también a nuestros Padres, por su apoyo incondicional tanto emocional como económicamente, y por haber construido en nuestra vida cimientos firmes para que no nos diéramos por vencidas, y nos enseñaron q a pesar de todos los sacrificios no hay mayor satisfacción que la del deber cumplido.

Agradecemos a todos quienes de una u otra forma se hicieron presentes y nos apoyaron durante este proceso, a nuestros compañeros y amigos quienes compartieron con nosotros sus conocimientos, penas, alegrías y frustraciones, sentimientos que ayudaron a que fuéramos apoyo mutuo para levantarnos y continuar.

MOREIRA MACIAS JENNIFER GISSELA
VÉLEZ UTRERA DENISSE VANINA

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TITULACIÓN.

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Técnica de Manabí yo, NÉSTOR DE LA TORRE CASTILLO, bajo mi tutoría, certifico que el presente trabajo de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO EN EXPUESTOS PERINATAL PARA DESARROLLAR INFECCION POR VIH, HOSPITAL QUEVEDO”, de las egresadas MOREIRA MACIAS JENNIFER GISSELA y VÉLEZ UTRERA DENISSE VANINA, El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi tutoría y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Dr. Néstor De La Torre
PSIQUIATRA Y PSICOPATOLOGO
 REG. PROF.: Libro IV Folio 255 N°765

DR. NÉSTOR GUILLERMO DE LA TORRE CASTILLO .
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado ““FACTORES DE RIESGO EN EXPUESTOS PERINATAL PARA DESARROLLAR INFECCION POR VIH, HOSPITAL QUEVEDO”, ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento estipulado por el tutor, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de las autoras MOREIRA MACIAS JENNIFER GISSELA y VÉLEZ UTRERA DENISSE VANINA, Considero que dicho trabajo investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

Dra. Cecibel Girón V.
PEDIATRA
SENECYT
100-224 No.228



DRA. CECIBEL GIRÓN VILLACÍS
REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO EN EXPUESTOS PERINATAL PARA DESARROLLAR
INFECCION POR VIH, HOSPITAL QUEVEDO”.

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO realizado por las egresadas, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO



Dra. Yira Vasquez Giler Mg. Sc.

DECANA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ab. Abner Bello Molina

SECRETARIO ASESOR JURIDICO (E)
DE LA FCS



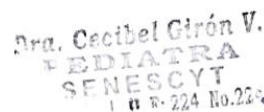
Lcda. Miriam Barreto Rosado Mgs

PRESIDENTA DE LA COMISION
DE TITULACION DE LA FCS



Dr. Néstor De La Torre
PEDIATRA NEONATOLOGO
REG. PROF. Libro IV Folio 259 N°765

DR. NÉSTOR GUILLERMO DE LA TORRE CASTILLO .
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Dra. Cecibel Girón V.
PEDIATRA
SENESCYT
C. R. 224 No. 2260

DRA. CECIBEL GIRÓN VILLACÍS
REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

AUTORIA

Nosotros MOREIRA MACIAS JENNIFER GISSELA y VÉLEZ UTRERA DENISSE VANINA, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente Trabajo de Investigación titulado **“FACTORES DE RIESGO EN EXPUESTOS PERINATAL PARA DESARROLLAR INFECCION POR VIH, HOSPITAL QUEVEDO”**, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Tutor del Trabajo de Titulación, DR. NÉSTOR DE LA TORRE CASTILLO y Revisor del Trabajo de Titulación Dra. CECIBEL GIRÓN VILLACIS.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo de titulación, pertenecen exclusivamente a los autores



MOREIRA MACIAS JENNIFER GISSELA



VÉLEZ UTRERA DENISSE VANINA

RESUMEN

El propósito de este trabajo de titulación fue determinar los factores de riesgos en infantes expuestos perinatal a VIH; los métodos que se utilizaron fue un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y cuantitativo en el cual se escogieron 43 niños expuestos a VIH, que reunían los criterios de inclusión y exclusión. De un universo de 180 expuestos perinatales del programa clínica de VIH, del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo. Esta investigación comprende un desarrollo progresivo de diferentes etapas desde la recolección bibliográfica y de datos de las historias clínicas de los niños expuestos perinatales a VIH hasta los 18 meses de edad por medio de una ficha de recolección de datos. El análisis de los resultados que permiten integrar todas las variables en un modelo litológico final, en donde se revelo que, a nivel social las madres VIH positiva de estos usuarios tenían la edad materna de 25-29 años, el estado civil de unión libre, cursaron solo la primaria, son amas de casa como también agricultoras y viven en zonas rurales; el factor de riesgo a nivel prenatal más importante resulto que no se realizaron las pruebas de tamizaje de VIH durante los controles prenatales; no hubo factores de riesgo perinatales ni posnatales significativos; finalmente la morbilidad que mayormente afecta, a los niños expuestos a VIH son las infecciones gastrointestinales y no hubo mortalidad significativa .

Palabra claves: Factores de Riesgos, infante expuesto perinatal a VIH.

INDICE	PÁG.
PORTADA-----	I
DEDICATORIA-----	II-III
AGRADECIMIENTO-----	IV
CERTIFICACIÓN DE TUTOR-----	V
CERTIFICACIÓN DE REVISOR-----	VI
AUTORIA-----	VIII
RESUMEN-----	IX
SUMMARY-----	X
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN-----	1-2
ANTECEDENTES-----	3-4
JUSTIFICACIÓN-----	5-6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	7-8
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA-----	9
SUBPROBLEMAS-----	10
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA-----	
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL-----	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	11
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO-----	12-26
VARIABLES-----	27
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES-----	28-29
CAPITULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO-----	30-35
CAPITULO IV	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.-----	36-74
CAPITULO V	
CONCLUSIONES-----	75-76
RECOMENDACIONES-----	77
BIBLIOGRAFIA-----	78-81
ANEXOS-----	82-85

ÍNDICE DE GRÁFICOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	PÁG.
GRÁFICO N°1: UNIVERSO Y POBLACION DE LOS EXPUESTOS PERINATALES DEL PROGRAMA CLINICA DE VIH, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE2016.....	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°1.....	33
GRÁFICO N°2: FACTORES SEGÚN LAS CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS MADRES, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE2016.....	34
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°2.....	35
GRÁFICO N°3: FACTOR DE RIESGO SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015-SEPTIEMBRE 2016.	36
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°3.....	37
GRÁFICO N°4: DE RIESGO SEGÚN LA ESCOLARIDAD DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.	38
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°4.....	39
GRÁFICO N°5: FACTORES DE RIESGO SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015-SEPTIEMBRE 2016.....	40
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°5.....	41
GRÁFICO N°6: FACTORES DE RIESGO SEGÚN LA RESIDENCIA DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015-SEPTIEMBRE 2016...	42
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°6.....	43
GRÁFICO N°7: FACTORES DE RIESGO SEGÚN CONTROLES LOS MATERNOS, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015-SEPTIEMBRE 2016.....	44
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°7.....	45
GRÁFICO N°8: FACTORES DE RIESGOS SEGÚN LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS DE VIH EN LA MADRE, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	46
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°8.....	47
GRÁFICO N°9: FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL TRATAMIENTO	

ANTIRETROVIRAL EN LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	48
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°9.....	49
GRÁFICO N°10: FACTORES DE RIESGO SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LA MADRE, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	50
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°10.....	51
GRÁFICO N°11: FACTORES DE RIESGO SEGÚN CARGA VIRAL DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016..	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°11.....	53
GRÁFICO N°12: FACTORES DE RIESGOS SEGÚN RECuento DE LINFOCITO T CD4 DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	54
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°12.....	55
GRÁFICO N°13: FACTORES DE RIESGOS SEGÚN EL TIPO DE PARTO DE LAS MADRES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	56
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°13.....	57
GRÁFICO N°14: FACTOR DE RIESGO SEGÚN LA PRESENCIA DE FISTULA AMNIOTICA EN LA MADRE, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE2015- SEPTIEMBRE 2017.....	58
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°14.....	59
GRÁFICO N°15: FACTORES DE RIESGO SEGÚN LA EPISIOTOMIA DE LA MADRE, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE2015- SEPTIEMBRE 2016....	60
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°15.....	61
GRÁFICO N°16: FACTORES DE RIESGO SEGÚN LA LACTANCIA MATERNA, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	62
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°16.....	63
GRÁFICO N°17: FACTORES DE RIESGO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE2015- SEPTIEMBRE	

2016.....	64
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°17.....	65
GRÁFICO N°18: FACTORES SEGÚN EL PESO EN EL NACIMIENTO, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	66
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°18.....	67
TABLA N°19 : FACTORES SEGÚN LAS PRUEBAS RÁPIDAS, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°19.....	68
TABLA N°20: FACTORES DE RIESGO SEGÚN LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	69
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°20.....	70
GRÁFICO N°21: MORBILIDAD DE LOS EXPUESTOS PERINATALES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	71
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°21.....	72
GRÁFICO N°22: MORTALIDAD EN LOS EXPUESTO PERINATAL, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.....	73
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO N°21.....	74

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

Se comprende por exposición perinatal a VIH, a todo infante que nació de mujer portadora del virus, también aquel, que se desconoce el sistema inmune materno, por lo cual, no se establece criterios diagnóstico, dado a ser seropositivo y tiene menos de 18 meses de edad durante el examen.

Así mismo, se puede considerar que el VIH y su estadio final SIDA, tiene una estrecha relación con la sexualidad, la pobreza. Siendo las mujeres el grupo etario más vulnerable, debido a factores biológicos, socioeconómicos, culturales y por ende influye de forma directa, a ser un potencial factor de riesgo en la transmisión perinatal.

Por otro lado, en el proceso de adquisición del binomio madre VIH – hijo, se admite la intervención de un desarrollo multifactorial, que implican varios estadios que finalmente confluye una amplia gama de factores de riesgo.

De los cuales, se conocen como el estadio de la infección, carga viral, recuento de linfocitos CD4, infección aguda durante la gestación, procedimientos invasivos, no utilización del tratamiento antirretroviral durante el embarazo, falta de controles maternos.

A nivel mundial, en los últimos 10 años, se han implementado programas para disminuir las infecciones por VIH en niños, que comprende, el tamizaje de VIH en gestante, tratamiento antirretroviral en embarazadas y en niño expuesto, la terminación de la gestación por cesárea y el cese de la lactancia materna. (Vega, 2014).

Además, se puede señalar que, en un estudio, un grupo pediátrico para ensayos clínicos de VIH, determinó que el régimen de monoterapia con Zidovudina (ZDV), administrada en la semanas 14^a-36^a de gestación, durante el parto, posnatalmente y al recién nacido, hasta la 6^a semana de vida, disminuirá en un 67% el riesgo de transmisión vertical. (J.A. León-Leal, J.C. González-Faraco, Y. Pacheco, 2014).

Actualmente, Ecuador cuenta con una política nacional, de implementar el tratamiento universal, aspirando cubrir el 100% de las personas infectado por el VIH; En donde las

mujeres embarazadas son el grupo prioritario, ya que la profilaxis puede disminuir de manera significativa la transmisión perinatal.

Por lo demás, junto a los estudios ya manifestados, se demuestra que el diagnóstico junto con el tratamiento oportuno y las medidas de prevención en la Madre con VIH, ayudaría de forma significativa, a disminuir de por sí, la posibilidad de que los pediátricos expuestos a este virus, no desarrollen la enfermedad.

Es por esta razón, que este trabajo de titulación, como tiene el interés primordial, determinar los factores de riesgos en expuesto perinatal para desarrollar VIH, en el Hospital de Quevedo.

ANTECEDENTES.

La infección por VIH afecta en mayor incidencia a las mujeres en edad fértil, lo que determina la posibilidad de transmisión vertical. Por lo tanto, la detección temprana del VIH contribuye en uno de los papeles principales, porque junto con el acceso a la consejería y prueba voluntaria durante el control prenatal. Llevarían al oportuno tratamiento anti-retroviral, que disminuiría la incidencia de expuestos perinatales.

Las estimaciones del año 2007 indicaban que en la región vivían 55.000 niños menores de 15 años con VIH, de los cuales 6.000 fallecieron ese año por el VIH.

(ONUSIDA, 2016) advierte que a nivel mundial, 150 000 [110 000–190 000] niños contrajeron la infección por el VIH en 2015, una cifra inferior a la de 2010, con 290 000 [250 000–350 000] nuevos casos.

El nacimiento de un niño infectado con VIH es una señal de oportunidades perdidas, y ocasionalmente, de falla profiláctica. Una oportunidad perdida se da por el desconocimiento de la gestante sobre su estado serológico ante el VIH o de su riesgo de adquirirlo.

En el recién nacido es inútil la determinación de anticuerpos contra VIH, mediante Elisa o Western Blot debido al paso de anticuerpos maternos al feto que determinan que el resultado sea positivo. Se deben realizar pruebas virales directas como PCRARN, PCR-ADN y cultivo viral.

La transmisión vertical disminuye claramente con el tratamiento antirretroviral materno, cesárea programada, ausencia de ruptura de membranas, e instauración de terapia antirretroviral profiláctica durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal.

(ONUSIDA, 2013) Revela que la cobertura del tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas que viven con el VIH llegó al 62 % en 2012 y el número de nuevos niños infectados por el VIH en 2012 fue un 35 % más bajo que en 2009

La mayor parte de las transmisiones se da al momento del parto, por contacto mucocutáneo del bebé con la sangre materna, el líquido amniótico y las secreciones cervicovaginales durante el paso por el canal de parto. Se ha descrito que la difusión hematológica sólo ocurre en el 20 a 25% de las infecciones congénitas.

Los beneficios de la cesárea en la prevención de la transmisión vertical del VIH aún no son claros; se considera que la cesárea por sí sola no tiene un efecto preventivo significativo, pero combinada con el uso de medicamentos antirretrovirales y llevada a cabo de manera electiva, sin trabajo de parto ni ruptura prematura de membranas previas, reduce el riesgo de transmisión vertical.

JUSTIFICACIÓN.

Como afirma (ONUSIDA, 2015) calcula que existen 2,3 millones de niños infectados con el VIH, entre los cuales el 80% se hallan en África. En Latinoamérica según la última actualización se prevé que para el año 2015, existen unos 25.000 niños infectados por el VIH”.

Fundamentando estas cifras, sobre el impacto que ha generado esta enfermedad, las personas que actualmente son portadoras, se sitúa en mujeres de edad fértil, alcanzando mayor incidencia en niños expuestos a este problema de salud pública.

Además, los equipos de salud trabajan fuertemente, para disminuir la frecuencia de infección materno-fetal. Así mismo, realizar un diagnóstico oportuno en la embarazada, iniciando en forma temprana los cuidados necesarios y tratamiento oportuno, garantiza disminuir la reiteración de esta enfermedad en los hijos de estas madres portadoras de este virus.

Como sostiene (Dra. Silvina Vulcano, 2011), muestran que más de la mitad de las mujeres con VIH, son diagnosticadas durante el embarazo. Estas afirmaciones sugieren que la gestación, genera una oportunidad en el sistema de salud, para que se accedan al análisis y posterior tratamiento.

Así mismo, comparando estos estudios ya citados, a nivel de la Provincia de Los Ríos, no existen investigaciones que examine el contexto de este problema en esta población. Por lo cual, surge el interés de esta investigación, puesto que determinará los factores de riesgos en niños expuesto a VIH en el Hospital de Quevedo.

De igual manera, por medio de esta pesquisa, pretende servir como guía para futuras investigaciones, debido, a que la frecuencia de expuestos perinatales, se puede evitar, si existe un buen manejo de la embarazada con VIH.

La investigación será factible de ejecutar, porque cuenta con la información necesaria para su desarrollo, así también como del personal humano implicado en la temática, elementos que garantiza la obtención de los propósitos de la investigación.

Y cuenta con el interés, el deseo, la motivación de las investigadoras para la efectucción, permitiendo sustentar más sobre el dilema ya mencionado, generando mayor riqueza de conocimiento, que ayudara en el ejercicio de la profesión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cada día más mujeres en edad fértil son portadoras del VIH, ocasionando la frecuencia de niños expuestos al virus, llamado transmisión vertical o perinatal, en donde el neonato adquiere la infección ya sea prenatal, perinatal, posnatal y a través de la lactancia materna.

Mundialmente en el 2015 cerca de 150. 000 niños adquirieron la infección por el VIH, considerando que el 77% de las embarazadas que vivían con el VIH tuvo acceso al tratamiento antirretroviral, para evitar la infección a sus hijos. (ONUSIDA, 2015). Lo que manifiesta que, pese a que mujeres gestantes portadoras del virus, se someten al tratamiento profiláctico, aún continúan existiendo niños que se infectan por transmisión vertical.

Además, estimando esta prevalencia, prevalecen factores de riesgo, que determinan el aumento de exposición vertical, como la carga viral elevada, recuento bajo de células CD4 en la madre, estado de inmunidad materna, prematuridad, ruptura prolongada de membranas, tipo de nacimiento y lactancia materna.

Por lo demás, se considera, que es trascendental conocer la historia materna, de todos aquellos niños expuestos al VIH, de tal modo permite intuir la probabilidad de transmisión y el riesgo al que se expone el neonato.

Por consiguiente, a lo ya manifestado, se demuestra la importancia del Trabajo de Titulación, porque se intenta demostrar, los factores de riesgos en niños expuesto a VIH en el Hospital de Quevedo.

Es preciso establecer información cualitativa respecto a este tipo problema, y esto se debe a que actualmente, no hay investigaciones respecto a esta misma, en la institución ya mencionada. Por lo tanto, resulta, relevante esta investigación, porque permite analizar esta temática y afirmar las pedestales para que abra el camino hacia otras pesquisas en esta población.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgos en infantes expuestos perinatales a VIH hasta los 18 meses de edad, Hospital Quevedo?

SUBPROBLEMAS.

¿De qué manera influirían como factor de riesgo en los expuestos perinatal las características social y demográfica de las madres para desarrollar VIH?

¿Cuáles son los factores de riesgos prenatal, perinatal y posnatal que más predominaron para desarrollar la infección por VIH en el expuesto perinatal?

¿Cuál sería la morbilidad y mortalidad en los expuestos perinatal que desarrollaron la infección por VIH?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de riesgos en infantes expuestos perinatales a VIH hasta los 18 meses de edad, Hospital Quevedo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar las características social y demográfica de las madres, como factor de riesgo en los infantes expuestos perinatales a VIH.

Clasificar los factores de riesgo prenatal, perinatal y posnatal que más predominaron para desarrollar infección por VIH en los infantes expuestos perinatales.

Establecer la morbimortalidad en los niños VIH expuestos perinatales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

Es la infección por el virus VIH en pacientes de edad pediátrica, desde el nacimiento hasta los 15 años de edad. Por razón de que el VIH se transmite de forma vertical a partir de madres VIH seropositivas, la tasa de infección en niños es elevada a nivel mundial. La exposición de un niño puede ocurrir desde antes del embarazo, por transmisión intrauterina, durante el parto o a través de la lactancia materna.

