

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



TESIS

**FACTORES PERINATALES ASOCIADOS A INFECCIÓN POR VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN RECÍEN NACIDOS**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Josué Gianluiggy Chapoñan Gamarra

ASESOR:

Dr. Marcial Cabrera Ramirez

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: CUIDADOS MATERNOS PERINATALES

CHICLAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres mi madre Rosa Mercedes gamarra Pinglo y mi padre José Alberto Chapoñan Arbañil, por el gran sacrificio, dedicación, amor y comprensión.

Josué

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme cumplir unos de mis objetivos, siendo mi guía y mi fortaleza, dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas, a mi novia Sheyla y a mis abuelos Bertha y Eduardo por su gran apoyo.

Josué

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Objetivos	11
1.4. Hipótesis	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases teóricas	14
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. Tipo y diseño de investigación	24
3.2. Población, muestra y muestreo.....	25
3.3. Criterios de selección.....	25
3.4. Variables de estudio y su operacionalización	25
3.5. Métodos, técnicas y procedimientos	27
3.6. Análisis y procesamiento de datos.....	27
3.7. Consideraciones éticas	27
4. RESULTADOS	29
5. DISCUSIÓN	32
6. CONCLUSIONES.....	34
7. RECOMENDACIONES	35
8. BIBLIOGRAFÍA	36
9. ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Madres que presentan VHI.....	25
Tabla 2. Factores maternos de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.....	29
Tabla 3. Factores obstétricos de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.....	30
Tabla 4. Factores posnatales en la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.....	31

RESUMEN

En la presente investigación titulada: Factores perinatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos, tuvo como objetivo general determinar los factores perinatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque.

Fue un estudio de enfoque cuantitativo, su finalidad fue básica, su alcance fue descriptiva y el periodo fue prospectivo, con un diseño no experimental, tuvo una población de 42 historias clínicas de los bebés recién nacidos de madres con infección de inmunodeficiencia, lo que señaló que la muestra es igual a la población.

Las conclusiones más relevantes fueron la asociación a factores maternos: el total de historias, con alta carga viral y antecedentes de pareja infectada con VIH. Los factores obstétricos asociados fueron, parto vaginal, rotura prematura de membrana; y diagnóstico definitivo de corioamnionitis; finalmente factores posnatales asociados fueron: el registro de madres que recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) y el inicio de alimentación complementaria al recién nacido.

Palabras clave: Infección, VIH, recién nacidos, Factores perinatales.

ABSTRACT

The general objective of this study entitled: Perinatal factors associated with human immunodeficiency virus infection in newborns, was to determine the perinatal factors associated with human immunodeficiency virus infection in newborns at the Lambayeque Regional Hospital.

It was a quantitative approach study, its purpose was basic, its scope was descriptive and the period was prospective, with a non-experimental design, it had a population of 42 clinical histories of newborn babies born to mothers with immunodeficiency infection, which indicates that the sample is equal to the population.

The most relevant conclusions were the association with maternal factors: the total number of records, with high viral load and history of HIV-infected partner. The associated obstetric factors were: vaginal delivery, premature rupture of membranes, and definitive diagnosis of chorioamnionitis; finally, the associated postnatal factors were: the record of mothers who received antiretroviral treatment (ART) and the initiation of complementary feeding of the newborn.

Key words: Infection, HIV, newborns, perinatal factors.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Revista Chilena de Pediatría informa que la efectividad del TAR (terapia antirretroviral) ha mejorado clínica e inmunológicamente (del 11% al 70% en niños en estadio 1, y del 67% al 8% en niños en estadio 3) y virología (la carga viral no puede detectarse 6 meses antes del tratamiento antiviral), reduciendo así la infección y la muerte. En el 2014, cinco de las primeras niñas detectadas estaban embarazadas y sus hijos no estaban infectados con el VIH por PPTV cuando nacieron. A pesar de estos avances, aún quedan desafíos por resolver. Uno de ellos es lograr la eliminación del VIH, una meta establecida por la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas (ONU) (1).

En México, la cesárea electiva reduce el riesgo de una prueba reactiva para VIH en el neonato. Los 93% de los neonatos obtenidos por cesárea resultaron negativos a la prueba rápida de VIH. Todos los recién nacidos por vía vaginal tuvieron una prueba rápida reactiva a VIH, incluso con carga viral suprimida. Lo ideal es que al momento del nacimiento de su hijo la mujer con VIH tenga carga viral indetectable. Cuando no es así se sugiere optar por la cesárea electiva como indicación absoluta. Las mujeres con VIH no diagnosticado y amamantando a sus hijos aumentan el riesgo de transmisión de la infección del 4% al 22%; esto variará según la carga viral en la leche materna y la duración de la lactancia (2).

Según la OMS. En 2017, alrededor de 2,5 millones de niños fallecieron en el primer mes después del nacimiento, lo que representa el 47% de los fallecimientos entre los menores de 5 años. Esta cifra se ha expandido desde el 40% en 1990. En 2015, la cantidad de niños antes del nacimiento era generalmente equivalente a la cantidad de fallecimientos. Desde 1990, el mundo ha avanzado considerablemente en la resistencia de los jóvenes. En todo el mundo, la cantidad de fallecimientos de bebés se redujo de 5 millones en 1990 a 2,5 millones en 2017 (3).

En África, en realidad tiene la tasa de mortalidad más elevada para los niños menores de 5 años), el alcance de los fallecimientos de bebés es

moderadamente bajo (37%). Por el contrario, en Europa, donde la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es la menor, el 54% de los fallecimientos de niños menores de 5 años ocurren en el período neonatal. La mayoría de los fallecimientos de bebés (75%) ocurren en el período principal de siete días de vida y aproximadamente 1, 000,000 de bebés muerden el polvo dentro de las primeras 24 horas de vida. El trabajo prematuro, las complejidades relacionadas con el nacimiento (contando la asfixia perinatal), las enfermedades neonatales y las entregas de nacimientos fueron las principales fuentes de fallecimiento neonatal en 2016 (4).

Gómez O. En España, la enfermedad del VIH ha sido vista como un flagelo mundial salvaje. Es una contaminación persistente y cuando no se trata causa una alta tasa de mortalidad. Para las Naciones Unidas, el control de las nuevas contaminaciones por VIH ha sido uno de los objetivos subyacentes en la batalla contra la pandemia. Hoy, el nuevo arreglo mundial para los jóvenes será eliminar las nuevas contaminaciones en los niños y mantener con vida a sus madres. Una metodología llamada "Empiece libre, manténgase libre de SIDA". La bóveda epidemiológica distribuida por ONUSIDA mide que, hacia finales de 2017, 36,9 millones de personas en total estaban infectadas por el VIH, la mayoría de ellas en África subsahariana (25,8 millones), de las cuales 1,8 millones eran niños y jóvenes (<15 años) (5).

La presente investigación se justifica y tiene valor científico porque más del 90% de los casos de infección por VIH en niños ocurre a través de transmisión vertical, adquiere gran relevancia en la prevención de la infección pediátrica la incorporación de medidas terapéuticas que disminuyen el riesgo de esta transmisión, tanto durante el embarazo como en el postparto, pero fundamentalmente durante el trabajo de parto y parto, que como ya se ha señalado es el período de mayor riesgo. Entre estas medidas destaca el Protocolo 076, estudio del AIDS Clinical Trial Group de Estados Unidos y Francia que comparan la transmisión vertical en mujeres embarazadas VIH positivo.

La investigación tiene implicancia social porque el estigma y la discriminación que a menudo provoca la infección por VIH pueden ser motivo de exclusión social y aislamiento de los neonatos. Los recién nacidos cuyas familias están

afectadas por el VIH/SIDA sufren problemas emocionales y psicológicos en el hospital y fuera del peligro que corren los niños y niñas de contraer el VIH aumenta cuando no reciben suficiente protección, como en las situaciones de explotación sexual, trata, violencia, conflictos armados, reclutamiento en las fuerzas y grupos armados, desplazamiento, detención y prisión, matrimonio adolescente y mutilación genital femenina.

La relevancia económica del estudio está relacionada con las penurias económicas debidas a la incapacidad de trabajar de los padres que pueden empujar a realizar gastos sobre dimensionado en medicamentos y otros procedimientos médicos. Con frecuencia, también recae sobre ellos la carga de atender a otros familiares enfermos. Los recién nacidos quedan expuestos a múltiples infecciones extrahospitalarias que puedan conllevar a hospitalizaciones frecuentes. La investigación es importante porque puede proponer protocolos de manejo asistencial relacionado a la infección por VIH en neonatos nacidos en este hospital; el cual actualmente carecen de procedimientos uniformes y consensuados para tratar esta patología.

A nivel Institucional, en el año 2017, el 46% de las muertes de menores de 1 año correspondieron a recién nacidos (es decir, se produjeron en los primeros 28 días de vida, también conocidos como periodo neonatal); hace pocos años el porcentaje era 40%; en el mundo fallecieron 2,6 millones de niños en su primer mes de vida (aproximadamente 7000 al día); de ellos, un millón falleció el primer día de vida, y otro millón en los 6 días siguientes. El hospital en estudio tiene múltiples carencias con respecto al diagnósticos y tratamientos de estos casos; comenzando con la oferta de médicos especialistas en neonatología, infectólogos y personal de enfermería especializado. Adicionalmente se presenta grandes problemas con los exámenes laboratoriales los cuales demoran por la falta de reactivos y finalmente terminan con un diagnóstico tardío que muchas veces incrementa la mortalidad.