Las afirmaciones de (ONUSIDA, 2015), el número de personas que viven con VIH 29.000 (23.00-35.000), entre los cuales la prevalencia de adultos entre 15 a 49 años de edad oscila en un 3%(0,2- 0,3%), los menores de 15 años que viven con VIH se acerca 29.000, mujeres entre 15 años q viven con VIH8.900 y niños de 0a 14 años 500.

Transmisión perinatal es aquella que se produce durante el embarazo a través de la placenta o durante el parto, se considera que una mujer VIH positiva tiene entre un 20 y un 50% de probabilidades de transmitir la infección a su producto.

Es por esta razón que se sugiere a toda mujer VIH positiva, evite la gestación, caso contrario de inicie tratamiento profiláctico y recuentos de linfocitos CD4 y carga viral y

posterior del nacimiento, la lactancia materna es una fuente principal de transmisión del virus, por lo que también se recomienda la nutrición por suplementos de fórmula.

Así como indica (INFOSIDA, 2015) la transmisión del VIH de la madre al hijo es la propagación de ese virus de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. La transmisión perinatal es la forma común en que los niños adquieren la infección por el VIH, el riesgo disminuye cuando las madres reciben el tratamiento.

(Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 2013), Declara como los resultado del avance, sostenido el aumento de los servicios, para prevenir la transmisión materno infantil, considerando que si tiene al alcance elementos clave para fomentar la eliminación de nuevas infecciones en los niños.

Por otro lado (LOPEZ & SIERRA GARCIA, 2014), sostiene que si no se realiza ninguna intervención, la transmisión natural del VIH de madre a hijo se calcula en un 25% (13-43%); la infección puede llevarse a cabo durante la gestación, el parto o la lactancia materna, siendo el momento del parto aporta transmisión vertical en un 60-70% de los casos.

Algunos sustentan como la (OPS/OMS, 2010), que la infección por VIH puede permanecer asintomática durante varios años posteriores a la adquisición del virus. En donde los síntomas del SIDA aparecen cuando las células CD4 disminuyen y la carga viral aumenta, apareciendo las infecciones oportunistas.

La mayoría de las mujeres en gestación con infección por VIH que se muestran a la atención prenatal son asintomáticas, por lo tanto, no son conscientes del estado de su enfermedad.

Además la (OPS/OMS, 2010), reafirma manifestando que en ocasiones en las personas que han sido recientemente infectadas la prueba pueda resultar con falsos negativos, por lo que se conoce el “período ventana”, siendo imperioso repetir la prueba después de 6 semanas de una exposición.

(OPS/OMS, 2010), consiguientemente las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el VIH se clasifican habitualmente en: pruebas de tamizaje en la que encontramos enzima inmunoensayo (ELISA) y las pruebas rápidas de VIH; por último las pruebas de confirmación que son de especificidad más alta que las pruebas de tamizaje.

El Western Blot (WB) se emplea como prueba de confirmación y se supone el patrón oro para confirmar la presencia de anticuerpos contra el VIH. La combinación de ELISA y WB se considera el algoritmo para el diagnóstico serológico (OPS/OMS, 2010)

(NOGUERA & DE JOSE, 2012) estima, que los factores de riesgo que median en la transmisión del binomio madre-hijo relacionados son la carga viral materna, primo infección durante el embarazo, ausencia de TARGA, infección por VIH sintomática, inmunodepresión, recuento de linfocitos CD4 <200-250/mm³.

(AYALA, 2006), afirma que la elevada carga viral plasmática se relaciona con un mayor riesgo de transmisión por vía vertical, por lo demás Las variaciones biológicas, genéticas del VIH, subtipo de VIH-1 Genotipo, Fenotipo resistencia a los antivirales influyen en el riesgo de transmisión.

Por otro lado (AYALA, 2006), sugiere que el proporción de células CD4 <350 cel/mm³, infección primaria o enfermedad avanzada por VIH, están relacionados con el daño inmunitario y la carga viral >1000 copias/ml.

Igualmente, estado clínico e inmunológico la solución de continuidad de las superficies mucosa, cutánea, la carga viral aumentada en las exudaciones cérvicovaginales en presencia de vaginitis, cervicitis, uretritis, úlceras genitales, Tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, desnutrición, déficit de vitaminas ayudan a la transmisión en el canal de parto.

Otros como (AYALA, 2006), argumentan que la infecciones ascendente desde vagina, cérvix al líquido amniótico, transfusiones feto-materna en el parto, contacto directo de piel y mucosa fetales con secreciones de los genitales y sangre materna infectada durante el parto.

Así mismo rotura prematura o prolongada de membranas ovulares, lo cual aumento el riesgo horario, de tal manera cada hora asciende la posibilidad de infección en un 2%.

(AYALA, 2006), el desprendimiento placentario, corioamnionitis debido a la disrupción de la barrera placentaria, intervenciones invasivas, técnica diagnóstica influyen al riesgo

(AYALA, 2006), Conjuntamente el parto vaginal, las hemorragias intraparto y líquido amniótico sanguinolento, realización de episiotomía, laceraciones y desgarros vaginales se consideran como factores influyentes en transmitir esta infección.

Algunos como (AYALA, 2006), reconocen que los prematuro cuando nace antes de 33 semanas de gestación, pueden estar infectado es del 33% y de 15% a comparación de los nacidos a término. Así mismo, el Bajo peso, genético (halotipo HLA CCR-5), respuesta inmunitaria, inmadurez inmunitaria.

(AYALA, 2006), el parto gemelar, conlleva un mayor riesgo para el primero en nacer, A la par, coexisten causas propias del recién nacido que hacen propenso a la enfermedad y es por medio de la deglución del virus, como alto Ph del tracto gastrointestinal, los bajos niveles de Ig A, delgada mucosa y la poca cantidad de moco en el tracto intestinal.

(AYALA, 2006), determina que las madres que adquieran la infección después del parto tienen un alto peligro de transmisibilidad mediante la lactancia, principalmente en la fase aguda de la primoinfección, en donde la carga viral es elevada y carecen de anticuerpos.

(AYALA, 2006), los niveles de carga viral que tenga la leche materna, la duración de la lactancia, se ha demostrado, la relación lineal entre la posibilidad de transmisión vertical y la duración de la lactancia en un 3,5% tras 5 meses, el 7% tras 11 meses, el 8,9% en los 17 meses y del 10,3% a los 23 meses)

(AYALA, 2006), De igual forma depende del estado de severidad de la enfermedad materna, laceraciones en los pezones, la mastitis y los niveles plasmáticos de Vitamina A. La ingesta exclusiva de leche materna o mixta. Además se considera, que la alimentación materna aumenta el riesgo en 11% al compararlo con niños alimentados con leche de fórmula.

Algunos como (CAICEDO, IDÁRRAGA, PINEDA, & OSORIO, 2009) discurren que los objetivos son el registro de la infección para prevenir la progresión de la enfermedad en la madre y la infección materno-fetal, reduciendo el riesgo de toxicidad en la madre y en el producto como también el riesgo de malformaciones en éste.

(VALDEZ, 2010), reafirma que sin terapia antirretroviral, sin el conocimiento clínica de ella y el recuento de CD4 > o igual de 200 cel/mm.

(VALDEZ, 2010) Los resultados mostraron que la transmisión fue de 8,3% con zidobudina. Administrada preparto zidovudina entre las 14 y 34 semanas de gestación a razón de 100 mg vía oral 5 veces al día o; AZT 200 mg vía oral 3 veces al día o; AZT 300 mg vía oral 2 veces al día. Administrada intraparto a dosis de AZT 2 mg/kg endovenosa durante una hora, seguida de infusión continua de 1 mg/kg hasta el expulsivo.

Y postparto: AZT en el neonato dentro de las 8 a 12 horas de nacido en dosis de 2 mg/kg (jarabe) cada 6 horas durante las primeras 6 semanas de vida.

(Fonseca & Prieto, 2005), antes del parto ZDV 200 mg cada 8 horas VO, iniciar desde semana 14 de gestación y continuar hasta el comienzo del trabajo de parto (opción ZDV 300 mg cada 12 horas). INTRAPARTO ZDV infusión de 2 mg/kg en la primera hora y luego 1 mg/kg/hora hasta el parto.

(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016), En mujeres vírgenes a tratamiento, al comienzo de la terapia ARV se recomienda un esquema que incluya dos INRT combinados más un IP con dosis baja de RTV, o un inhibidor de integrasa.

Cuando una mujer se presenta después de la semana 28 de la gestación, debe iniciar sin retraso el tratamiento ARV, para intentar disminuir a lo máximo posible la carga viral antes del nacimiento. Si la carga viral de la embarazada es desconocida o es $>100,000$ copias/mL, cerca del nacimiento, se recomienda usar un esquema ARV combinado con tres o cuatro fármacos que puede incluir Raltegravir. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016)

(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016), Cuando una embarazada portadora del VIH, se presenta en el parto ya a término y no ha recibido tratamiento ARV, se puede administrar nevirapina de 200 mg, ya que cruza rápidamente la placenta, además de iniciar Zidovudina/Lamivudina y Raltegravir.

(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016), las mujeres que reciben tratamiento ARV combinado y se embarazan, deben continuar recibiendo el tratamiento, más aún si existe supresión efectiva de la carga viral. Con el uso de Efavirenz durante el primer trimestre existe el riesgo potencial de defectos del tubo neural.

(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016), los defectos del tubo neural se restringen a las primeras 5 a 6 semanas de gestación, tiempo en el cual es difícil reconocer el embarazo, los cambios que ocurren al final de la maternidad se asocian, con falta de supresión virológica aumentando riesgo de transmisión perinatal.

(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016), Cuando la carga viral de la embarazada sea >1,000 copias/mL y se decide cambio de tratamiento ARV durante la gestación, debe fundamentarse en pruebas de resistencia. Los cambios en el tratamiento ARV durante la gestación, se deberán basar en la seguridad, efectos adversos y eficacia de cada uno de sus componentes.

(BENAVIDES, 2004), El SIDA neonatal, es la infección transmitida, de una madre infectada con el virus, al hijo, durante la gestación y lactancia materna. Así mismo, que otros agentes infecciosos, el VIH puede transmitirse al feto in útero a través de la placenta, por colonización fetal en el momento del parto y a través de la leche materna.

(Fonseca & Prieto, 2005), Las recomendaciones durante el parto se encaminan sobre el procedimiento de la cesárea, la prevención de una APP, la disminución del período entre la ruptura prematura de membranas, por lo menos 4 horas y reducir la exposición fetal a la sangre materna.

(Fonseca & Prieto, 2005), En todos los casos se deben ajustar las decisiones dependiendo a las situaciones de cada paciente, no obstante, la carga viral mayor de 1.000 copias es indicada la cesárea, porque existe evidencia de la disminución de la posibilidad de transmisión.

(Fonseca & Prieto, 2005), La cesárea debe hacerse para la semana 38, para disminuir la eventualidad de inicio del parto o de ruptura prematura de membranas, sin embargo debe pronosticar un aumento en el compromiso de dificultad respiratoria en el recién nacido.

(PEDIATRICA, 2014), La recepción del recién nacido se debe tomar en cuenta las normas de bioseguridad, se debe bañar meticulosamente, quitar los restos de sangre y secreciones maternas, evitar las maniobras de aspiración, cuidar de no lacerar los tejidos, administrar en el posparto inmediato la vacuna antihepatitis B, valorar la necesidad de gammaglobulina específica para el recién nacido; inhibir la lactancia materna, realizar hemograma completo al comienzo de la medicación.

(GONZALES & BLAZQUEZ, 2016), AZT=Zidovudina: RNT a término o ≥ 35 semanas, VO: 4 mg/kg/12 horas. IV: 1,5 mg/kg/6 horas. Iniciar en las primeras 4-6 horas de vida. Administrar 4 semanas, pasando a oral en cuanto sea posible. Entre 30 y ≤ 34 semanas: VO: 2 mg/kg/12 horas, oral durante las primeras 2 semanas, luego de 2mg/kg/8 horas, oral hasta las 4 semanas de vida. (Si I.V: usar 2/3 de la dosis oral=1.5mg/kg/dosis). En < 30 semanas: VO: 2 mg/kg/ 12 horas, oral durante 4 semanas. Si IV: 2/3 de la dosis oral.

(Infectología, 2013), La primera muestra de sangre se debe tomar dentro de las primeras 48 horas de vida, si es positivo, se tomará de inmediato la segunda muestra. Para hacer diagnóstico de infección, deben resultar positivos al menos 2 RPC. Si el resultado de la primera RPC es negativo, se tomará una segunda muestra entre los 15 y los 30 días de vida y se repetirá una tercera a los 3 meses de edad.

(MINISTERIO DE SALUD, 2014), El diagnóstico de infección por el VIH en los niños menores de 18 meses requiere el uso de pruebas virológicas, debido a que el empleo de

pruebas de detección de anticuerpos (serología) no determina el etapa de infección en esta población debido a que los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta no desaparecen completamente de la sangre de algunos lactantes hasta los 18 meses de vida.

(MINISTERIO DE SALUD, 2014), Las dos pruebas virológicas más usadas son las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de DNA del VIH-1 y PCR de RNA del VIH-1. La PCR de DNA detecta células asociadas al DNA proviral y la PCR de RNA detecta el RNA del virus en plasma.

(MINISTERIO DE SALUD, 2014), En nuestro medio contamos con la prueba de PCR de RNA del VIH-1, comúnmente llamada “carga viral”. Ambas pruebas tienen elevada sensibilidad y especificidad a partir de las 4 a 6 semanas de vida. Hasta que no se haya descartado o confirmado la infección por el VIH en el lactante, el estado de VIH del lactante se considera indeterminado y el diagnóstico que se debería manejar en este momento es de “exposición perinatal al VIH”.

(MINISTERIO DE SALUD, 2014), La infección se puede excluir presumiblemente con dos resultados negativos de las pruebas virológicas, habiendo sido tomado el primero a las 2 o más semanas de vida y el segundo al primer mes o más de edad.

(MINISTERIO DE SALUD, 2014), En nuestro medio la primera prueba de carga viral se solicita al mes y 57 la segunda prueba a los tres meses. Por otro lado, dos pruebas virológicas positivas confirman el diagnóstico de infección por VIH en el lactante, debiendo iniciar ya el tratamiento antirretroviral cuando la primera prueba es positiva sin tener que esperar el resultado de la segunda prueba.

(MINISTERIO DE SALUD, 2014), La prueba de ELISA de cuarta generación o la prueba de WESTERN BLOT a los 18 meses se realiza con el fin de confirmar la pérdida de la transferencia pasiva de anticuerpos maternos, o descartar transmisión por lactancia materna. En los niños/as mayores de 18 meses, el diagnóstico definitivo de la infección por el VIH puede hacerse con una prueba de detección de anticuerpos (serología) de la misma manera como se realiza el diagnóstico en el adulto.

Las madres infectadas, suelen tener un mejor control prenatal durante el embarazo y no son consumidoras de drogas. A pesar de ello existen ciertas patologías que se pueden presentar en los neonatos.

(NOGUERA & DE JOSE, 2012), Las coinfecciones maternas dispuestos de ser transmitidas al niño durante el embarazo y/o el parto y más frecuentes entre la población femenina con infección VIH, como el herpes genital que suele reactivarse durante el parto; citomegalovirus en el cual se recomienda el estudio en recién nacidos de bajo peso para la edad o con síntomas indicativos; sífilis, hepatitis B y C que aumenta el riesgo de transmisión vertical del VIH; toxoplasmosis y tuberculosis.

(NOGUERA & DE JOSE, 2012), Además, la prematuridad más frecuente en las gestantes que reciben TARGA; restricción del crecimiento intrauterino en gestantes de edad avanzada, con complicaciones obstétricas (eclampsia o pre-eclampsia, síndrome HELLP), toxicomanías tabaco, alcohol, opiáceos, cannabis. Y en algunas infecciones congénitas toxoplasmosis, citomegalovirus y el propio VIH; malformaciones; síndrome de abstinencia y toxicidad asociada a la exposición de ARV.

(MINISTERIO DE SALUD, BOLIVIA, 2014) nos indica la elaboración del Diagnóstico de la infección por VIH en el niño/a , en los primeros 18 meses de vida, no se basa en pruebas serológicas debido a la presencia de anticuerpos (IgG) de la madre que son transferidos al niño a través de la placenta, en la mayoría de los casos los anticuerpos de origen materno desaparecen hasta los doce meses y en un 5 % persisten hasta los 18 meses de edad. Por esta razón, hasta los 18 meses de edad, el diagnóstico de infección se realiza únicamente mediante pruebas de detección antigénica. (Presencia del virus).

La clasificación internacionalmente más utilizada en pediatría es la publicada por el CDC de Atlanta de los Estados Unidos.

(Dirección de Sida y ETS, 2016) Categoría N: Asintomática Niños sin signos ni síntomas atribuibles a la infección VIH o que manifiestan tan solo una de las condiciones descritas en la categoría A. La OMS considera dentro de esta etapa, las linfadenopatías, consideradas en esta clasificación como parte de la categoría A.

(Dirección de Sida y ETS, 2016) Categoría A: (se corresponde con la categoría 2 OMS o leve) Con sintomatología Leve. Niños con dos o más condiciones atribuibles a la infección VIH diferentes a las enumeradas en la categoría B y C: Linfadenopatía (> 0,5 cm en más de dos localizaciones; bilateral = una localización), hepatomegalia, esplenomegalia, dermatitis, parotiditis, infección recurrente o persistente del tracto respiratorio superior, sinusitis u otitis media, onicomicosis, Ulceraciones bucales recurrentes

(Dirección de Sida y ETS, 2016) Categoría B categoría 3 de OMS o avanzada) Con Sintomatología Moderada. Niños con manifestaciones clínicas atribuibles a la infección por el VIH diferentes a las enumeradas en las categorías A y C. Algunas de las manifestaciones

clínicas de esta categoría son: anemia, meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (episodio único), candidiasis orofaríngea (muguet), que persiste durante un periodo superior a 2 meses en niños mayores de 6 meses de edad, cardiomiopatía, infección por citomegalovirus de inicio antes de la edad de 1 mes, diarrea recurrente o crónica, hepatitis, estomatitis por el virus herpes simple (VHS) recurrente (más de 2 episodios en 1 año)

(Dirección de Sida y ETS, 2016) Categoría C (corresponde categoría 4 OMS o grave)
Sintomatología Grave Niños que presentan alguna de las condiciones recogidas en la definición de caso de SIDA del año 1987, con excepción de NIL (que pertenece a la categoría B)

El inicio de tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA) para los niños/as menores de 24 meses, con diagnóstico de infección está indicado en todos los casos independientemente de su estado clínico, inmunológico y virológico, debido a que existe una elevada morbilidad en ausencia de tratamiento (alrededor de 33 % al final del primer año de edad).

El tratamiento ARV, se puede diferir hasta asegurar el consenso y la adherencia por parte de los padres y/o tutores del niño/a. La decisión sobre el inicio del TARGA, debe realizarse a través de un proceso de consejería exhaustivo que incluya la evaluación del entorno social del niño/a y la identificación de un cuidador (familiar, tutor o persona responsable) claramente definido, que esté bien informado sobre el pronóstico de la infección por el VIH y las implicaciones del TARGA; las consecuencias de la falta de adherencia, las formas de administración, los efectos secundarios y conservación de los medicamentos.

El grado de conocimiento del niño acerca de su diagnóstico en función de su capacidad de comprensión, también es importante cuando se decide el inicio del TARGA, y el facilitar a los padres, y cuando sea posible, a un cuidador secundario (de refuerzo) así como a los grupos de apoyo familiar, el acceso a la educación, a la capacitación sobre el cuidado nutricional, y el desarrollo integral del niño.

VARIABLES.

VARIBALE 1:

Factores de riesgos.

VARIABLE 2:

Infante expuesto perinatal a VIH.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO				
CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	SUBINDICE
Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Tipos de factores de riesgos	SOCIAL	Edad Materna	12-16 17-20 21-24 25-29 30-40
			Estado Civil Materna	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo
			Instrucción Educativa Materna	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
			Ocupación Materna	Ejecutiva Del Hogar. Agricultores Trabajadora Sexual. Profesionales. Otros
		DEMOGRÁFICO	Lugar De Residencia Materna	Distrito Urbano Distrito Rural
		PRENATALES	Controles prenatales	< 5 >5
			Realización de prueba de VIH	Primer trimestre Segundo trimestre

			materna.	Tercer trimestre Ingreso Hospitalario
			Tratamiento antiretroviral	Prenatal Perinatal Posnatal
			Cargas viral materna Recuento CD4 materna	>500 o >500 <200 o >200
		PERINATALES	Tipo de parto	Parto vaginal Parto por cesárea
		POSNATALES	Lactancia materna	SI NO

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLE 2: DESARROLLAR LA INFECCION POR VIH				
CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	SUBINDICE
Niño o niña nacida de madre Infectada por VIH, que no cumple los criterios de diagnóstico de niño VIH y es seropositivo por ELISA y Western Blot y tiene menos de 18 meses al	Antecedentes patológicos personales	Morbilidad	Trastornos del crecimiento	SI NO
			Retraso psicomotor	SI NO
			Infecciones gastrointestinales	SI NO
			Infecciones respiratorias	SI NO
			Infecciones sistémicas	SI NO
			Infecciones del grupo TORCH	SI NO

momento de la prueba.		Mortalidad	Defunción	SI O NO
-----------------------	--	------------	-----------	---------

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptivo-observacional, Retrospectivo

ÁREA DE ESTUDIO.

El área de estudio de esta investigación, son los infantes VIH expuestos, del programa clínica de VIH del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.

UNIVERSO.

El universo con el que conto esta investigación fue de 180 infante expuestos perinatales del programa clínica de VIH.

POBLACIÓN.

La población se conformó por 43 infantes expuestos perinatales hasta la edad 18 meses de edad que resultaron positivo a las pruebas específicas de VIH.

MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

El método escogido fue el deductivo es decir que las conclusiones son una consecuencia necesaria de las premisas ya que se hace referencia a la extracción de consecuencias a partir de una proposición y este permite trasladarse desde particularidades hacia algo general.

La técnica que se aplicó en el trabajo de investigación la cual sirvió para la recolección de datos del presente estudio son los siguientes: una minuciosa revisión de las historias clínicas de niños VIH expuesto del Hospital, por medio de una ficha de recolección de datos confeccionada por las autoras donde se recogen antecedentes prenatales, perinatales y posnatales, que coincide en la mayoría de los casos con los factores de riesgo, que fueron el objetivo fundamental d este trabajo de investigación.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó tabulación y estatificaciones manuales, con dichos resultados se emplearán los gráficos y cuadros estadísticos para interpretar y analizar mejor los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

TIEMPO

El presente estudio se realizó en un período Septiembre 2015 – Septiembre 2016.

AUTORIZACIÓN:

Se contó con la autorización respectiva directora del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo con el aval de la Universidad Técnica de Manabí para el desarrollo de nuestro tema.

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Campo: Salud

Aspecto: Factores de Riesgo.

Área: Programa Clínica de VIH.

Delimitación temporal: de septiembre 2015 a Septiembre 2016

Delimitación espacial: Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.

Población: 43 Expuestos Perinatales

LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2015-2016, el presente trabajo de investigación se encuentra en la línea de Salud de grupos vulnerables.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

El criterio de inclusión que estableció como parte de este estudio se caracterizó por el siguiente:

Niño VIH expuesto desde el periodo perinatal hasta los 18 meses de edad de la clínica del VIH del Hospital de Quevedo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

El criterio de exclusión que se estableció para este estudio es:

Niño VIH Expuesto desde el periodo perinatal de 18 meses de edad con resultado negativo para pruebas específica.

RECURSOS UTILIZADOS

RECURSOS HUMANOS:

Los investigadores.

Personal docente.

Expuestos perinatales.

Médicos tratantes.

RECURSOS MATERIALES:

Material de oficina.

Material tecnológico.

Material bibliográfico

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Universidad Técnica de Manabí.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.

TÉCNICOS Y LOGÍSTICOS:

Historias clínicas

Textos bibliográficos

Cámara fotográfica

Materiales de oficina.

RECURSOS ECONÓMICOS:

Los gastos generados fueron solventados en su totalidad por los investigadores.

ASPECTOS ÉTICO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo con los principios establecidos en el Reporte Belmont el cual se refiere al respeto a la persona, que consideramos es lo primordial para realizar este estudio puesto que la información se encuentra almacenada en el departamento de estadística de la mencionada institución, la cual mediante un oficio se solicitó permiso para acceder a los datos de la historia clínica de cada paciente la cual fue aceptada por el director del Hospital y el principio de beneficencia ya que todos los resultados obtenidos en este trabajo permitirán obtener beneficios en cuanto a la disminución de la morbilidad por anemia y el principio de justicia puesto que se hará uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, con base en la dignidad de la persona.

Además, se cumplirá con lo establecido a nivel nacional en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, que determina que toda investigación en el que un ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

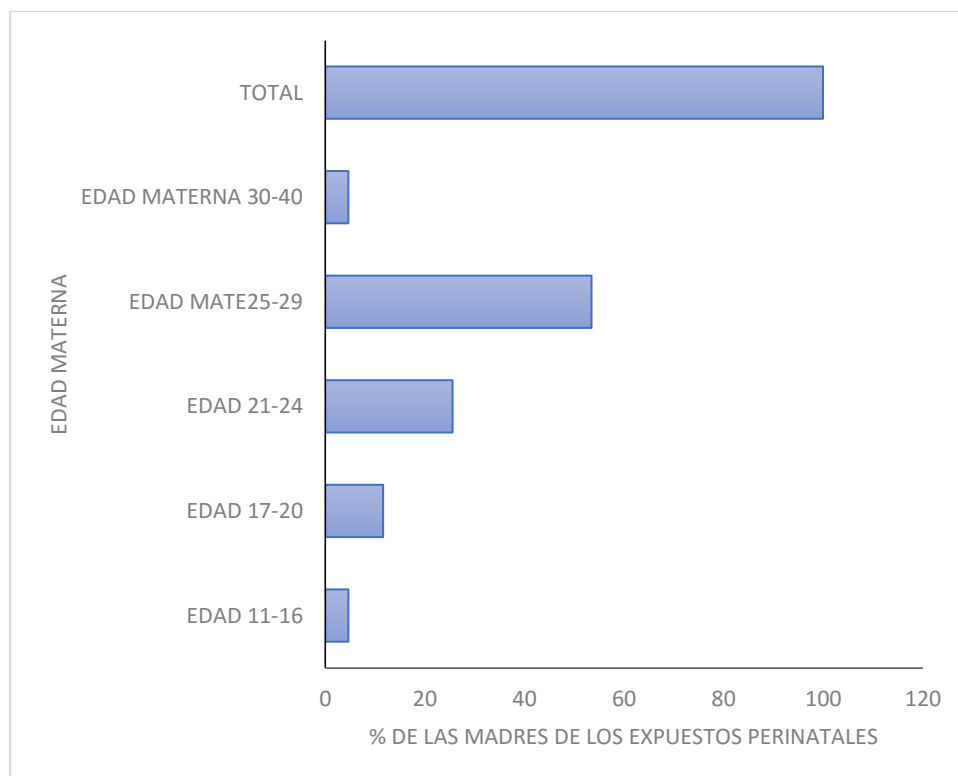
Previo a la obtención de los datos se realizó la socialización del objetivo de dicha investigación, dando espacio a la toma de la decisión sin establecer presiones sobre la población de estudio, asegurando su decisión y el compromiso por parte de los investigadores a el uso adecuado de la información mediante el consentimiento del director de dicha institución, recalcando el hecho de que se cuentan con todos los requisitos y permisos para la realización del trabajo de investigación, por parte del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo y la Universidad Técnica de Manabí.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

GRÁFICO N°1: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LAS CARACTERISTICA SOCIAL DE LAS MADRES, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD 11-16	2	4,65
EDAD 17-20	5	11,63
EDAD 21-24	11	25,58
EDAD MATE25-29	23	53,49
EDAD MATERNA 30-40	2	4,65
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°2.

Así como afirma, (Sierra, 2013), en el reporte global de la epidemia del SIDA 2012 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH, determinaron que la población que se consideraba más expuesta al virus del VIH eran Mujeres entre 24-35 años es de 16,7 millones a diferencia de los menores de 15 años con 3,35 millones.

Además el alto número de madres sigue perdiendo la vida, los adolescentes siguen infectándose con el VIH, bien porque carecen de los conocimientos necesarios para protegerse, o bien porque no tienen acceso a los servicios de prevención.

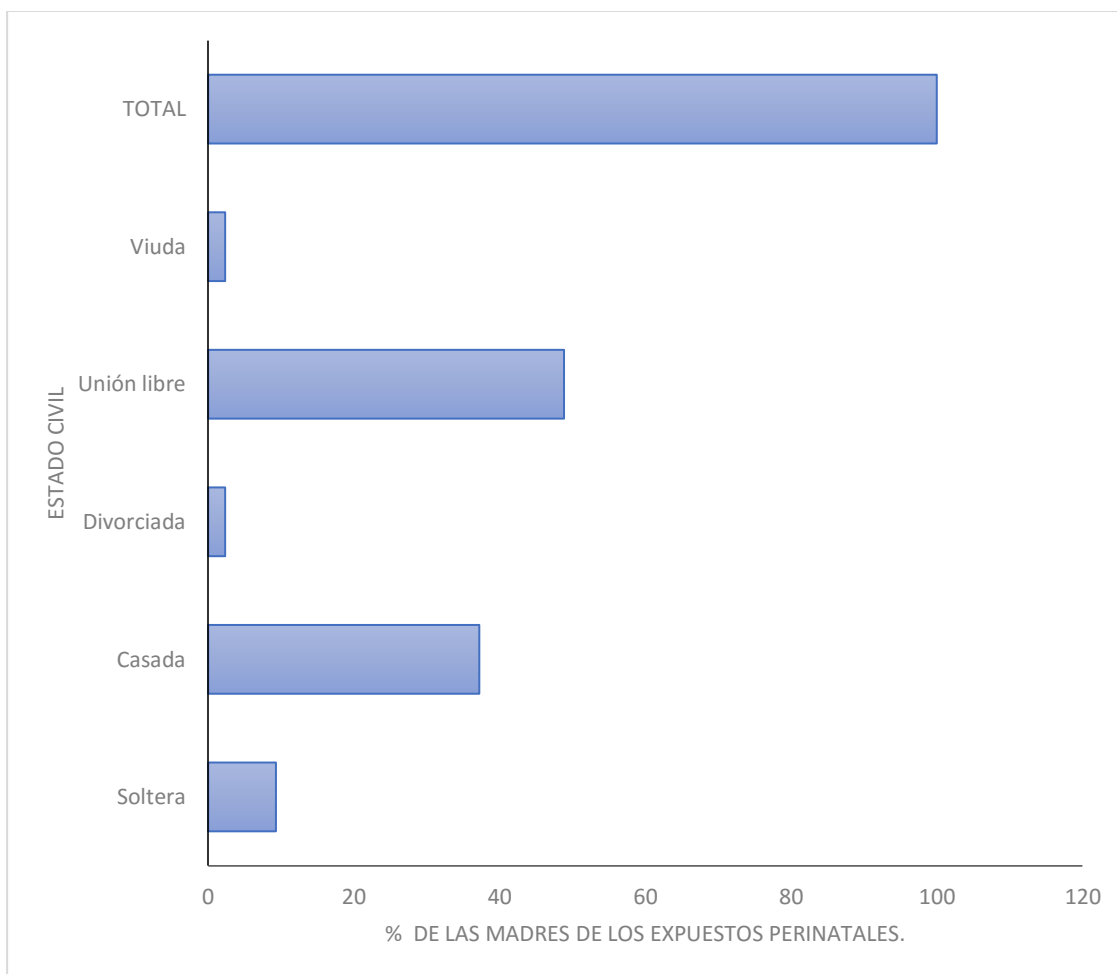
Lo que se relaciona con este estudio en donde la edad de las madres de los expuestos perinatales que más incidió, fue entre los rangos de 25-29 años seguido de las madres adolescentes, coincidiendo a la par con estudios ya sugeridos.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°2.

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa de VIH, expuestos perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, en donde demostró que del total de población, aproximadamente el 53,49% de las madres de los expuestos perinatales tienen una edad entre los 25 y 29 años, y el otro 25,58% se encontraban entre un 11,63% tienen una edad correspondiente a los 21 y 24 años, el 11,63% tiene 17 y 20 años de edad y por último el 4,65 % tiene un igual porcentaje entre 12-16 y 30 y 40 años de edad.

GRÁFICO N°2: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LAS CARACTERISTICA SOCIAL DE LAS MADRES, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltera	4	9,3
Casada	16	37,21
Divorciada	1	2,33
Viuda	1	2,33
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GÁFICO N°2.

Un estudio denominado factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia (GLADYS EUGENIA CANAVAL, 2010), supone que las mujeres latinoamericanas, entre las cuales se incluyen las mujeres de Cali, son vulnerables a la infección por VIH, debido a que, entre los factores que las afectan se encuentran los sociales, los biológicos y los culturales, en general, muchas mujeres dependen de los hombres en lo

social y para otras, en lo económico; situación que las coloca en desventaja en cuanto a la autonomía en la vida sexual.

Sin embargo en este estudio se determinó que las madres de los expuestos perinatales dependían de una relación, encasillándose en primer lugar a la unión libre y seguida de las casadas.

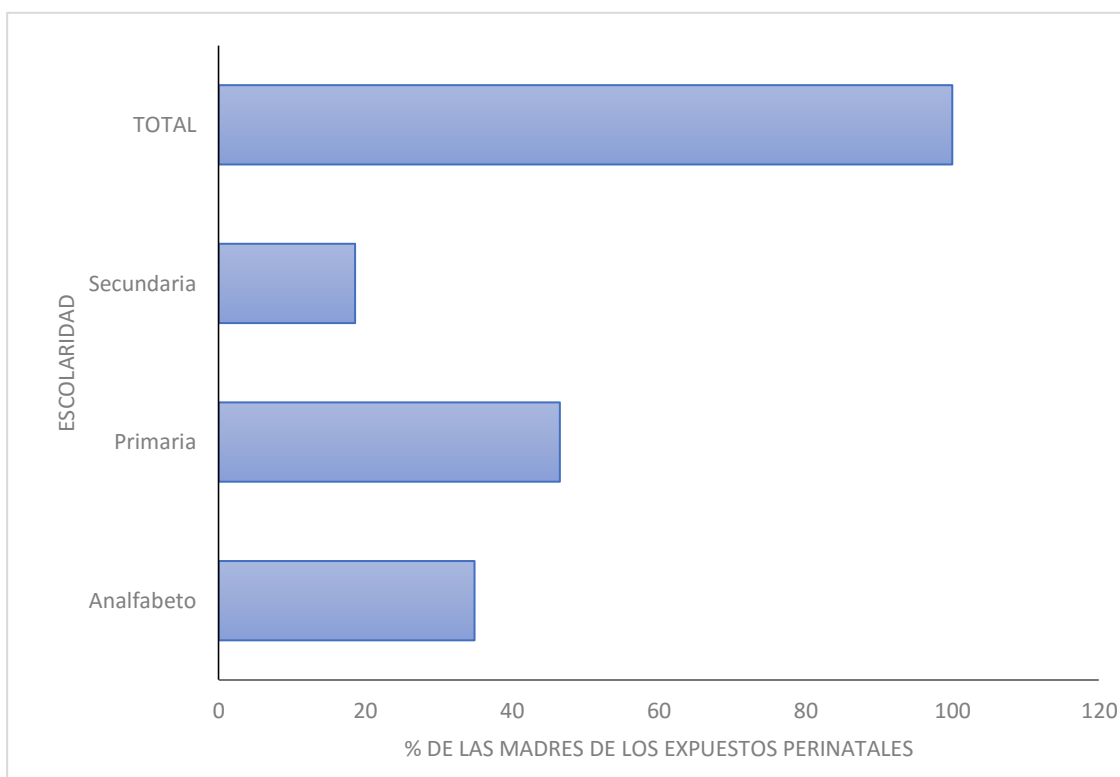
Tal y como menciona el estudio ya mencionado coincide que son personas que se encuentra ligas a un nexo de relación que de por sí, determinaría la infección en ellas, por otro lado probablemente desconociendo las medidas de prevención sobre esta enfermedad.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°2

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa de VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, mostro que del 100% de la población el 48,84% de las madres de los expuestos perinatales se encuentran en un estado civil de union libre, el 37,21% se hallan unidas bajo el vinculo del matrimonio, el 9,30 % son madres solteras y el 2,33% son madres divorciadas y viudas.

GRÁFICO N°3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LAS CARACTERISTICA SOCIAL DE LAS MADRES, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

INSTRUCCIÓN EDUCATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Analfabeto	15	34,88
Primaria	20	46,51
Secundaria	8	18,6
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°3.

Según (GLADYS EUGENIA CANAVAL, 2010), que entre las características sociodemográficas más frecuentemente observadas en diferentes estudios, son mujeres seropositivas que poseen un bajo nivel de educación, ingresos económicos insignificantes.