Finalmente cabe resaltar el aspecto emocional de la madre, la cual se siente discriminada debido a la enfermedad.

1.2. Formulación del problema

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en recién nacidos prematuros representa un riesgo cada vez menor en los servicios de neonatologías de hospitales de alta complejidad; toda vez que las detecciones de cargas virales tanto en el niño como en la madre se realizan o son de mayor sensibilidad; por todo ello siempre puede ser potencial la aparición de la enfermedad especialmente en aquellos partos verticales en donde el feto o recién nacido atraviesa el canal vaginal. De tal manera se plantea la siguiente interrogante; ¿En qué medida los factores perinatales se encuentran asociados a la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del hospital regional Lambayeque de 2016 al 2018?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores perinatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Objetivos específicos

Identificar los factores maternos asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Identificar los factores obstétricos asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Establecer los factores posnatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

1.4. Hipótesis

Este estudio tiene una hipótesis implícita

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En España; Payá A. en la tesis, el tipo de investigación fue cuantitativa con un diseño no experimental de corte transversal; la conclusión es que la mitad de la tasa de transmisión perinatal del VIH fue de 12,8% durante 1995-2005, 11,5% durante 2005-2010 y 6% durante 2010-2015. El pequeño número de niños infectados nos impide establecer un vínculo significativo entre el tratamiento y la transmisión vertical, pero se ha observado que esta última tiene cierto efecto protector sobre la transmisión del VIH durante el período perinatal. Por lo tanto, el desarrollo de la transmisión vertical en este estudio es beneficioso y la introducción de la terapia antirretroviral, la cesárea selectiva y un mejor control del embarazo han contribuido a ello (6).

En México; Melchor M. En la investigación, la metodología fue observacional, descriptivo y transversal. La conclusión es que la paciente debe ser informada de su estado y debe ser verificada localmente mediante el método EIA (ELISA), si el resultado es positivo debe enviarse para diagnóstico y confirmación. "No válido": Independientemente del resultado de la prueba, la zona de control siempre debe estar en el área de control. Si la zona de control no es visible, el resultado se considera inválido. La prueba debe repetirse con equipo nuevo (7).

En Honduras; Pineda R. En su tesis, el tipo de investigación que se utilizó descriptivo- retrospectivo, con un diseño descriptivo. La conclusión es que el acceso a la terapia antirretroviral (ARV) puede reducir la mortalidad de los niños diagnosticados con el VIH. Se recomienda que todos los trabajadores de la salud que atienden a niños sigan creando conciencia sobre el VIH para garantizar un diagnóstico temprano de la infección y un tratamiento antirretroviral oportuno (8).

En Ecuador; Fierro C. En su investigación, el tipo de investigación utilizada cuantitativa con un diseño descriptivo de carácter transversal; La conclusión es que el riesgo de transmisión vertical no se ha mantenido en todos los casos reportados de madres adolescentes. Otra conclusión más relevante es que de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se utilizaron regímenes de tratamiento en todos los casos reportados. Se recomienda no

amamantar (las madres que estén considerando amamantar a sus bebés deben conocer su estado serológico) (9).

A Nivel Nacional; Reyes M. En su tesis, el tipo de investigación Fue una investigación científica, de próxima aparición, de observación transversal creada a nivel público. Se presume que gran parte de las gestantes atendidas en el consultorio de atención médica del MINSA en 2015 obtuvieron educación auxiliar o avanzada, su estado conyugal era convivir y en todo caso consiguieron una visita de la APN en un consultorio de atención esencial siendo evaluado para VIH con mayor recurrencia en el segundo trimestre gestacional (10).

Silva J. En su exploración, el tipo de examen atractivo, de revisión, transversal y sin prueba. El final es que debe notarse que, en esta investigación, las complejidades de las mujeres embarazadas contaminadas con VIH recordaron la enfermedad del tracto urinario en un 35%, seguidas por el transporte prematuro en un 20%, la extracción del feto sin restricciones en un 16%, el parto prematuro socavado en un 9%, hipertensión 6% de la enfermedad y la tasa de mortinatos es algo muy similar, 3%, alta post embarazo y desarrollo uterino diferido (11).

Mamani L. En su propuesta; El tipo de examen fue Descriptivo, Retrospectivo, transversal, estudio sin ensayo. El final es que en algún lugar del rango de 2012 y 2016, los enredos fundamentales de las mujeres embarazadas con VIH-SIDA en el Hospital Auxiliar María son: deficiencia de hierro (34,80%), peligro de parto prematuro (31,20%), extracción del feto sin restricciones (21, 00%), contaminación de la parcela urinaria (5,10%), limitación del desarrollo intrauterino (3,60%) y diferentes complejidades (4,30%) (12).