Por lo tanto determina que el empoderamiento de estas mujeres, que es el procesos a través de los cuales, obtienen poder interno para expresar y defender sus derechos, obtienen una mayor confianza en ellas mismas, identidad personal, autoestima y control sobre sus propias vidas y relaciones personales y sociales, y mediante el cual esas relaciones desiguales de poder se transforman en favor de las mujeres.

Sin embargo esta capacidad de que obtengan acceso a recursos económicos y otros para satisfacer esas necesidades y sean capaces de reflexionar colectivamente sobre sus experiencias, de organizar articular sus demandas, no son posibles es estas personas con bajo nivel de educación.

Lo cual se relaciona en referencia al estudio ya mencionado, con las madres de los expuestos perinatales, porque el grado de instrucción que sobresalió en ellas fue un grado de instrucción muy bajo como es la primaria, seguido por ser analfabetas. Lo cual determina que su capacidad de comprensión sobre esta enfermedad y su condición de poder transmitir a su hijo es alta. Sin embargo ellas desconocen tal severidad por su falta de conocimiento.

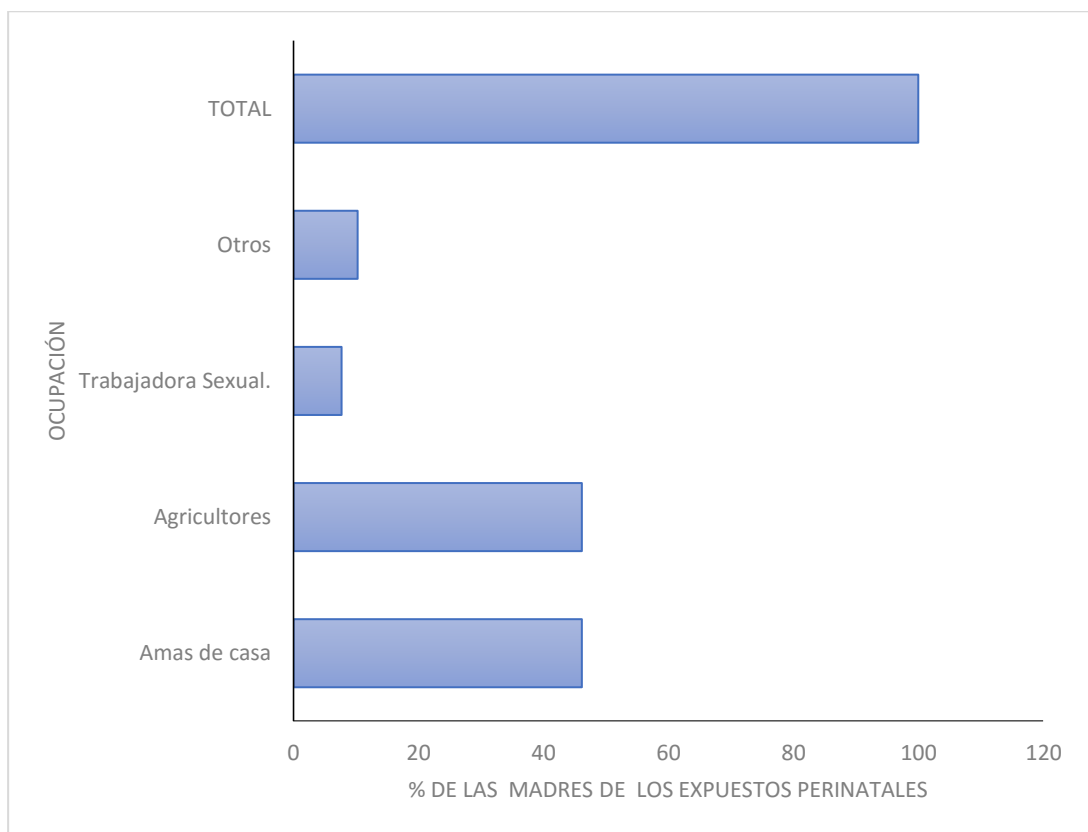
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRAFICO N°4.

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa de VIH, expuesto perinata, del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, demostro que de el 100% de la poblacion en estudio, el el 46,51 % de las madres VIH positivas de los expuestos perinatales tienen instrucción primaria , seguida por el 34,88% que son analfabetas y finalmente el 18,60% cursaron la secundaria.

GRÁFICO N°4: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LAS CARACTERISTICA SOCIAL DE LAS MADRES, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ejecutiva Del Hogar	18	46,15

Agricultores	18	46,15
Trabajadora Sexual.	3	7,69
Profesionales.	0	0
Otros	4	10,26
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DE GRÁFICO N°4:

Según, (MSc. María Virginia Pinzón Fernández, 2010), comprueban en su estudio denominado Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con

sífilis y VIH en población desplazada de Colombia, que las causas sociales difieren de una región a otra, al igual que los conocimientos y las prácticas que las personas tienen en diferentes aspectos. La diseminación del VIH se asocia con pobreza y bajo nivel educativo.

Por otro lado el limitado conocimiento que las personas tienen sobre el VIH y el SIDA se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada del VIH.

Lo cual concuerda con este trabajo de titulación en donde sobresale que las madres de los expuestos perinatales son amas de casa las cuales no tienen empleos y por ende son dependientes del jefe del hogar; Por otro lado también se mostro que otra gran parte se dedica a la agricultura.

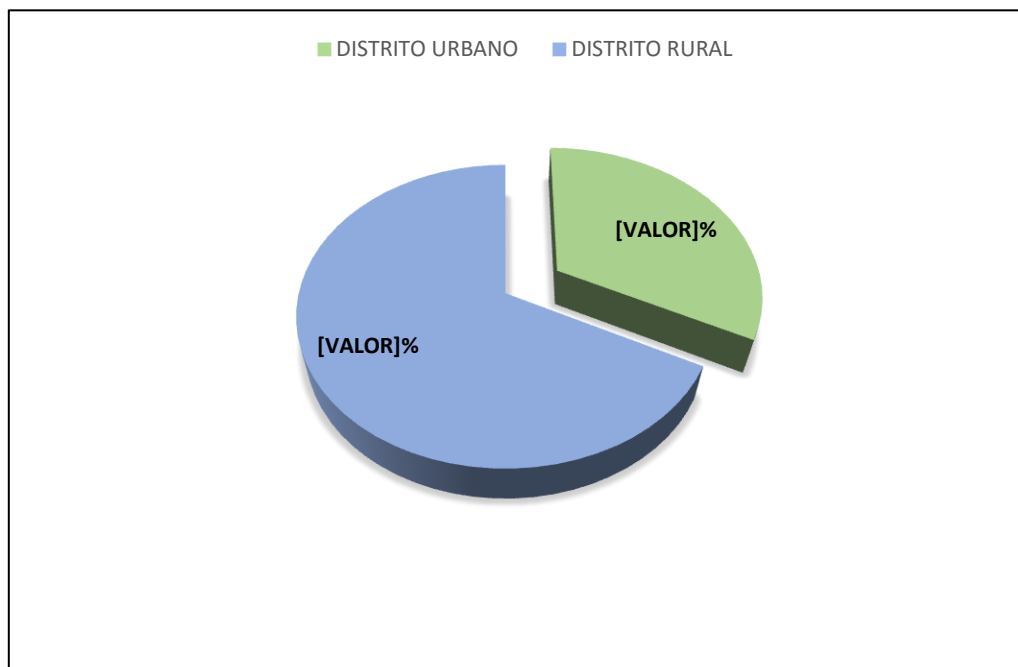
Interpretación de los resultados del Gráfico N°4:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatal del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, precisó que del 100% población, el mayor porcentaje fue de el 46,15% de las madres son ejecutivas del hogar y agricultoras respectivamente, seguidamente por el 10,26 % con otras ocupaciones, y por último el 7,69% son trabajadoras sexuales.

GRÁFICO N°5: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Distrito Urbano	14	32,56
Distrito Rural	29	67,44

TOTAL	43	100
-------	----	-----



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°5:

Como señala (Gala, 2010), Las investigaciones en los últimos años evidencian que el comportamiento epidemiológico de la pandemia por el VIH ha tendido a un incremento en la población femenina a nivel mundial. Este fenómeno puede ser explicado por el concepto de

vulnerabilidad, este déficit en la gestión del riesgo es el resultado de muchos factores en juego que son de origen personal, social, cultural, demográfico, legal, económico y político.

De tal manera la correlación con los resultados de este trabajo demuestra que las mujeres con demografía rural son más propensas a esta infección porque muy probablemente, el entorno en que se desenvuelve genera que tenga escasa o nulo acceso a los centros de atención primaria de Salud.

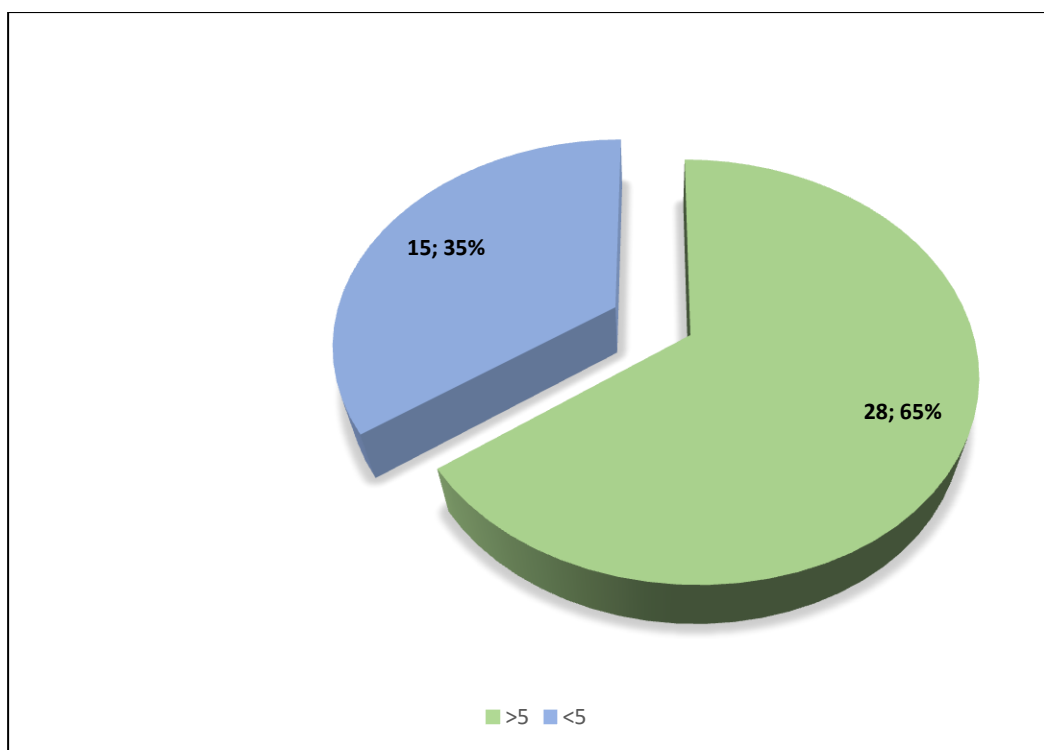
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°5:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa de VIH, expuesto perinatal del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, demostro que del 100% de la poblacion el mayor porcentaje las madres de los expuestos perinatales, son del distrito rural con un 67,44 % y el distrito urbano con un 32,56 % de la población.

GRÁFICO N°6: FACTORES DE RIESGO PRENATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
----------------------	------------	----------------

>5	28	65,12
<5	15	34,88
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N° 6:

Como menciona (Karla Santana Azevedo, 2013) en un estudio denominado Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, señalo que la importancia de la

asistencia prenatal en mujeres con VIH, así también como el conocimiento previo del diagnóstico por parte de las mujeres se asoció a una mayor cantidad de controles prenatales en el servicio de referencia, y permitió la administración temprana de la terapia antirretroviral.

Este estudio permitió observar el valor de realizar la prueba de detección del VIH durante el control prenatal, considerando la cantidad de mujeres que descubrieron el estado serológico en esa ocasión; situación señalada también en una investigación realizada en Holanda, en la que el 40% de las embarazadas descubrieron que tenían el VIH al momento de realizar el control prenatal.

Por otro lado en esta presente investigación se demostró que las madres de los expuestos perinatales la gran mayoría tuvo al menos más de 5 controles prenatales, lo que explica que en algún momento de esos controles tuvo acceso al tratamiento antirretroviral.

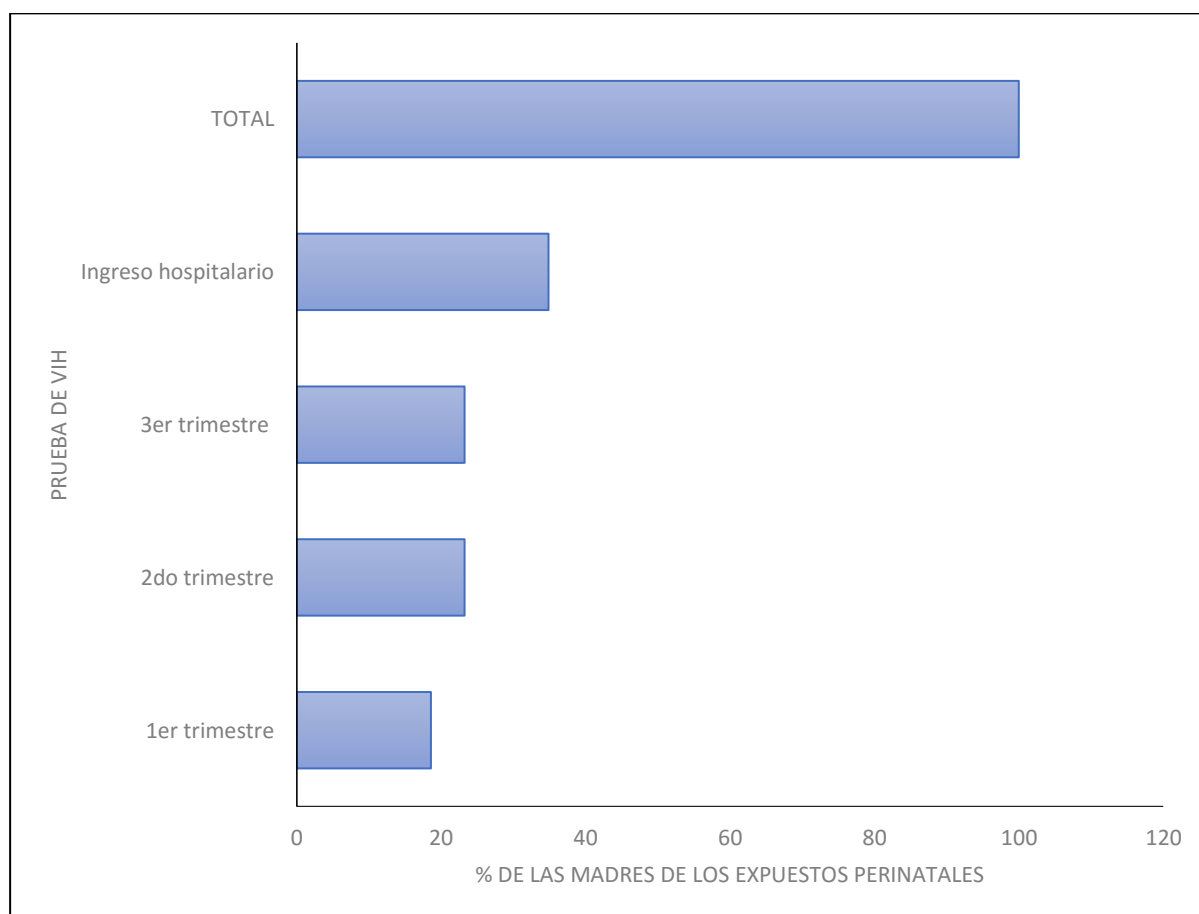
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°6.

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa de VIH, expuesto perinatal, del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, demostro que del 100% de la poblacion de expuestos perinatales , las madres de estos niños cerca del 65,12% tuvo >5 controles prenatales, seguido de un 34,88% de ellas que se realizaron <5 controles prenatales.

GRÁFICO N°7: FACTORES DE RIESGO PRENATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

REALIZACIÓN DE PRUEBA DE VIH.	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
-------------------------------	------------	----------------

1er trimestre	8	18,6
2do trimestre	10	23,26
3er trimestre	10	23,26
I. hospitalario	15	34,88
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M &

D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°7:

En un estudio denominado uso de prueba rápida para la detección de infección por VIH en pediatría (Vázquez-Rosales., 2010) concluyo que las mujeres embarazadas que viven con VIH, son uno de los grupos de personas en quienes un diagnóstico rápido es esencial para el establecimiento de medidas de profilaxis que eviten la infección del producto.

De tal manera la prevalencia de la infección entre ellas puede ser diferente si se estudian durante la gravidez, en el momento de la labor o el parto; así, en un estudio efectuado en la ciudad de Tijuana, México, mediante una prueba rápida (Determine HIV1/ 2), la prevalencia fue de 0.33% en el embarazo y de 1.2% durante el parto. Además de la rapidez para la obtención del resultado, y consejería con la que se entrega, son importantes tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, ya que motiva a la persona para buscar ayuda y tratamiento.

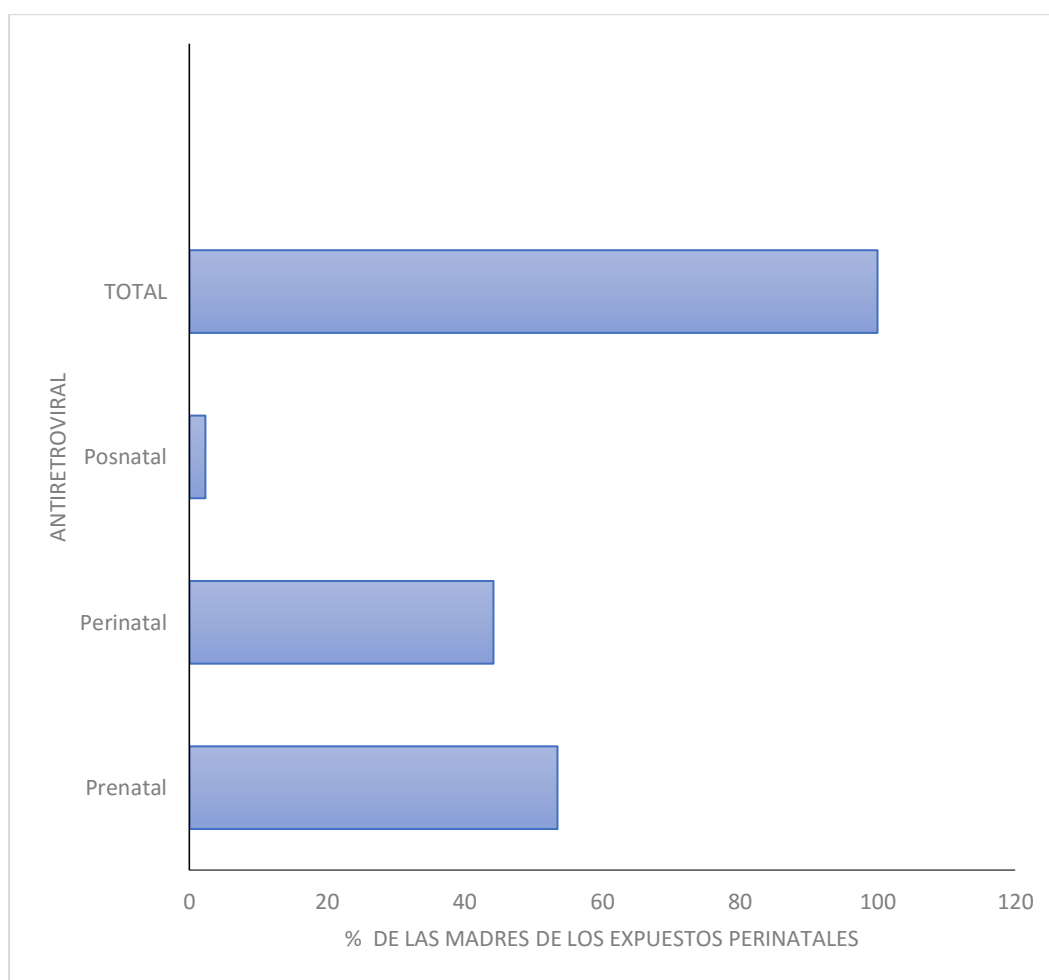
Por lo que en este trabajo de titulación, determino que las madres de estos niños expuestos al virus VIH, tuvieron acceso al examen de prueba rápida de VIH al ingreso Hospitalario en donde se comprobó su estado de infección. Así como también existieron aquellas madres que accedieron a esta prueba durante su gestación.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRAFICO N°7:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatal del Hospital Sagrado Corazón De Jesús Quevedo, demostro que del 100% de la población, cerca del que el 34,88% se realizaron las pruebas solamente en el ingreso hospitalarios que represento el porcentaje mas alto, seguido de un 23,26 % en donde las madres de los expuestos perinatales, se realizaron las pruebas en el segundo y tercer trimestre respectivamente y finalmente el 18,60% se realizaron las pruebas para VIH en el primer trimestre de embarazo.

GRÁFICO N°8: FACTORES DE RIESGO PRENATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Prenatal	23	53,49
Perinatal	14	44,19
Posnatal	6	2,33
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°8:

En un estudio citado “tratamiento anti-retroviral conteniendo raltegravir en mujeres gestantes con infección por VIH” (Lisset García-Fernández, 2015) menciona que en la actualidad , para el manejo de la mujer gestante con infección por VIH, existe evidencia sobre la eficacia del TARGA en la reducción de la transmisión materno infantil ,dentro de este estudio se tomo en cuenta a la embarazadas que iniciaron su tratamiento en el ultimo trimestre del embarazo y a otra poblacion que inicio antes de la gestacion.

Donde concluyeron que aquel grupo que tomo TARGA antes de la gestacion la incidencia fue menor, de aquellos que inicio durante el ultimo trimestre de Gestacion. Lo cual se relaciona con problemas a nivel de la atencion primaria en la salud, dado a que las madres q iniciaron el tratamiento en el ultimo trimestre debieron ser captadas dentro de los primeros controles prenatales.

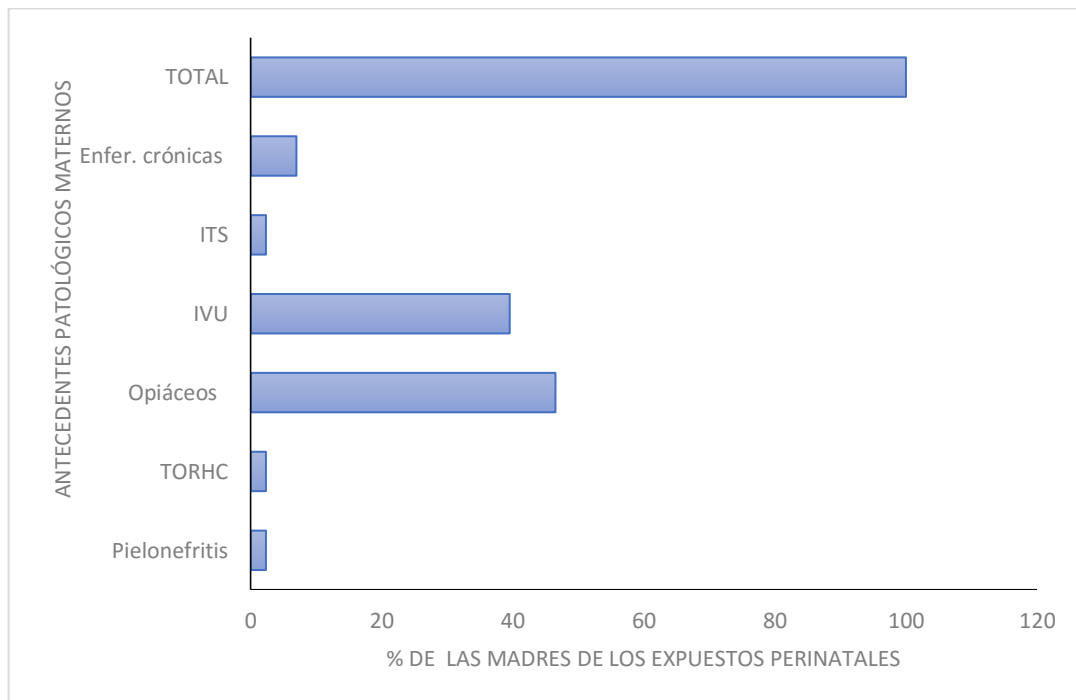
Por lo tanto, en base a estos análisis de estos estudio, en esta investigacion se determino que la mayoria de las madres tomo el TARGA prenatalmente lo que demostraria que existiria un papel protector en estos niños expuestos al virus VIH. Por lo tanto a nivel del centro de atencion primaria de la salud si se capto a estas gestantes VIH.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°8:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatal del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, demostro que de el 100% de la poblacion en estudio el 53,49% recibio tratamiento antiretroviral en la etapa prenatal, seguido de un 32,56% que comenzaron en el TAR en la etapa perinatal, finalmente el 13,95% en la etapa posnatal.

GRÁFICO N°9: FACTORES DE RIESGO PRENATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Pielonefritis	1	2,33
TORHC	1	2,33
Opiáceos	20	46,51
IVU	17	39,53
ITS	1	2,33
Enfermedades crónicas	3	6,98
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N9:

El estudio llamado Infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños y adolescentes. (Wu, 2014) consideraron que la pesquisa del niño expuesto al VIH por trasmision vertical, puede deberse por detección de la infección en la madre. De tal modo que el punto cardinal es conocer si una mujer está ya infectada al momento de diagnosticársele un embarazo, o en su defecto, detectar la infección en ella durante la gestación.

Si bien la sospecha de la infección por VIH en la mujer gestante se puede basar en la existencia de factores de riesgo propios o de la pareja (prostitución, promiscuidad, drogadicción,) o por la presencia de alguna enfermedad sugerente/orientadora de infección por VIH (otras infecciones de transmisión sexual, infecciones vulvo-vaginales frecuentes, recurrentes, consumo de opiáceos .) sugiriendo que en todo RN expuesto al VIH se debe revisar los antecedentes maternos.

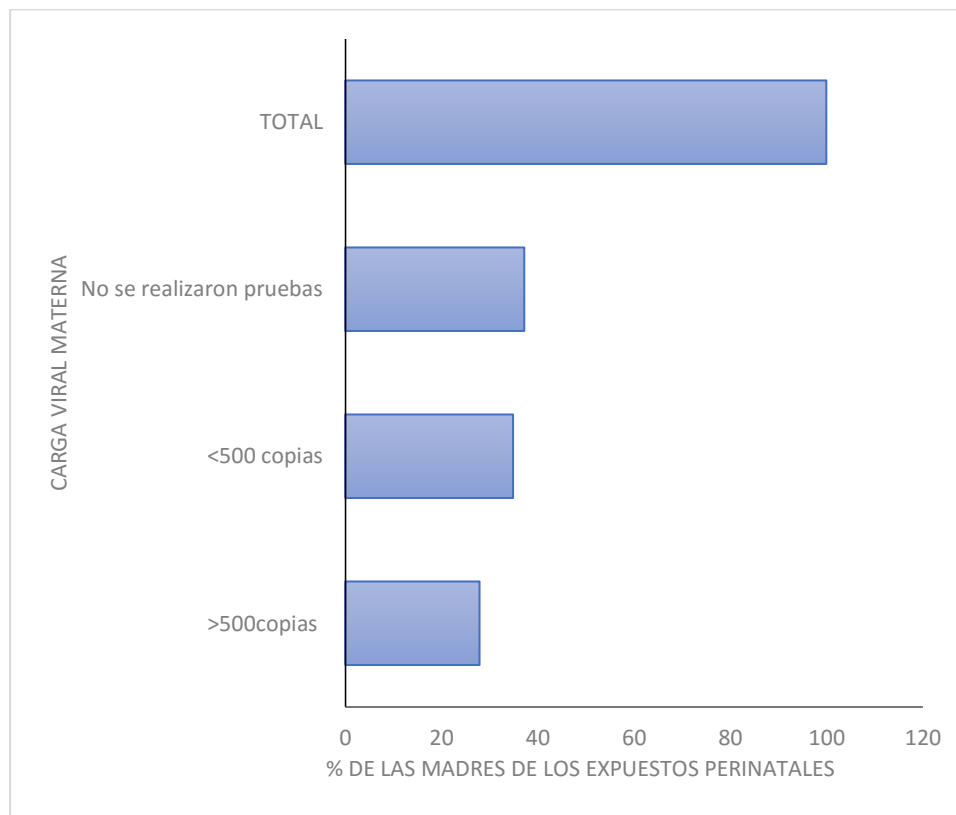
Por lo tanto en esta investigacion se evidencio que las madres de los expuestos perinatales durante el embarazo consumo opiáceos, de manera que conrelacionando el estudio anterior determinaria un factor de riesgo en el pediatrico.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°9:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, en donde se demostro que del 100% de la poblacion el 46,51% registro consumo de opiáceos durante el embarazos, seguido de el 39,53% que presento IVU, el 6,98% de las madres tienen enfermedades cronicas no transmisibles y con un 2,33% pielonefritis, TORCH e ITS respectivamente.

GRÁFICO N°10: FACTORES DE RIESGO PRENATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

CARGA VIRAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
>500copias	12	27,91
<500 copias	15	34,88
No se realizaron pruebas	16	37,21
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°10:

Un estudio denominado “Carga viral más alta al inicio del embarazo y mala adhesión, asociadas con mayor riesgo de transmisión del VIH a los bebés” (Carter, 2010), consideran que tener una viremia más elevada durante las primeras etapas del embarazo constituye un importante factor de riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo, incluso cuando la carga viral de la mujer es inferior a 500 copias/mL en el momento del parto.

Sólo el 16% de la población femenina del grupo de casos estaba tomando terapia antirretroviral antes del embarazo, frente al 45% de las mujeres en el grupo de control. Además, una mayor proporción de las mujeres que transmitieron el VIH a sus bebés declaró tener problemas de adhesión al tratamiento durante el embarazo, en comparación con aquéllas que no transmitieron el virus 37%. Los autores creen que sus hallazgos tienen implicaciones para el cuidado del VIH durante el embarazo. Aconsejan que “la carga viral durante el embarazo sea monitorizada de forma estrecha para poder tomar medidas con suficiente antelación.

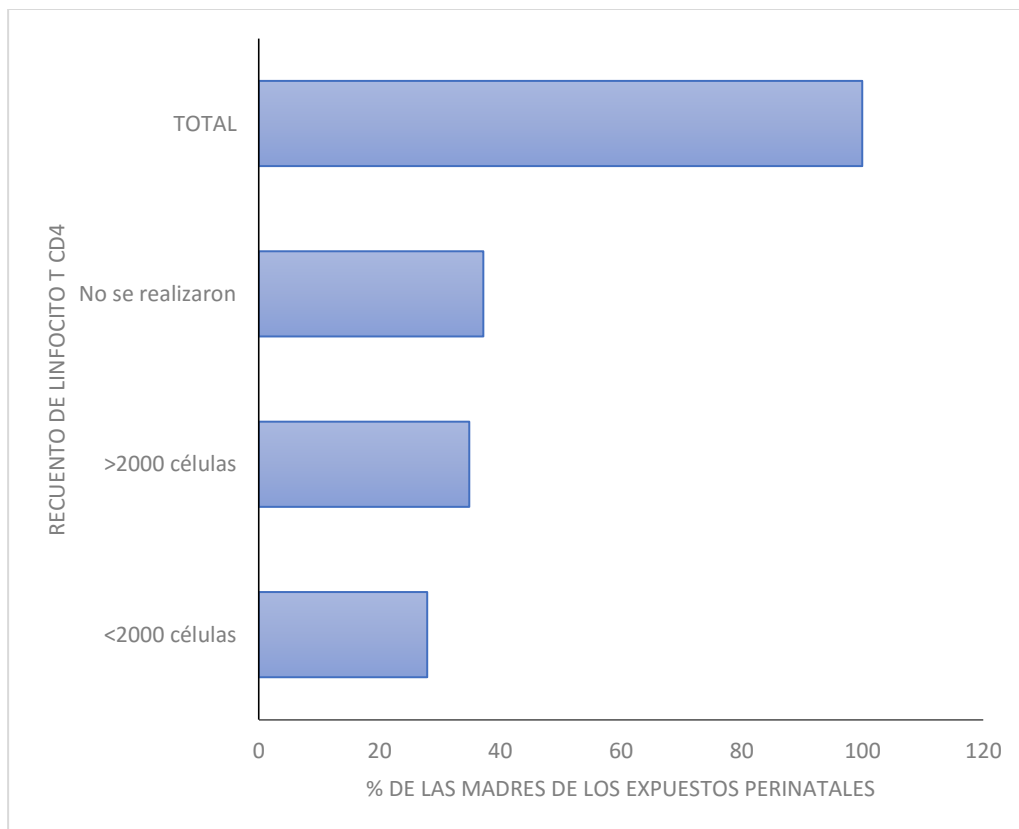
Sin embargo en este estudio las madres de los expuestos perinatales, la mayor parte de ellas no se registró la evidencia de realización de carga viral, de tal manera que esto se relaciona con la incidencia del número de casos positivos en esta población pediátrica.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N° 10:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatal del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, demostro que del 100% de la poblacion, aproximadamente el 37,21% de las madres de los expuestos no se realizaron los exámenes de carga viral, segudio de un 34,88% que si se realizó la carga viralal con menor de 500 copias y finalmente el 27,91% tuvieron una carga viral por encima de las 500 copias.

GRÁFICO N°11: FACTORES DE RIESGO PRENATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

RECuento DE CD4	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<2000 células	12	27,91
>2000 células	15	34,88
No se realizaron	16	37,21
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°11:

(Cecchini, 2011), en un estudio denominado “Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina”, identificaron los factores asociados a la transmisión vertical durante el período de estudio (pacientes con datos definitivos).

Las variables analizadas fueron la Carga viral en el período periparto $> 1\ 000$ copias/mL o desconocida, el recuento de linfocitos T CD4+ materno $< 200/\mu\text{L}$, el parto vaginal, la prematuridad, la presencia de anticuerpos anti-HCV, la ausencia de profilaxis materna e intraparto, el bajo peso neonatal y la rotura de membranas > 4 horas.

Durante el período estudiado se realizó el seguimiento de 357 binomios madre-hijo, el 21,0% de las madres presentaba anticuerpos antiVIH. El 68,0% presentó un recuento de linfocitos T CD4+ en sangre periférica $< 500/\mu\text{L}$.

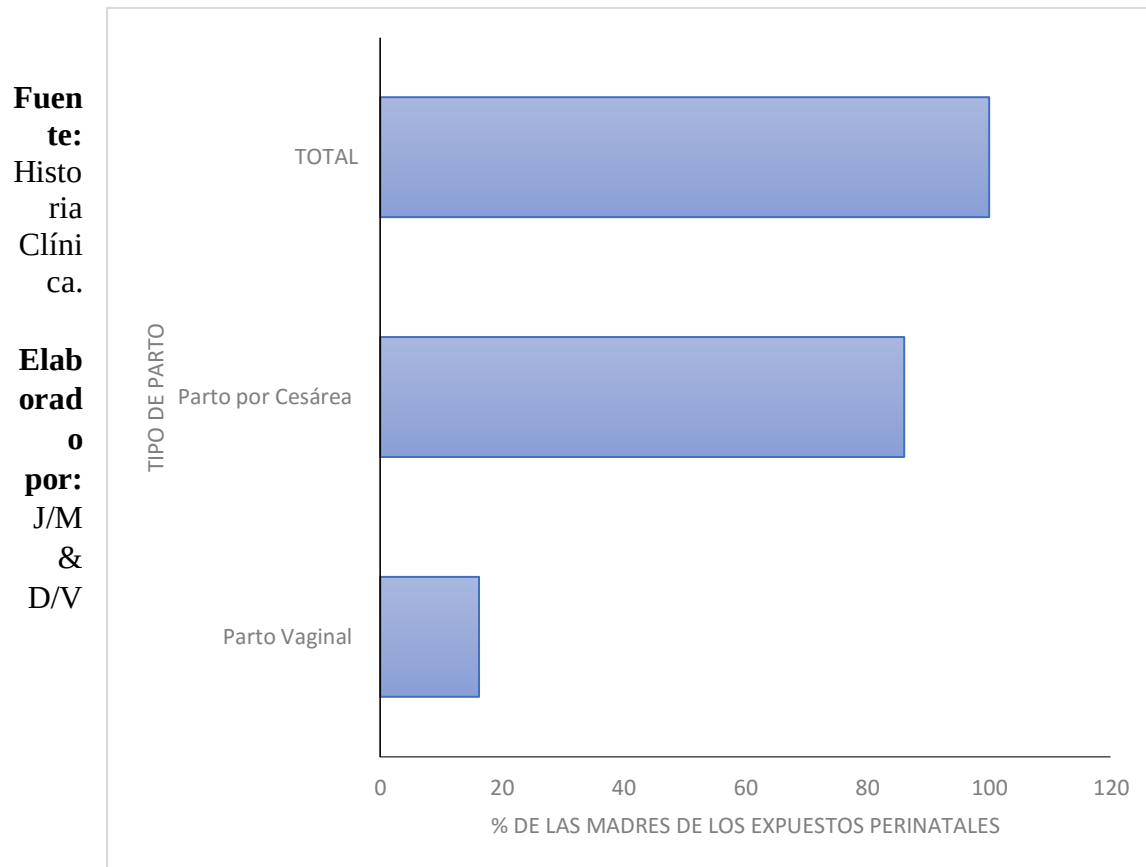
Por otro lado, en esta investigación, se demostró que las madres de los expuestos en su gran parte no se realizó la recuento de linfocito TCD4, lo que genera un factor de riesgo alto, dado a que se desconoce el grado de competencia del sistema inmune y se relaciona con el número de casos expuestos a este virus.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°11:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, demostró que del 1000% de la población, el 37,21% de las madres de los expuestos no se realizaron los exámenes de recuento de CD4, el 34,88% que si se realizó con resultados de CD4 > 200 copias y finalmente el 27,91% que presentaron un CD4 por debajo las 200 copias.