Rojas L. En su investigación, el tipo de investigación utilizada fue no experimental transversal de diseño correlacional. La conclusión es que en el primer trimestre el 4% de las embarazadas tiene un nivel alto de conocimiento, el 76% del nivel normal de conocimiento y solo el 20% del nivel malo. En cuanto a la actitud, el 72% de las personas estuvo de acuerdo y solo el 28% se opuso. Se concluye que existe asociación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH durante el embarazo y la actitud de someterse a la prueba rápida del VIH ($p = 0,014$). Esta

investigación promueve ejercicios saludables a través de folletos, panfletos, imágenes inspiradoras y carteles para motivar a las mujeres embarazadas a hacerse la prueba del VIH rápidamente; para que pueda tratar mejor el examen (13).

2.2. Bases teóricas

Según Carvajal, et al (14) Señala que el recién nacido es un niño menor de 28 días. Los primeros 28 días de vida son aquellos que presentan mayor riesgo de muerte para el niño. Por lo tanto, se debe brindar una nutrición y un cuidado adecuados durante este período para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y sentar las bases para una vida saludable.

La transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana; Según Carvajal et al (14) al igual que otros agentes infecciosos, el virus de la inmunodeficiencia humana puede atravesar la placenta, la colonización fetal durante el parto y propagarse al feto en el útero a través de la leche materna. Para comprender cuáles son los principales factores de riesgo para la transmisión vertical, debemos comprender las principales rutas de transmisión del virus y la importancia de cada ruta.

Entre ellas tenemos:

Transmisión transplacentaria: Huamán B, et al (15), desde que comenzó la propagación de esta enfermedad se conoce el mecanismo de transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana. En los estudios de Lapointe y Jovaisas se comprobó la existencia del virus de la inmunodeficiencia humana en tejido fetal. Este es el primer bebé prematuro de 28 semanas cuya madre fallece en la etapa terminal dos horas después del parto Inmunodeficiencia adquirida síndrome. Y el segundo del feto de una madre seropositiva en 20 semanas. Después de obtener esta evidencia y otras pruebas de seguimiento, todos los autores aceptaron la vía de transmisión placentaria.

La transmisión placentaria puede ocurrir de tres formas diferentes: a través de la transferencia libre del virus en el caso de antigenemia materna positiva, la transferencia de linfocitos o macrófagos portadores del provirus en el material

genético de la madre al feto, y la primera infección a través de la placenta y posterior transmisión fetal. Involucra a las llamadas células de Hofbauer (macrófagos placentarios) debido a su alta concentración en la placenta y al receptor CD4 en su membrana (15).

Transmisión intraparto: Human B, et al (15) Este tipo de transmisión ocurre cuando el feto pasa por el canal del parto. El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado de las secreciones vaginales de mujeres infectadas y se ha encontrado que hasta el 3% de los linfocitos contienen antígenos p-17 y p-24 en estas secreciones. El parto es otro factor considerado como vía de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana.

Asimismo, Huamán B, et al (15) Otra evidencia que demuestra que este método es muy importante es que el 50% de los recién nacidos infectados en la primera semana después del nacimiento no tienen virus en su sangre periférica, y la cesárea selectiva reduce la transmisión vertical y Zidovudina transmite regularmente niveles bajos en las últimas semanas del embarazo, administrado a las madres durante el parto y los recién nacidos, hay dos patrones de progresión de la enfermedad en los recién nacidos infectados y no hay malformaciones congénitas que puedan ser causadas por virus de acción directa en las primeras etapas de acción en el embarazo.

Transmisión a través de la lactancia materna: El Virus de Inmunodeficiencia Humana ha sido aislado en la fracción celular del calostro humano. La posibilidad de transmisión vertical de la infección mediante lactancia ha sido demostrada en aquellos casos en los que la infección materna ha sido adquirida por transfusión en el postparto, presentando el neonato posteriormente seropositividad. Algunos autores indican la posibilidad de que puedan existir determinados factores que favorezcan la transmisión del virus a través de la leche materna. Así, la presencia de células infectadas o el déficit de sustancias antiinfecciosas en la leche, o ambos factores, pueden facilitar esta transmisión (15).

Según Kalish, et al (16) Las pruebas de laboratorio para tamizaje de VIH son: Prueba Rápida para VIH (PR) y ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISA), los resultados se informan como reactivo o no reactivo según

corresponda. Y las pruebas confirmatorias (IFI, LIA, WB para VIH) se informan como positivas o negativas o indeterminadas según sea el caso.

El seguimiento de toda niña/o expuesto al VIH, se hace hasta conocer su estado serológico a los 12 meses de edad (prueba de ELISA) o hasta confirmar o descartar el diagnóstico con PCR DNA VIH. Toda niña o niño expuesta/o al VIH se le debe de realizar obligatoriamente la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCRDNA-VIH) al primer mes y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectada/o Se debe solicitar adicionalmente luego del 6° mes hasta el año de vida una prueba adicional de reacción de cadena polimerasa (PCRDNA-VIH) ante la posibilidad de que la madre pueda haberle dado a su niño lactancia mixta (lactancia materna + sucedáneos de leche materna) (17).

El tratamiento antirretroviral y manejo de la gestante; con fines de establecer el tratamiento de la gestante para prevenir la transmisión vertical, se definen 3 escenarios: Escenario 1 (VIH-E1): gestante que por primera vez se le diagnostica la infección por VIH durante la atención prenatal o con diagnóstico previo que no recibe TARGA. Manejo antirretroviral en la gestante: se iniciará terapia antirretroviral triple desde las 14 semanas de gestación en adelante. Se solicitará los estudios de CD4 y Carga Viral conjuntamente con la prueba confirmatoria de ser necesario (18).

Muñoz. Et al (18) El inicio de la terapia antirretroviral no está condicionado a la recepción de los resultados de CD4, Carga Viral o confirmación VIH de la gestante. El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV) o TDF 300 mg vía oral cada 24 horas o 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas o EFV 600 mg vía oral cada 24 horas. El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.

El manejo del parto existe varios tipos como:

Cesárea; para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, para lo cual será programada oportunamente, el día del parto la gestante independientemente del esquema que reciba, se le administrará Zidovudina

(AZT) por vía endovenosa. La dosis recomendada es: 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión. Continuar a 1 mg/Kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical. Se recomienda preparar una infusión de 400 mg de AZT en 500 c.c. de Dextrosa al 5% y administrar 200 cc la primera hora y 100 cc las horas siguientes hasta que la puérpera tolere la vía oral (19).

De no estar disponible Zidovudina (AZT) endovenosa se podrá usar la vía oral, administrándose 300 mg de AZT 4 horas antes de la hora programada de cesárea y se repite cada 3 horas hasta el momento del parto. Las cesáreas electivas siempre deben ser planificadas y ejecutadas en los establecimientos de salud con capacidad resolutive para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal. Los servicios de salud, según su capacidad resolutive, deben establecer la referencia oportuna de la gestante con VIH o probable VIH, al establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, para la realización de la cesárea electiva o de emergencia de ser el caso previa coordinación (19).

Para Chinarro M (19) la extracción de la recién nacida o nacido se debe procurar mantener las membranas amnióticas íntegras, realizar el cambio de guantes y de campos operatorios antes de la ruptura de membranas amnióticas y extracción del recién nacido evitando el contacto de secreciones y fluidos de la madre con la recién nacida o nacido. Se debe pinzar el cordón umbilical, sin ordeñar, inmediatamente de producido el parto. Se puede utilizar profilaxis antibiótica luego de pinzado el cordón umbilical de acuerdo a protocolos establecidos para minimizar los riesgos de infección por la cirugía. No se necesita aislar a la mujer infectada por VIH, pudiendo la mujer y su recién nacido estar en alojamiento conjunto.

Vía vaginal; excepcionalmente la vía vaginal está indicada, cuando se presente una de las siguientes condiciones, la dilatación > de 4 cm, Membranas amnióticas rotas

Están contraindicados todos los procedimientos invasivos (tales como: amniotomía, uso de fórceps o vacuum, tomas de muestras vaginales, otros), así como evitar en lo posible las episiotomías, y los tactos vaginales repetidos. Evitar

que la gestante con VIH o probable VIH permanezca con las membranas amnióticas rotas por más de cuatro horas en un trabajo de parto prolongado, estando indicado el uso de oxitócicos para inducir el trabajo de parto. Para la profilaxis antirretroviral en el parto vaginal inminente, se procede de igual forma que lo indicado para el caso de parto por cesárea. Siempre que sea posible, mantener las membranas amnióticas intactas hasta antes del periodo expulsivo. Después de la expulsión del feto realizar inmediatamente el pinzamiento del cordón umbilical sin ordeñar (19).

La atención del parto vaginal por el profesional de salud capacitado será con la gestante en posición horizontal, para evitar posible contaminación de la niña o niño, con secreciones o fluidos maternos. Evitar en lo posible la contaminación del recién nacido/a con secreciones o fluidos maternos. Inmediatamente luego del parto bañar al recién nacido con abundante agua templada y jabón. Realizar el secado con una toalla suave para evitar laceraciones en la piel del niño. Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas. Está contraindicada la lactancia materna y la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer). Se indicará sucedáneos de leche materna y se iniciará la alimentación correspondiente (19).