GRÁFICO N°12: FACTORES DE RIESGO PERINATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Parto Vaginal	6	16,22
Parto por Cesárea	37	86,05
TOTAL	43	100



ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°12:

(Soto., 2012), En un estudio llamado “VIH/SIDA MATERNO-INFANTIL, ES POSIBLE ERRADICAR LA INFECCION NEONATAL”, considera que las madres VIH sin protocolo, tienen cerca del 80% de posibilidad de transmitir la infección a su hijo. Así, en este estudio, la tasa de transmisión global fue de un 5,6%. Casi todas las madres cumplieron la indicación de

no amamantar (94%). Recibieron tratamiento completo 40 de los 57 binomios (70,1%). En este grupo la transmisión fue de un 2,6%. En el análisis destaca el rol protector en la infección vertical, de la operación cesárea.

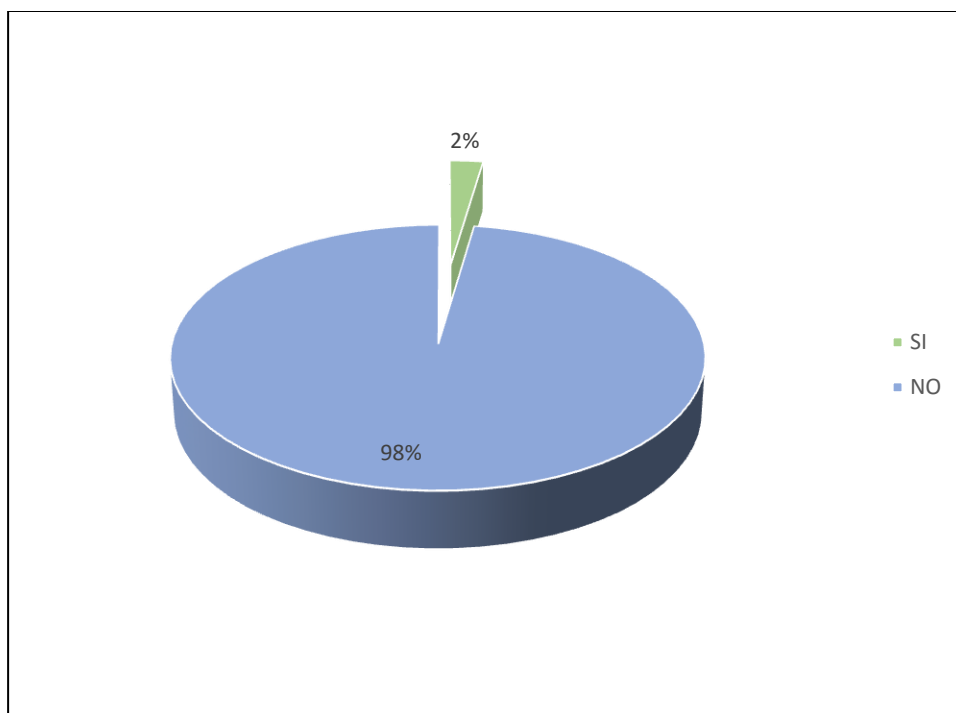
Considerando estas cifras con las de esta investigación se correlaciona, ya que las madres de los expuestos perinatales tuvieron parto por cesárea en su mayor parte. Sin embargo existen otros factores que podrían influir en la transmisión, pese a que la cesárea sea la elección.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO 12:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, que determino que del 100% de la población el 86,05% de los expuestos perinatales a VIH nacieron por Cesárea y el 16,22 % nacieron por parto vaginal.

GRAFICO N°13: FACTORES DE RIESGO POSNATAL, HOSPITAL DE QUEVEDO SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	1	2,33
NO	42	97,67
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°13:

Un estudio llamado “manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto” afirmó que la lactancia materna exclusiva tiene una probabilidad de transmisión de VIH postparto de 9,3% a los 18 meses de seguimiento, por lo que deben darse indicaciones

sobre alimentación con fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño, sin olvidar el control de la galactorrea.

En esta investigación se determinó que la mayor parte de los expuestos perinatales tuvieron el suplemento nutricional a base de fórmula.

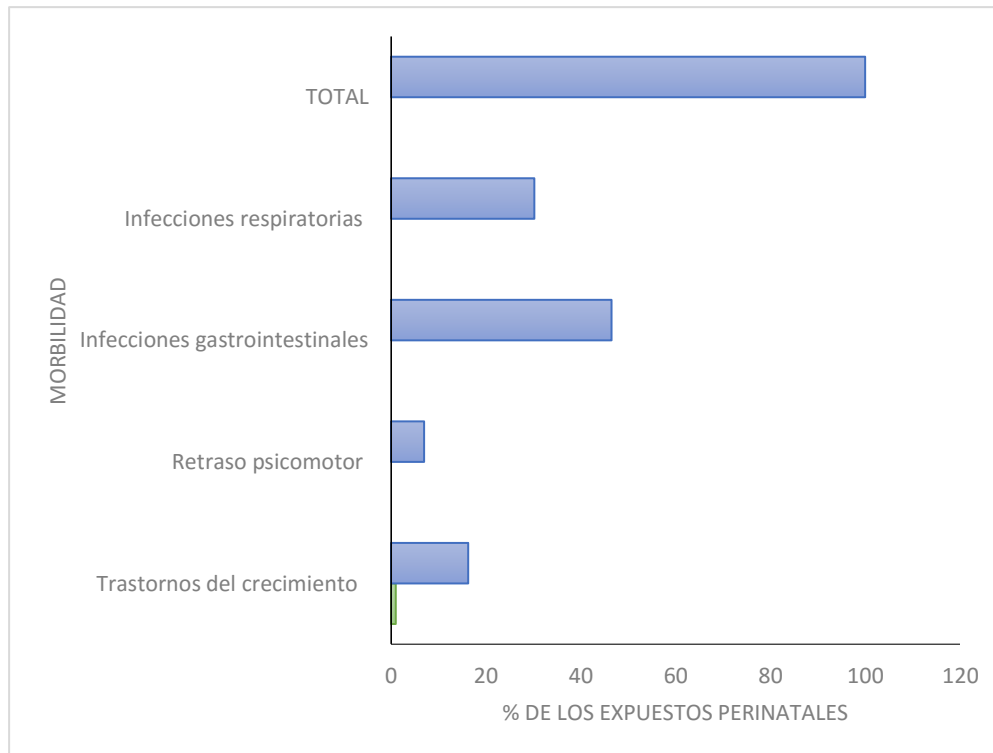
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°13:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa de VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, concluyo que del 100% de la población, el 97,67% recibió suplemento nutricional de leche de fórmula, el 2,33% recibió en algún momento leche materna.

GRÁFICO N°14: MORBILIDAD DE LOS NIÑOS EXPUESTOS PERINATALES, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Trastornos del crecimiento	7	16,28%
Retraso psicomotor	3	6,98%
Infecciones gastrointestinales	20	46,51%
Infecciones respiratorias	13	30,23%

TOTAL	43	100
-------	----	-----



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°14:

Un estudio denominado Patrón de la enfermedad y sobrevida en niños y adolescentes infectados por VIH (Villalobos-Acosta, 2010), considera que las enfermedades oportunistas continúan siendo una causa mayor, de morbilidad y mortalidad en pacientes pediátricos con

VIH, y esta en relación con deficiencias inmunológicas, factores ambientales y a las condiciones socioeconómicas.

Las infecciones oportunistas representaron 12% de todas la infecciones; ocupando el primer lugar la candidiasis oral con una incidencia de 26.44/ 100 pacientes/año, en su estudio realizado entre los años 2000 y 2004, en niños infectados por VIH/SIDA. Llama la atención que la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* ocupó la quinta causa entre las infecciones oportunistas, y la candidiasis esofágica la sexta causa.

A diferencia de estos estudios, esta investigación determino que las infecciones gastrointestinales fue la enfermedad oportunista que mas incidio, en esta poblacion de estudio.

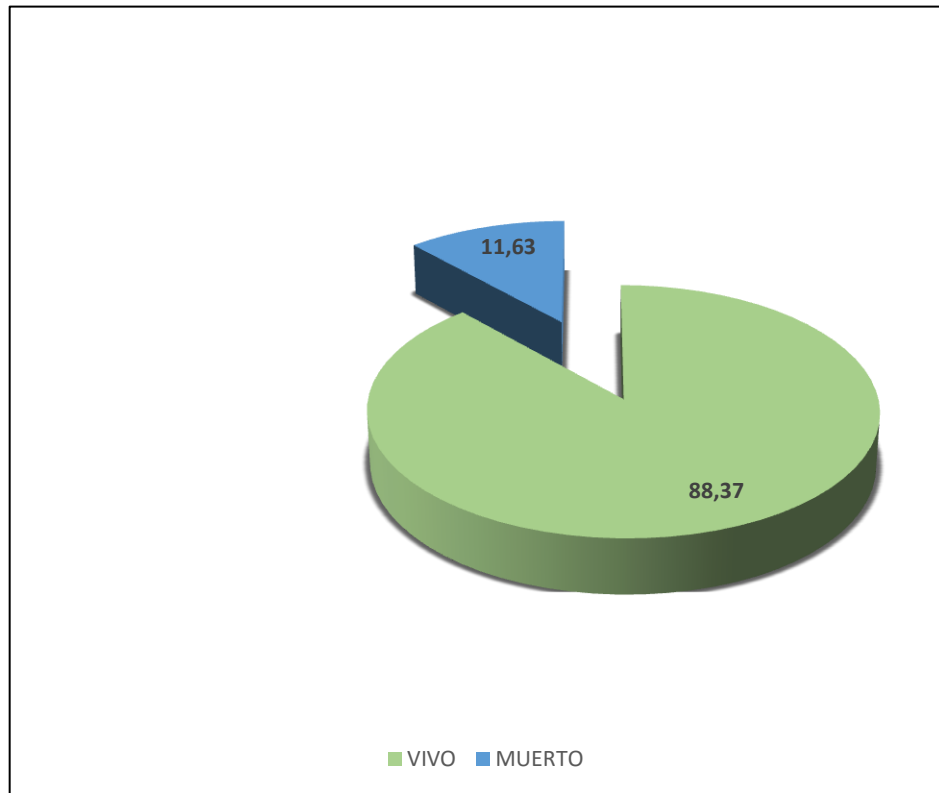
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRAFICO N° 14:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, concluyo que del 100% de la población, el 46,51% presento infecciones gastrointestinales, el 30,23% infecciones respiratorias , el 26,28% presentaron retraso de crecimiento, el 6,98% presento retraso psicomotor y revelo que ninguno presento infecciones del grupo TORCH O enfermedades sistemicas.

GRAFICO N°15: MORTALIDAD EN LOS NIÑOS EXPUESTO PERINATAL, HOSPITAL QUEVEDO, SEPTIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016.

MORTALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
VIVO	38	88,37%

MUERTO	5	11,63%
TOTAL	43	100



Fuente: Historia Clínica.
Elaborado por: J/M & D/V

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N°15:

En un estudio llamado la mortalidad en expuestos perinatales , se reporta en diversos estudios la disminución de 5.3% en las primeras 24 semanas de la terapia. En México, la introducción

de la TARAA se observó que la mortalidad disminuyó de 33% en la época pre-TARAA a 7% en la era TARAA, con una reducción de la mortalidad de 78%, similar a lo reportado por diversos autores.

La mayoría de los decesos de los pediátricos se producen en países subdesarrollados con escasa intervención en salud, por lo que la mortalidad en niños con infección por VIH al grado de inmadurez e inmunosupresión que presentan al hacerse portador de esta enfermedad, y vale recalcar que también influye los cuidados maternos, el acceso al tratamientos y controles pertinentes.

En este estudio se determinó que la tasa de supervivencia es de 88,37%, más las defunciones se enmarcan en un 11,63%.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRÁFICO N°15:

Los resultados que se recolectaron en las historias clínicas del programa VIH, expuesto perinatales del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo, determinó que del 100% de la población, el 88,37% de los expuestos perinatales VIH positivos se encuentran vivos y que solo el 11,63% de ellos fallecieron.

CAPITULO V CONCLUSIONES.

Desde el punto de vista socio demográfico la más significativas fueron:

Estos factores son a nivel social, la edad materna de 25-29 años, el estado civil de unión libre, cursaron solo la primaria, son amas de casa como también agricultoras y viven en zonas rurales.

El factor de riesgo a nivel prenatal más importante resulto que no se realizaron las pruebas de tamizaje de VIH durante los controles prenatales.

No hubo factores de riesgo perinatales ni posnatales significativos.

Finalmente la morbilidad que mayormente afecta, a los expuestos a VIH son las infecciones gastrointestinales y no hubo mortalidad significativa .

RECOMENDACIONES

Este trabajo de titulación permite tomar las siguientes recomendaciones:

Al Hospital Básico Sagrado Corazón De Jesús de Quevedo, que se retomen las consejerías, desde el inicio de la captación de la embarazada con diagnóstico VIH, junto a su pareja sexual, en donde ellos puedan sentir la empatía, seguridad para continuar con sus controles periódico, recibiendo el tratamiento oportuno y prevención para evitar las coinfecciones.

Además que se tome en cuenta este estudio en la institución, de tal manera se pueda realizar con un periodo de más años y así el impacto en esta población sea de mayor magnitud.

Por otro lado, centrar el interés sobre estos niños positivos, que no registran controles médicos periódicos, para evitar infecciones oportunistas, que conlleven a una mala calidad de vida.

Recomendamos así mismo, a la Universidad Técnica de Manabí, Escuela de Medicina, se tomen en consideración el tema, porque, para conforma la población, se necesitó un periodo de un año y esto se debe a que estos niños deben tener 18 meses de edad, para confirmar la infección. Así se genere más impacto con los resultados obtenidos.

Al Ministerios de Salud Pública, principalmente a los centros de atención primaria en la salud, que lleven más coberturas a las zonas rurales, y promocionen la prueba de VIH a toda embarazada, de tal manera en caso que se encuentren con una mujer positiva se inicie las medidas de prevención y tratamiento profiláctico para prevención de la transmisión vertical.

BIBLIOGRAFIA.

CAICEDO, S., IDÁRRAGA, I., PINEDA, P., & OSORIO, A. (2009)/Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del. En M. d. Social, *Manual de Procedimientos*/ pág. 20. Bogota: Ofígraf Impresores.

- Fonseca, C. E., & Prieto, F. E. (2005)/ MANEJO DE LA INFECCIÓN MATERNA CON VIH Y DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO. /*Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(1), 74.
- AYALA. (9 de febrero de 2006)/FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISION VERTICAL . Obtenido de FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISION VERTICAL/ http://med.unne.edu.ar/revista/revista154/3_154.pdf
- BENAVIDES, I. (2004). Recomendaciones para el manejo del recién nacido hijo de madre VDRL (+). *Revista Pediatría Electronica*, 34-35.
- Carter, M. (2 de Agosto de 2010). *Carga viral más alta al inicio del embarazo y mala adhesión, asociadas con mayor riesgo de transmisión del VIH a los bebés*. Obtenido de Carga viral más alta al inicio del embarazo y mala adhesión, asociadas con mayor riesgo de transmisión del VIH a los bebés: http://gtt-vih.org/actualizate/actualizacion_en_tratamientos/08-02-10
- Cecchini, D. (30 de marzo de 2011). *Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad*. Obtenido de Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n3/v30n3a01>
- Dirección de Sida y ETS, M. d. (2016). NIÑOS CON INFECCIÓN. En J. LEMUS, N. PEREZ BALIÑO, & M. KOSACOFF, *Guia para la atencion de niños, niñas y adolescentes con VIH y con exposicion perinatal* (págs. 23-27). Argentina: Área de Comunicación de la Dirección de Sida y ETS.
- Dra. Silvina Vulcano. (14 de dicimebre de 2011). *publicaciones.ops.org.ar*. Obtenido de publicaciones.ops.org.ar: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/prev_control_enfermedades/guiaprevenviontv.pdf
- EL CONFIDENCIAL. (02 de octubre de 2014). *La historia oculta del sida: así se originó la gran enfermedad de nuestro tiempo*. Obtenido de La historia oculta del sida: así se originó la gran enfermedad de nuestro tiempo: http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-10-02/la-historia-oculta-del-sida-asi-se-origino-la-gran-enfermedad-de-nuestro-tiempo_223875/
- El Universo. (martes 1 de diciembre de 2015). *En Ecuador 33.000 personas vivían con el VIH en 2014, según proyecciones de Onusida*. Obtenido de Sitio Web, El Universo: <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/11/30/nota/5272683/ecuador-33000-personas-viven-vih-segun-onusida>
- EL UNIVERSO. (1 de Diciembre de 2015). *Revista El Universo*. Obtenido de En Ecuador 33.000 personas vivían con el VIH en 2014, según proyecciones de Onusida: <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/11/30/nota/5272683/ecuador-33000-personas-viven-vih-segun-onusida>
- Gala, B. (9 de Julio de 2010). *Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”*. Obtenido de Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol59_2_07/mtr02207.htm
- GLADYS EUGENIA CANAVAL*, CLAUDIA PATRICIA VALENCIA, LILIANA FORERNIBIA GUARDELA/ ADALGISA MAGAÑA/ YADIRA VARGAS. (s.f.).