Chinarro M (19) El recién nacido, de madre que recibió terapia triple que incluyó Zidovudina (AZT) como parte de su esquema, recibirá AZT a una dosis de 4 mg/kg de peso vía oral cada 12 horas por cuatro semanas. El recién nacido, de madre que recibió terapia por menos de 4 semanas, recibirá AZT 4 mg/kg de peso vía oral cada 12 horas por seis semanas. El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 6 horas de vida, hasta un máximo de 24 horas de nacido.

Escenario 2 (VIH-E2): gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes de su embarazo. El manejo antirretroviral en la gestante; toda gestante viviendo con VIH que recibe TARGA desde antes del embarazo, recibirá la atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y continuará con el tratamiento que venía recibiendo (19).

Ovalle A (20). En caso de que el Efavirenz sea parte del esquema de tratamiento, éste será continuado si la gestante tiene carga viral indetectable. Si la carga viral es detectable, la paciente debe ser referida para evaluación del infectólogo, quien definirá el esquema antirretroviral a seguir. El tratamiento antirretroviral que venía recibiendo se continuará durante el embarazo y después de producido el parto, y será derivada al equipo multidisciplinario de manejo del TARGA adulto. El manejo del parto, se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIHE1). El manejo del recién nacido expuesto al VIH. Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIHE1). Escenario 3 (VIH-E3): gestante VIH diagnosticada por primera vez durante el trabajo del parto.

Acosta D, et al (21) El manejo antirretroviral durante el trabajo de parto, toda gestante diagnosticada por Prueba Rápida o ELISA durante el trabajo de parto firmará consentimiento para el uso de antirretrovirales. El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV) más Zidovudina (AZT) endovenosa. La gestante diagnosticada recibirá: TDF 300 mg vía oral cada 24 horas; 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas; EFV 600 mg vía oral cada 24 horas; y AZT por vía endovenosa.

La dosis recomendada es: 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión. Continuar a 1 mg/Kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical. El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos (21)

Thomas PA (22) señala que el manejo del parto; la terminación del parto será vía abdominal (cesárea), teniendo en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento que recibe a la gestante en trabajo de parto y la posibilidad de referirla. Sólo si la gestante llegara al establecimiento con una dilatación mayor de 4 cm y/o membranas rotas, la terminación del parto será vía vaginal; salvo exista una indicación obstétrica para la culminación por vía cesárea. La episiotomía debe ser evitada en la medida que sea posible y la ligadura del cordón umbilical debe hacerse sin ordeñar.

Manejo del recién nacido expuesto al VIH, inmediatamente luego del parto lavar al recién nacido con abundante agua y jabón. Realizar el secado con una toalla muy suave para evitar laceraciones en la piel del niño. Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas. Se prohíbe la lactancia materna y se indicará sucedáneos de leche materna. También está contraindicada la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer). El recién nacido recibirá o Zidovudina (AZT) 4 mg/kg vía oral cada 12 horas por 6 semanas y o Nevirapina (NVP) 12 mg/día; en tres dosis por vía oral: al nacimiento, 3° día y 7° día de vida. El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 6 horas de vida hasta un máximo de 24 horas de nacido (22).

Según Winer N (23) Las características clínicas, Sexo: conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. Edad gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Los recién Pre- términos: nacidos antes de la semana 37. Post- términos: nacidos después de la semana 42.

Características epidemiológicas; tipo de parto: modalidades por las que puede nacer el producto de la gestación al término del embarazo, en algunos casos antes de las 40 semanas. Parto eutócico: Parto que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental. Parto distócico: Parto anormalmente lento o laborioso por causa fetal o materna. Profilaxis: Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades (23).

Estos autores Cooper ER, et al (24) afirma que las características diagnósticas; PCR: La reacción en cadena de la polimerasa es una técnica de biología molecular que sirve para amplificar un fragmento de ADN; para identificar con una muy alta probabilidad, virus o bacterias causantes de una enfermedad, identificar personas (cadáveres) o hacer investigación científica sobre el ADN amplificado. ELISA: ensayo por inmuno adsorción ligado a enzimas, es una técnica de inmuno ensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta

mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable, como cambio de color o algún otro tipo; se usa para determinar si un anticuerpo particular está presente en la muestra de sangre de un paciente.

La infección de VIH materna y perinatal; Connor EM, et al (25) este virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que infecta linfocitos T del sistema inmunitario, causando una reducción progresiva de su número y con el tiempo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La infección por el VIH es una enfermedad pandémica que afecta a más de 2,5 millones de niños en todo el mundo. La mayoría de los niños son infectados durante el período periparto.

Se calcula que, en ausencia de intervención en poblaciones que no amamantan del seno, el momento en que ocurre la transmisión del VIH de la madre a su hijo es cerca de 50% de los casos entre el final del tercer trimestre (desde las 36 semanas de gestación), durante trabajo de parto y en el parto. El aumento de la prevalencia de las embarazadas VIH positivas que exponen a sus hijos a esta infección se debe a dos factores: Aumento constante de la incidencia de infección por el VIH en las mujeres, mayor esperanza de vida de las mujeres infectadas, como resultado del tratamiento (25).

Hay varios factores asociados con el riesgo de transmisión vertical. Estos factores pueden dividirse en aquellos asociados con transmisión materna, obstétrica o posnatal. Materna o SIDA materno avanzado, o recuentos de CD4 prenatales maternos menores de 200 células/mm³ y altas cargas víricas en plasma materno. Riesgo obstétrico o parto vaginal o duración de la rotura de membranas o corioamnionitis y parto pretérmino, posnatal o lactancia materna (Está asociada a una duplicación de la tasa de transmisión del VIH), sin tratamiento, 15% – 25% de los nacidos de madres infectadas por el VIH, independientemente de la lactancia materna, contraerán el VIH. Además, hasta un 12%– 14% adicional contraerá posteriormente la infección, si sus madres los amamantan (25).

Mofenson LM (26) Las pruebas de laboratorio para tamizaje de VIH son: Prueba Rápida para VIH (PR) y ELISA, los resultados se informan como reactivo o no

reactivo según corresponda. Las pruebas confirmatorias (IFI, LIA, WB para VIH) se informan como positivas o negativas o indeterminadas según sea el caso. En el caso de resultar reactiva la prueba para VIH el manejo debe ser realizado en el mismo establecimiento por el profesional responsable de la atención (Infectólogo, Ginecólogo -Obstetra, Médico/a General, Obstetra u otro profesional de la salud, de acuerdo a niveles de atención), según flujo grama de atención a la gestante y puérpera VIH o probable VIH.

En caso de parejas serodiscordantes, con gestantes seronegativas se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses. Se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la consejería. La pareja, seropositiva deberá recibir tratamiento antirretroviral, independientemente de los criterios de inicio de TARGA y se debe asegurar el uso de preservativos. No se inicia tratamiento antirretroviral en gestantes seronegativas (26).

El establecimiento de salud debe cumplir con realizar el seguimiento de toda niña/o expuesto al VIH, hasta conocer su estado serológico a los 12 meses de edad (prueba de ELISA) o hasta confirmar o descartar el diagnóstico con PCR DNA VIH.

5) El seguimiento de todo niño/a hijo/a de madre con VIH, hasta el año de edad o hasta definir el estado serológico, estará a cargo de la Estrategia Sanitaria de ITS, VIH/SIDA del establecimiento, a través de las consejeras educadores de pares (26).

Watts DH (27) señala que las pruebas confirmatorias; las pruebas confirmatorias para VIH (WB, LIA, [FI), serán procesadas en el laboratorio de referencia nacional o en los laboratorios de la Red de referencia de laboratorios establecidos por el Instituto Nacional de Salud (INS). Toda niña o niño expuesta/o al VIH se le debe de realizar obligatoriamente la prueba de reacción de cadena polirnerasa (PCR-DNA-VIH) al primer mes y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectada/o por el VIH. Se debe solicitar adicionalmente luego del 6° mes hasta el año de vida una prueba adicional de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) ante la posibilidad

de que la madre pueda haberle dado a su niño lactancia mixta (lactancia materna + sucedáneos de leche materna)

La confirmación de los resultados reactivos para VIH es responsabilidad de los laboratorios referenciales de cada región y del laboratorio del INS, según corresponda. Es necesario tener en cuenta lo siguiente: La obtención y envío de las muestras necesarias para la confirmación de los casos debe ser oportuna, adecuada y de calidad; y es responsabilidad del Laboratorio del establecimiento. Las muestras obtenidas deberán cumplir las normas de conservación y además ser rotuladas como "gestantes" y ser enviadas al laboratorio donde se procesarán las pruebas confirmatorias (INS u otro laboratorio de la red) y los resultados estarán disponibles para el médico tratante en el portal de Internet en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles luego de su recepción, en el sistema NETLAB (27):

Las muestras para POR-DNA-VIH (sangre total - EDTA) deben ser enviadas por el laboratorio del establecimiento en un plazo no mayor de 24 horas luego de su obtención al INS y los resultados estarán disponibles para el médico tratante en un máximo de treinta 30 días hábiles a través del sistema NETLAB.

Las indicaciones y recomendaciones para la conservación y transporte de las muestras, se sujetarán a lo dispuesto por el Instituto Nacional de Salud (27).