- GLADYS EUGENIA CANAVAL, C. P. (2010). FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN MUJERES DE CALI, COLOMBIA. <http://www.scielo.cl/>, 25.
- GLADYS EUGENIA CANAVAL, CLAUDIA PATRICIA VALENCIA, LILIANA FORERO, NIBIA GUARDELA, ADALGISA MAGAÑA, YADIRA VARGAS. (23 de Diciembre de 2011). www.scielo.cl. Obtenido de FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN MUJERES DE CALI, COLOMBIA: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200005
- GONZALES, T., & BLAZQUEZ, D. (10 de Junio de 2016). *Hospital Universitario 12 de Marzo*. Obtenido de Profilaxis de la transmisión vertical del VIH: <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/09/ASEI-67-01-05.pdf>
- Infectología, R. C. (2013). Diagnostico y seguimiento de RN. *Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e IT*, 284.
- INFOSIDA. (9 de Febrero de 2015). *El VIH y el embarazo Prevención de la transmisión materno infantil*. Obtenido de Infosida: <https://infosida.nih.gov/educationmaterials/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH*. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- J.A. León-Leal, J.C. González-Faraco, Y. Pacheco. (2014). La infección por VIH en la infancia y la adolescencia: avances biomédicos y resistencias sociales. *PEDIATRIA INTEGRAL*, 161-174.
- Karla Santana Azevedo. (23 de Diciembre de 2013). *Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Brazil*. Obtenido de Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Brazil.: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n3/v9n3a07.pdf>
- Lisset García-Fernández, F. F. (25 de Septiembre de 2015). *Tratamiento anti-retroviral conteniendo raltegravir en mujeres embarazadas*. Obtenido de Tratamiento anti-retroviral conteniendo raltegravir en mujeres embarazadas: <http://www.revista.sochinf.cl/PDF-Suplemento-1-2016/7.pdf>
- LOPEZ, P., & SIERRA GARCIA, A. (2014). Transmisión materno-fetal del VIH-sida. *CCAP Volumen 13 Número 1*, 37. Obtenido de https://scp.com.co/precop-old/pdf/1_3.pdf
- MANDAL, A. (2014 de Octubre de 2014). *Fisiopatología del SIDA*. Obtenido de News-Medical.Net: [http://www.news-medical.net/health/AIDS-Pathophysiology-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/AIDS-Pathophysiology-(Spanish).aspx)
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (2008). Recomendaciones para terminación de embarazo en mujeres con VIH. En MSP, *Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y Sifilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA* (págs. 38-39). QUITO, ECUADOR.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (2008). Recomendaciones para terminación del embarazo en mujeres con VIH. En D. N. Dr. Miguel Malo S, *Guía de prevención y control de la transmisión Materno infantil del VIH y Sifilis congénita y de atención Integral de niños/as con VIH y SIDA* (págs. 38-39). QUITO.

- MINISTERIO DE SALUD, B. (2014). En D. G. Ministerio de Salud Publica, *Guía para la prevención de la transmisión materno infantil de VIH y la sífilis congénita* (págs. 56-57). La Paz: Artemania Industria Impresiones.
- MSc. María Virginia Pinzón Fernández, M. H. (2010). *Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia*. Obtenido de Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_3_13/spu06313.htm
- NOGUERA, J., & DE JOSE, M. (8 de MARZO de 2012). *Recomendaciones de la Sociedad española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de inmunodeficiencia humana y a fármacos antiretrovirales en el embarazo y el periodo neonatal*. Obtenido de Elsevier Doyma: http://continuum.aeped.es/files/consensos/Jun_2012_Tratamiento%20VIH%20en%20embarazo%20y%20parto.pdf
- OMS. (Noviembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- ONUSIDA. (1 de Diciembre de 2015). *Corporación ONUSIDA*. Obtenido de Estimaciones sobre el VIH y el sida (2015): <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>
- ONUSIDA. (2015). <http://www.unaids.org>. Obtenido de Unaid: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- OPS/OMS. (2010). Diagnóstico de la infección por VIH en la madre. En O. d. Salud, *GUÍA CLÍNICA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA* (págs. 32-33). Washington: Publicaciones CLAP/SMR .
- PEDIATRICA, S. L. (2014). OPINIÓN DE EXPERTOS SOBRE INFECCIONES CONGÉNITAS Y PERINATALES. *REVISTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS PEDIÁTRICAS*, 525-526. Obtenido de <http://www.slipe.org/informesAcademicos/Op%20Expertos%20ICP%20-%20SLIPE%20-%20VF-%20Ene%202014.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). (2013). *ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*. USA: ONUSIDA. Obtenido de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2013). *Informe sobre la epidemia mundial de sida* . USA: ONUSIDA.
- PUBLICA, M. D. (7 de enero de 2014). *Guía de MATERNO INFANTIL DEL VIH Y SÍFILIS Y DE ATENCIÓN INTEGRAL DENIÑOS/AS CON VIH/SIDA*. Obtenido de Guía de MATERNO INFANTIL DEL VIH Y SÍFILIS Y DE ATENCIÓN INTEGRAL DENIÑOS/AS CON VIH/SIDA: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf

- R, D. E. (2012). *VIH-SIDA Y EMBARAZO/ACTUALIZACION Y REALIDAD*. Obtenido de VIH-SIDA Y EMBARAZO: ACTUALIZACION Y REALIDAD: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n2/art16.pdf>
- SCIENCIE. (3 de Octubre de 2014)/ *La propagación temprana y la inflamación epidémica del VIH-1 en las poblaciones humanas*. Obtenido de American Association for the Advancement of Science: <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56>
- Sierra, P. L./*Transmisión materno fetal VIH-SIDA*. Obtenido de Transmisión materno fetal VIH-SIDA.: https://scp.com.co/precop-old/pdf/1_3.pdf
- Soto., J. A./*VIH/SIDA MATERNO-INFANTIL*. Obtenido de VIH/SIDA MATERNO-INFANTIL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262002000100016&script=sci_arttext
- VALDEZ, E. (2010)/VIH-SIDAy embarazo, actualización y realidad. *Revista Chilena de Obstetricia* , 160-166.
- Vázquez-Rosales., J. G. (Enero de 2010)./ *Uso de prueba rápida para la detección de infección por VIH en pediatría*. Obtenido de Uso de prueba rápida para la detección de infección por VIH en pediatría/http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000400012
- Vega, M. M. (15 de JUNIO de 2014). *Boletín Epidemiológico*/ Obtenido de Boletín Epidemiológico (LIMA): <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/25.pdf>
- VELÁSQUEZ, G., LOPEZ, P., & Comité de infección VIH/SIDA - ACIN./Guía de manejo de mujeres embarazadas con infección por VIH. En G. Velásquez, & P. Lopez, *Asociación Colombiana de Infectología* (págs. 119-120). Colombia.
- Villalobos, I. P. (s.f.)/ *Patrón de la enfermedad y sobrevivencia en niños y adolescentes infectados por VIH* . /http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000400005
- Villalobos-Acosta, C. P. (4 de Julio de 2010)/ *Patrón de la enfermedad y sobrevivencia en niños y adolescentes infectados por VIH manejados con terapia antirretroviral altamente activa*. /http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000400005
- Wu, E. (MAYO de 2014)/ *Infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños y*. Obtenido de Infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños/ <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v32s1/art04.pdf>

ANEXOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO: _/_/_/_

EDAD MATERNA:				
12- 16	17-20	21-24	25- 29	30 -40
ESTADO CIVIL				
Soltero	Casado	Divorciado	Unión libre	Viudo
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA				
Analfabeto	Primaria	Secundaria	Universitaria	
OCUPACIÓN				

Ejecutiva Del Hogar		Agricultores		Trabajadora Sexual.		Profesionales.		Otros			
LUGAR DE RESIDENCIA											
Distrito Urbano					Distrito Rural						
CONTROLES PRENATALES					TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL						
>5		<5		Prenatal		Perinatal		Posnatal			
REALIZACIÓN DE PRUEBA DE VIH.											
Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre		Ingreso hospitalario					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS											
Pielonefritis		Infecciones de grupo TORHC		Consumo de opiáceos		IVU		ITS		Enfermedades crónicas no transmisibles	
PRUEBAS DE SEGUIMIENTO											
Cargas viral >500copias					Recuento CD4 <2000 células						
>500 copias					>2000 células						
TIPO DE PARTO			FISTULA AMNIÓTICA			EPISIOTOMÍA					
Vaginal		Cesárea		<4 horas		>4 horas		Si		No	
LACTANCIA MATERNA			EDAD GESTACIONAL			PESO AL NACIMIENTO					
SI		NO		≤36		37-40		>40		<2.500gr	
										>2.500-3.900gr	
										>4000gr	
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES											
Trastornos del crecimiento		Retraso psicomotor		Infecciones gastro-intestinales		Infecciones respiratorias		Infecciones sistémicas		Infecciones del grupo TORCH	
Si No		Si No		Si No		Si No		Si No		Si No	
DEFUNCIÓN				SI				NO			

ACTIVIDADES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
Formulación del tema.																				
Realización del anteproyecto.																				
Entrega de oficio a la institución donde se realizara la investigación y entrega del anteproyecto de a la comisión de tesis.																				
Recolección de información a través de las historias clínicas en estadística.																				
Organización y selección de la información para la presentación a la comisión de titulación.																				
Elaboración de instrumento y recolección de información para presentarle al tutor de tesis.																				
Definición de hallazgos y elaboración de informe preliminar para para la presentación al tutor de tesis y a la comisión de titulación.																				
Tabulación de resultados y elaboración de informe final para presentación al director de tesis.																				
Revisión y corrección final de la tesis de grado al tutor r de tesis a la comisión de titulación																				
Aprobación del tutor de tesis y revisor de tesis																				







Revisado
06/01/2017
[Firma]

Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 9%

Date: viernes, enero 06, 2017

Statistics: 414 words Plagiarized / 4486 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

"FACTORES DE RIESGO EN EXPUESTOS PERINATALES PARA DESARROLLAR INFECCION POR VIH, HOSPITAL QUEVEDO"
AUTORAS: MOREIRA MACÍAS JENNIFER GISELAVÉLEZ UTRERAS DENISSE VANINARESUMENEl propósito de titulación fue de conocer los expuestos perinatales a desarrollar la infección por VIH el estudio fue retrospectivo, en el cual se escogieron 43 usuarios, que reunían los criterios de inclusión y exclusión De un universo de 180 expuestos perinatales del programa clínica de VIH, del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo La cual requirió como instrumento de investigación una ficha de recolección de datos, ya que la información fue exclusiva de la Historias clínicas, en donde se necesitó antecedentes socio demográfico, clínico y exámenes complementarios Resultados: A nivel social se demostraron que las madres VIH positiva de estos usuarios tenían una edad de 25-29 años que presentaron el porcentaje más alto con un 53,49%, además un 48,84% de las madres están en unión libre, Por otro lado, el 46,51 % tienen solo la instrucción primaria Así mismo el 46,15% de los gestantes VIH positiva son tanto ejecutivas del hogar como agricultoras respectivamente A nivel demográfico el 67,44% pertenecen al distrito rural A nivel prenatal se determinó, que el 65,12 % se realizaron al menos más de 5 controles prenatales, el 34,88% se realizaron las pruebas de VIH al ingreso hospitalarios, y el 53,49% tuvo tratamiento antiretroviral en la etapa prenatal De igual manera el 46,51% de los expuestos perinatales consumieron opiáceos, además el 37,21% no se realizaron los exámenes de recuento de CD4 A nivel perinatal el 86,05% de los expuestos perinatales a VIH nacieron por parto por cesárea, mientras que el 46,51% de las madres no presentó la presencia de fistula amniótica A nivel posnatal el 97,67% recibió suplemento nutricional a base de fórmula, el 67,44% nació con edad gestacional de 37-40 semanas, el 76,74% presento un peso de 2500-3900 gr, el 65,12% tuvo en <500 copias y 100% no se realizó T CD4 Finalmente el 46,51%, desarrollaron morbilidades a nivel de infecciones gastrointestinales y el 88,37% de los expuestos perinatales con la infección VIH se encuentran vivo, pero el 11, 63% de ellos han fallecido Palabra claves: Factores de Riesgos, Expuestos perinatales SUMMARYThe objective of this titration work was risk factors in exposed perinatal to develop HIV infection; A retrospective study was conducted, in which 43 users were selected, who met the inclusion and exclusion criteria From a universe of 180 exposed perinatal HIV clinical program, Hospital Sacred Heart of Jesus de Quevedo Which required as a research instrument a record of data collection, where the information was exclusively from the Clinical Histories, where socio-demographic, clinical background and complementary examinations of the aforementioned population were needed Results: Social risk factors showed that the HIV positive mothers of these users had an age of 25-29 years who presented the highest percentage with 53 49%, in addition the highest figures of infection is in a 48, 84% in free-union women On the other hand, 46 51% of HIV positive pregnant women have primary education Likewise, 46 15% of HIV positive pregnant women are both household executives and women farmers respectively At the demographic level in women comes from the rural district with 67 44% And the risk factors at the prenatal level were determined, that the highest percentage, 65 12% of the pregnant women least more than 5 prenatal controls, 34 88% at hospital admission, which The antiretroviral treatment was performed in the prenatal stage with 53 49% Similarly, the mothers of the perinatal exposed had opioid use during gestation with a greater percentage of 46 51%, in addition the pregnant women did not perform the CD4 count tests with a percentage of 37 21% Perinatal risk demonstrated that 86 05% of those exposed to perinatal HIV were born due to cesarean delivery, whereas no amniotic fistula was present in 46 51% of pregnant women And the post-natal risk factors were 97 67% received nutritional supplement for formula milk, 67 44% was born with gestational age of 37-40 weeks, 76 74% presented a weight of 2500-3900 gr, The viral load in 65 12% presented <500 copies and in terms of CD4 T lymphocyte counts were not performed in 100% of the population As morbidity in exposed patients who developed the disease the highest percentage was obtained that 46 51% had gastrointestinal infections Finally, 88 37% of those exposed perinatal with HIV infection are alive and that 11%, 63% of them have died Key words: Risk Factors, Exposed perinatal CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN Se comprende por exposición perinatal a VIH, a todo infante que nació de mujer portadora del virus, también aquel, que se desconoce el sistema inmune materno, por lo cual, no se establece criterios diagnóstico, dado a ser seropositivo durante el examen Así mismo, se puede considerar que final SIDA, tiene una estrecha relación con la sexualidad, la pobreza Siendo las mujeres el grupo etario más vulnerable, debido a factores biológicos, socioeconómicos, culturales y por ende influye de forma directa, a ser un potencial factor de riesgo en, en el proceso de adquisición del binomio madre VIH – hijo, se admite la intervención de un desarrollo multifactorial, que implican varios estadios que finalmente confluye una amplia gama de factores de riesgo De los cuales, se conocen como el estadio de la infección, carga viral CD4, , procedimientos invasivos, no utilización del tratamiento antirretroviral, falta de controles maternos A nivel mundial, en los últimos 10 años, se han implementado programas para disminuir, que comprende, el tamizaje de VIH en gestante, tratamiento antirretroviral en embarazadas y en niño expuesto, la terminación por cesárea y el cese (Vega, 2014) Además, se puede señalar que, en un estudio, un grupo pediátrico para ensayos clínicos de VIH, determinó que el régimen de monoterapia con Zidovudina (ZDV), administrada a las semanas 14ª-36ª de gestación, durante el parto, posnatalmente y al recién nacido, hasta la 6ª semana de vida, disminuirá en un 67% la transmisión de VIH (Leal, J C González-Faraco, Y Pacheco, 2014) Actualmente, Ecuador cuenta con una política nacional, de implementar el tamizaje, aspirando cubrir infectado por el VIH; En donde las mujeres embarazadas son el grupo prioritario, ya que la profilaxis puede ser significativa Por lo demás, junto a los estudios ya manifestados, se demuestra que el diagnóstico junto con el tratamiento de VIH, ayuda de forma significativa, a disminuir de por sí, los pediátricos expuestos a este virus, no desarrollen por esta razón, la infección, que tiene el interés primordial, en expuesto perinatal para desarrollar VIH, en el Hospital de Quevedo La frecuencia fértil, lo que determina, la detección temprana del VIH contribuye en uno de los papeles principales, porque junto con la prueba voluntaria durante el control prenatal Llevarían al oportuno tratamiento anti-retroviral, que disminuiría la transmisión El nacimiento de un niño infectado con VIH es una señal de oportunidades perdidas, riesgo de adquirirlo a través de los tejidos maternos al feto que determinan sea positivo Se deben realizar pruebas virales directas como PCRARN, En intervenciones diversos factores, entre encuentran: estadio la madre, carga viral, cuenta de linfocitos CD4, infecciones oportunistas, uso claramente con el tratamiento antirretroviral materno, cesárea programada, ausencia membranas, e instauración de lactancia periodo neonatal transmisiones se da parto, por contacto mucocutáneo del bebé materna, las secreciones

cervicovaginales durante el paso por el canal de parto Se ha descrito que la difusión hematológica sólo ocurre en el 20 a 25% congénitas Los beneficios de la cesárea en aún no son claros; se considera que la cesárea por sí sola preventivo significativo, pero combinada medicamentos antirretrovirales y llevada a cabo de manera electiva, sin membranas previas, reduce JUSTIFICACIÓN Como afirma (ONUSIDA, 2015) calcula que existen 2,3 millones de, entre los cuales el 80% se hallan en África En Latinoamérica según la última actualización se prevé que para el año 2015, existen unos 25 000 niños infectados por el VIH” Fundamentando estas cifras, sobre el impacto que ha generado esta enfermedad, las personas que actualmente son portadoras, se sitúa en mujeres de edad fértil, alcanzando mayor incidencia en niños expuestos a este Además, los equipos de salud trabajan fuertemente, para disminuir la frecuencia de infección materno-fetal Así mismo, oportuno en la embarazada, iniciando forma temprana los cuidados necesarios y tratamiento oportuno, garantiza disminuir la reiteración de esta enfermedad estas este virus Como sostiene (Dra Silvana Vulcano, 2011), muestran que VIH, son diagnosticadas Estas afirmaciones sugieren que la gestación, genera una oportunidad en el sistema de salud, para que se accedan al análisis y posterior tratamiento Así mismo, comparando estos estudios ya citados, a nivel de la Provincia de Los Ríos, no existen investigaciones que examine el contexto de este problema en esta población Por lo cual, surge el interés de esta investigación, puesto que determinará en expuesto perinatal para desarrollar infección por VIH, Hospital de Quevedo De igual manera, por medio de esta pesquisa, pretende servir como guía para futuras investigaciones, debido perinatales, se puede evitar, si existe un buen manejo de la embarazada con VIH La investigación será factible de ejecutar, porque cuenta con la información necesaria para también como del personal humano implicado en la temática, elementos que garantiza Y cuenta con el interés, el deseo, la motivación de las investigadoras para la efectuar, permitiendo sustentar más sobre el dilema ya mencionado, generando mayor riqueza de conocimiento, que ayudara en el ejercicio de la profesión PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Cada día más son portadoras del VIH, ocasionando niños expuestos al virus, llamado transmisión vertical o perinatal, en donde el neonato adquiere la infección ya sea prenatal, perinatal, posnatal Mundialmente en el 2015 cerca de 150 000 niños adquirieron VIH, considerando que el 77% de las embarazadas que tuvo antirretroviral, para evitar sus hijos (ONUSIDA, 2015) Lo que manifiesta que, pese a que mujeres gestantes portadoras del virus, se someten al tratamiento profiláctico, aún continúan existiendo niños que infectan por transmisión vertical Además, estimando esta prevalencia, prevalecen factores de riesgo, que determinan el aumento de exposición vertical, como elevada, recuento bajo de células CD4 en la madre, estado de inmunidad materna, prematuridad, ruptura prolongada de membranas tipo de nacimiento y lactancia materna Por lo demás, se considera, que es trascendental conocer la historia materna, de expuestos al VIH, de tal modo permite intuir la probabilidad de transmisión expone el neonato Por consiguiente, a lo ya manifestado, se demuestra la importancia del Trabajo de Titulación, porque se intenta demostrar, en expuesto perinatal para el desarrollar la infección por VIH, en el Hospital de Quevedo Es preciso establecer información cualitativa respecto a este tipo problema, actualmente, no hay investigaciones respecto a esta misma, en la institución ya mencionada Por lo tanto, resulta, relevante esta investigación, porque permite analizar esta temática y afirmar las pedestales para que abra el camino hacia otras pesquisas en esta población FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ¿Cuáles son los factores de riesgo en expuestos perinatales para desarrollar infección por VIH, Hospital Quevedo? SUBPROBLEMAS ¿De qué manera influirían como factor de riesgo en los expuestos perinatales las características social y demográfica de las madres para desarrollar VIH? ¿Cuáles son los factores de riesgos prenatal, perinatal y posnatal que más predominaron para desarrollar expuesto perinatal? ¿Cuál sería la morbilidad en los expuestos perinatales que desarrollaron la infección por VIH? OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL Determinar los factores de riesgos en expuestos perinatales para desarrollar infección por VIH, Hospital Quevedo OBJETIVOS ESPECÍFICOS Valorar, las características social y demográfica de las madres, como factor de riesgo en los expuestos perinatales para desarrollar infección por VIH Evaluar los factores de riesgo prenatal, perinatal y posnatal que más predominaron para desarrollar infección por VIH en los expuestos perinatales Determinar la morbilidad en los expuestos perinatales que desarrollaron la infección por VIH CAPITULO IIMARCO TEORICO DEFINICIÓN DEL EXPUESTO PERINATAL INCIDENCIA EN EL ECUADOR Las afirmaciones de (ONUSIDA, 2015), personas VIH 29 000 (23 00-35 000), entre los cuales la prevalencia de adultos entre 15 a 49 años de edad oscila en un 3% (0,2- 0,3 VIH se acerca 29 000, mujeres entre viven con VIH 8 900 y niños de 0a 14 años 500 DEL VÍAS DE TRANSMISIÓN EXPUESTO PERINATAL Transmisión perinatal es aquella que se produce se considera VIH positiva tiene entre un 20 y un 50% de probabilidades de transmitir su producto Es que se sugiere a toda mujer VIH positiva, evite la gestación, caso contrario de inicie tratamiento profiláctico y recuentos posterior del nacimiento es una fuente principal virus, también se recomienda la nutrición por suplementos de fórmula As como indica (INFOSIDA, 2015) hijo es la propagación de ese virus seropositivos la forma común en que los niños adquieren VIH, el riesgo disminuye cuando las madres reciben el tratamiento (Programa VIH/sida, 2013), Declara como los resultado del avance, sostenido el aumento de los servicios, para prevenir la transmisión materno infantil, considerando que si tiene al alcance elementos clave para fomentar la eliminación (LOPEZ & SIERRA GARCIA, 2014), sostiene que si no se realiza ninguna intervención, la transmisión natural a lactancia materna, siendo aporta 60-70% Algunos sustentan como la (OPS/OMS, 2010), que adquisición del virus En donde células CD4 disminuyen aumenta, apareciendo las infecciones oportunistas gestación que se muestran a la atención prenatal son asintomáticas, no son conscientes del estado de su enfermedad Además la (OPS/OMS, 2010), reafirma manifestando que en ocasiones en las personas infectadas la prueba pueda resultar con falsos negativos, por lo que se conoce el “período ventana”, siendo imperioso repetir la prueba después de una exposición (OPS/OMS, 2010), consiguientemente la pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el VIH se clasifican habitualmente en: encontramos enzimmunoensayo (ELISA) y las pruebas rápidas de VIH; por último las pruebas de confirmación que son de especificidad más alta que las EL se emplea como prueba de confirmación y se supone el patrón oro para confirmar el VIH La combinación de ELISA y WB se considera el algoritmo para el diagnóstico serológico (OPS/OMS, 2010) FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA TRANSMISIÓN DEL EXPUESTO PERINATAL (NOGUERA & DE JOSE, 2012) estima, que median en binomio madre-hijo relacionados son materna, primo infección el embarazo, ausencia de TARGA, sintomática, inmunodepresión, <200-250mm³ CARGA VIRAL (AYALA, 2006). Afirma que la elevada un mayor riesgo de transmisión por vía vertical, por lo demás Las variaciones biológicas, genéticas del VIH, subtipo de VIH-1 Genotipo, Fenotipo resistencia a los antivirales influyen en el riesgo de transmisión RIESGO MATERNO (AYALA, 2006), sugiere que el proporción de células CD4 <350 cel/mm³, infección primaria o enfermedad avanzada por VIH, el daño inmunitario >1000 copias/ml Igualmente, estado clínico e inmunológico la solución de continuidad de las superficies mucosa, cutánea, la carga viral aumentada en las exudaciones cervicovaginales en presencia de vaginitis, cervicitis, uretritis, úlceras genitales, Tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, desnutrición, déficit de vitaminas ayudan en parto RIESGOS OBSTÉTRICOS Otros como (AYALA, 2006), argumentan que la infecciones ascendente desde vagina, amniótico, transfusiones feto-materna en el parto, Así mismo rotura prematura o prolongada de membranas ovulares, lo cual aumento el riesgo horario, cada hora asciende infección (AYALA, 2006), el desprendimiento placentario, corioamionitis placentaria, intervenciones invasivas, técnica diagnóstica influyen al riesgo (AYALA, 2006), Conjuntamente el parto vaginal, las hemorragias intraparto y líquido amniótico sanguinolento, realización de episiotomía, laceraciones y desgarros vaginales se consideran como factores influyentes en transmitir esta infección RIESGOS FETALES Algunos como (AYALA, 2006), reconocen que los prematuro cuando 33 semanas de gestación, pueden estar infectado es del 33% y de 15% a comparación de Así mismo, el Bajo peso, genético (halotipo HLA CCR-5), respuesta inmunitaria, inmadurez inmunitaria (AYALA, 2006), el parto gemelar, conlleva un mayor riesgo para el primero en nacer, A la par, coexisten causas propias que hacen propenso a es deglución del virus, como alto Ph del tracto gastrointestinal, los bajos niveles de Ig A, delgada mucosa y la poca cantidad de moco en el tracto intestinal LACTANCIA MATERNA (AYALA, 2006), determina que las madres que adquieren la infección tienen un alto peligro de transmisibilidad mediante la lactancia, principalmente en la fase aguda de la primoinfección, en donde elevada y carecen de anticuerpos (AYALA, 2006), carga viral que tenga la leche materna, la duración de la lactancia, se ha demostrado, la relación lineal entre y en un 3,5% tras 5 meses, el 7% tras 11 meses, el 8,9% en los 17 meses y del 10,3% a los 23 meses (AYALA, 2006), De igual forma depende severidad materna, laceraciones en los pezones, la mastitis y los niveles plasmáticos de Vitamina A La ingesta exclusiva de leche materna o mixta Además se considera, que la alimentación materna aumenta el riesgo en 11% al compararlo con niños alimentados con leche de fórmula MANEJO DE LA GESTANTE INFECTADA Algunos como (CAICEDO, IDARRAGA, PINEDA, & OSORIO, 2009) discurren que los objetivos son el registro para prevenir la progresión materno-fetal, reduciendo el riesgo de toxicidad en la madre y en el producto como también el riesgo de malformaciones en éste (VALDEZ, 2010), reafirma que sin terapia antirretroviral, sin el conocimiento clínica de ella y el recuento de CD4 > o igual de 200 cel/mm (VALDEZ, 2010) Los resultados mostraron que la transmisión fue de 8,3% con

zidovudina Administrada preparto zidovudina a razón de 100 mg vía oral 5 veces al día o; AZT 200 mg vía oral 3 veces al día o; AZT 300 mg vía oral 2 veces al día Administrada intraparto a dosis de AZT 2 mg/kg endovenosa durante una hora, seguida de infusión continua de 1 mg/kg hasta expulsivo Y postparto: neonato dentro de las 8 a 12 horas de nacido en dosis de 2 mg/kg (jarabe) ANTIRRETROVIRAL EN LA GESTACIÓN (Fonseca & Prieto, 2005), antes del parto ZDV 200 mg cada 8 horas VO, iniciar desde semana 14 de gestación y continuar hasta el comienzo del trabajo de parto 300 mg cada 12 horas) INTRAPARTO ZDV infusión de 2 mg/kg en la primera hora y luego 1 mg/kg/hora hasta el parto EMBARAZADAS QUE NUNCA HAN RECIBIDO TRATAMIENTO ARV (Instituto Social, 2016). En mujeres vírgenes a tratamiento, al comienzo de la terapia ARV esquema que incluya dos INRT combinados más un IP con dosis baja de RTV, o un inhibidor de integrasa Cuando una mujer se presenta gestación, debe iniciar sin retraso el tratamiento ARV, para intentar disminuir a lo máximo posible antes del nacimiento la embarazada es desconocida o es >100,000 copias/mL, cerca del nacimiento, se recomienda ARV combinado con tres o cuatro fármacos que pueden incluir Raltegravir (Instituto Social, 2016) (Instituto Social, 2016). Cuando una embarazada portadora del VIH, se presenta en el parto ya ha recibido tratamiento ARV, nevirapina de 200 mg, ya que cruza rápidamente la placenta, además de iniciar Zidovudina/Lamivudina y Raltegravir EMBARAZADAS CON TRATAMIENTO ARV (Instituto Social, 2016), las mujeres que reciben tratamiento ARV combinado y se embarazan, deben continuar recibiendo el tratamiento, más aún si existe supresión efectiva existe el riesgo potencial de defectos del tubo neural (Instituto Social, 2016), los defectos del tubo neural se restringen a las primeras 5 a gestación, tiempo en el cual es difícil reconocer el embarazo, los cambios que ocurren al final de la maternidad se asocian, con falta de supresión virológica aumentando riesgo de transmisión perinatal (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016). Cuando la embarazada sea >1,000 copias/mL y se decide ARV durante la gestación, debe fundamentarse resistencia Los cambios ARV, se deberán basar en la seguridad, efectos adversos y eficacia de cada uno de sus componentes TRANSMISIÓN PERINATAL (BENAVIDES, 2004). El SIDA neonatal, es la infección transmitida, con el virus, al hijo, y lactancia materna Así mismo, que otros agentes infecciosos, PROFILAXIS DEL EXPUESTO (Fonseca & Prieto, 2005). Las recomendaciones se encaminan sobre el procedimiento de la cesárea, una APP, la disminución del período entre la membranas, por lo menos 4 horas y reducir la exposición fetal a (Fonseca & Prieto, 2005), casos se deben ajustar las decisiones dependiendo a las situaciones de cada paciente, no obstante, mayor de 1 000 copias es, porque existe (Fonseca & Prieto, 2005). La cesárea debe hacerse para la semana 38, para disminuir inicio de ruptura pre-madura de membranas, sin embargo del pronosticar un aumento en el compromiso de GUÍA (PEDIATRICA, 2014). La recepción del recién nacido se debe tomar en cuenta las normas de bioseguridad, se debe bañar meticulosamente, quitar los restos de sangre y secreciones maternas, evitar las maniobras de aspiración, cuidar de no lacerar los tejidos, valorar la necesidad de gammaglobulina específica para el recién nacido; inhibir la lactancia materna, realizar hemograma completo medicación (GONZALES & BLAZQUEZ, 2016). AZT=Zidovudina: RNT a término o = 35 semanas, VO: 4 mg/kg/12 horas IV: 1,5 mg/kg/6 horas Iniciar 4-6 Administrar 4 semanas, pasando a oral en cuanto sea posible Entre 30 y =34 semanas: VO: 2 mg/kg/12 horas, oral 2 semanas, luego de 2mg/kg/8 horas, oral hasta las (Si I V: usar 2/3 de la dosis oral=1 5mg/kg/dosis) En < 30 semanas: VO: 2 mg/kg/ 12 horas, oral durante 4 semanas Si IV: 2/3 de la dosis oral DEL RN Y SEGUIMIENTO (Infectología, 2013). La primera muestra de sangre se debe tomar vida, si es positivo, se tomará de inmediato la segunda muestra Para hacer diagnóstico de infección, deben resultar positivos RPC Si primera RPC es negativo, tercera a los 3 DIAGNÓSTICO DEL LACTANTE (MINISTERIO DE SALUD, 2014), requiere el uso de pruebas virológicas, empleo de pruebas de detección de anticuerpos (serología) no determina el etapa de infección en esta población no desaparecen completamente de algunos lactantes (MINISTERIO DE SALUD, 2014). Las dos pruebas virológicas más usadas son las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos: de DNA del VIH-1 y PCR de RNA del VIH-1 La PCR de DNA detecta células asociadas al DNA proviral y la PCR de RNA detecta el RNA del virus en plasma (MINISTERIO DE SALUD, 2014). En nuestro medio contamos con la prueba de PCR de RNA del VIH-1, comúnmente llamada “carga viral” Ambas pruebas tienen de las 4 a haya descartado o confirmado lactante, el estado de VIH del lactante se considera indeterminado y el diagnóstico que se debería manejar en este momento es de “exposición perinatal al VIH” (MINISTERIO DE SALUD, 2014). La infección se puede excluir presumiblemente con dos resultados negativos de las pruebas virológicas, habiendo sido tomado el primero a las 2 o más semanas de vida y el segundo al primer mes o más de edad (MINISTERIO DE SALUD, 2014). En nuestro medio la primera prueba de carga viral se solicita a mes y 57 la segunda prueba a los tres meses dos pruebas virológicas positivas confirman lactante, debiendo iniciar ya el tratamiento antirretroviral cuando la primera prueba es positiva sin tener que esperar segunda prueba (MINISTERIO DE SALUD, 2014). La prueba de ELISA de cuartía generación o la prueba de WESTERN BLOT se realiza con el fin de confirmar la pérdida de la transferencia pasiva de anticuerpos maternos, o descartar transmisión por lactancia materna mayores el diagnóstico definitivo de la infección por el VIH puede hacerse con una prueba de detección de anticuerpos (serología) como se realiza el diagnóstico en el adulto PATOLOGÍA NEONATAL DEL EXPUESTO Las madres infectadas, suelen tener un mejor control prenatal no son consumidoras de drogas existen ciertas patologías que (NOGUERA & DE JOSE, 2012). Las coinfecciones maternas dispuestos de ser transmitidas y/o más frecuentes entre la población femenina con infección VIH, como el herpes genital que suele reactivarse durante el parto; citomegalovirus estudio en recién nacidos de bajo peso para la edad o con síntomas indicativos; sífilis, hepatitis B y C que aumenta el VIH; toxoplasmosis y tuberculosis (NOGUERA & DE JOSE, 2012). Además, la prematuridad más frecuente en las gestantes que reciben TARGA; restricción del crecimiento intrauterino en gestantes de edad avanzada, con complicaciones obstétricas (eclampsia o pre-eclampsia, síndrome HELLP), toxicomanías tabaco, alcohol, opiáceos, cannabis Y en algunas infecciones congénitas toxoplasmosis, citomegalovirus y el propio VIH; malformaciones de ARV CLASIFICACIÓN DE LOS EXPUESTOS (Dirección y ETS, 2016). CLASE N ASINTOMÁTICA: Niños que no presentan signos o síntomas atribuibles a infección CLASE A SÍNTOMAS LEVES: Niños alteraciones enumeradas a continuación, pero sin ninguna de las alteraciones enumeradas en las Clases B y C (Dirección de Sida y ETS, 2016). Linfadenomegalias =0,5 cm en más de dos sitios; si son bilaterales se considera un sitio, hepatomegalia, esplenomegalia, dermatitis, hipertrofia parotídea, infecciones recurrentes o persistentes de vías aéreas superiores, sinusitis, otitis media CONCLUSIONES Del presente trabajo se determinó que existen diversos la población pediátrica, que nacieron portadora de este virus, sean finalmente positivos para la infección Estos factores inherentes están estrechamente madre, los cuales son a nivel social, la edad materna que prevaleció fue de 25-29 años, por otro lado, el estado civil de ellas es la unión libre, cursaron solo la primaria, su ocupación es tanto amas de casa como también agricultoras y viven en zonas rurales Además, a nivel prenatal las madres de los expuestos perinatales, tuvieron al menos más de cinco controles prenatales, la gran parte tuvo VIH al ingreso hospitalario, a su vez consumieron sustancias opiáceas en algún momento de la gestación, la gran mayoría no se realizó TCD4 y También a nivel perinatal se determinó que la gran parte de las madres tuvo parto por cesárea, así como no se evidenció fistula amniótica y episiotomía Así mismo, a nivel posnatal se estableció que las madres de estos niños mantuvieron la lactancia por suplemento de fórmula, la mayoría de los expuestos nació a una edad y peso adecuado A todos los expuestos perinatales en este estudio, se les realizaron pruebas rápidas durante los controles médicos, carga viral en su mayoría, sin embargo TCD4 en ninguno se registró Finalmente la morbilidad que mayormente afecta, a los expuestos son las infecciones gastrointestinales y una menor parte de ellos fallecieron RECOMENDACIONES Este trabajo de titulación permite tomar las siguientes recomendaciones: Al Hospital Básico Sagrado Corazón De Jesús de Quevedo, que se retomen las consejerías, desde captación de la embarazada con diagnóstico VIH, junto a su pareja sexual, en donde ellos puedan sentir la empatía, seguridad para continuar con sus controles periódico, recibiendo el tratamiento oportuno y prevención para evitar las coinfecciones Además que se tome en cuenta este estudio en la institución, se pueda realizar con un período de más años y así el impacto en esta población sea de mayor magnitud centrar el interés sobre estos niños positivos, que no registran controles médicos periódicos, para evitar infecciones oportunistas, que conlleven a una mala Recomendamos así mismo, a la Universidad Técnica de Manabí, Escuela de Medicina, se tomen en consideración el tema, porque, para conforma la población, se necesitó un período de un año y esto se debe a que estos niños deben tener 18 meses de edad, para confirmar la infección Así se genere más impacto con los resultados obtenidos Al Ministerios de Salud Pública, principalmente a los centros de atención primaria en la salud, que lleven más coberturas a las zonas rurales, y promuevan la prueba de VIH a toda embarazada, en caso que se encuentren con una mujer positiva se inicie la profilaxis para prevención de la transmisión vertical