Registro del tamizaje; García R, et al (28) El resultado de las pruebas de tamizaje VIH y sífilis, deberán estar registrados en la historia clínica y en el carné perinatal de la paciente. Los resultados reactivos, además se anotarán en el Formato o registro de atención y seguimiento de pacientes; El registro del tamizaje para VIH y Sífilis de todas las gestantes, puérperas y niños es obligatorio, siendo responsabilidad de quien realiza la actividad según el nivel de atención.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El enfoque de la investigación fue cuantitativo; la investigación cuantitativa intenta determinar la fuerza de la asociación o correlación entre las variables, la objetividad general de los resultados, al inferir la población general de las muestras. (Hernández et al) (29).

La finalidad de la investigación fue básica; El propósito de este tipo de investigación es aumentar el conocimiento de un tema determinado, y esto no tiene aplicación a corto o mediano plazo en la sociedad (26).

El alcance de la investigación fue descriptiva; explique que la investigación explicativa investiga la incidencia de la modalidad o nivel de una o más variables en la población en estudio (30).

El periodo en el que se capta la información fue prospectivo, una vez determinada la hora de inicio de la investigación, se hizo un seguimiento de la población a lo largo del tiempo, y al analizar la tendencia de cualquier fenómeno, consideraremos revisarlo (en la mayoría de los casos) (30).

El periodo en el que se realizó la investigación es transversal; Se define como un estudio observacional que puede analizar datos variables recopilados en una muestra de población o un subconjunto predefinido durante un período de tiempo (30).

El tipo de inferencia de la investigación fue deductivo e inductivo; Tanto el método inductivo como el deductivo son estrategias de razonamiento lógico, los métodos inductivos utilizan premisas específicas para sacar una conclusión general y los métodos deductivos utilizan principios generales para sacar una conclusión específica. Ambos métodos son importantes para la generación de conocimiento (30)

El diseño de la investigación fue no experimental, esto se hace sin manipulación deliberada de variables. Se basó fundamentalmente en la observación de que el fenómeno ocurre en el medio natural para su posterior análisis (30).

3.2. Población, muestra y muestreo

Población:

En este caso nuestra población fueron las historias clínicas de recién nacidos con infección por virus de inmunodeficiencia humana registrados en los tres últimos años desde 2016- 2018.

Tabla N° 1: Recién nacidos con VIH

Año	N° de recién nacidos
2016	16
2017	14
2018	12
Total	42

Fuente: Registro de pacientes del HRL

Muestra: Para la selección de elementos muestrales se utilizó el total de la población (muestra censal)

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de recién nacidos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con información incompleta
- Historias clínicas de recién nacidos de madres no infectadas
- Historias clínicas de recién nacidos cuyas madres fallecieron con diagnóstico VIH en el hospital de estudio.

3.4. Variables de estudio y su operacionalización

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo	Escala
Factores Perinatales asociados a Infección por virus de inmunodeficiencia humana	La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión materno infantil.	Materna	- SIDA materno avanzado.	Cualitativo	Nominal
			- Altas cargas víricas en plasma materno		
		Riesgo Obstétrico	- Parto vaginal	Cualitativo	Nominal
			- Duración de la rotura de membranas		
			- Corioamnionitis		
			- Parto pre término		
		Posnatal	- Lactancia materna (Está asociada a una duplicación de la tasa de transmisión del VIH)	Cualitativo	Nominal

3.5. Métodos, técnicas y procedimientos

Se solicitó el permiso al encargado del establecimiento para la respectiva recogida de datos que se obtendrán durante la investigación y se emitirá la carta de autorización, por medio de la ficha de recolección de datos (Anexo 1). Después de revisar los documentos con el consultor, se utilizaron el programa SPSS 22.0 para ordenar y procesar los documentos en la computadora personal. Las variables obtenidas en la fusión fueron estudiadas y procesadas estadísticamente. La ficha de recolección de datos será validada mediante un juicio de expertos; en el cual verificarán si estuvo correctamente elaborado.

3.6. Análisis y procesamiento de datos

Mediante los métodos de análisis de datos preparo la información obtenida de la exploración se utilizaron el manejo factual de la variante 22 de programación de SPSS y los resultados se manejaron en tablas y gráficos que detallan las frecuencias y las tasas.

3.7. Consideraciones éticas

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de investigación y ética de FAMO.

Asimismo, se basó en principios tales como:

El principio de autonomía: Respetar a los agentes autónomos significa, al menos, asumir que tienen derecho a tener sus propias opiniones, y derecho a elegir y actuar en función de sus valores y creencias personales.

Principio de beneficio: este principio significa que siempre debemos buscar métodos que maximicen los beneficios potenciales y reduzcan los riesgos para los sujetos.

Este principio no perjudicará a las personas involucradas, porque es importante comprender el sistema.

Principio de justicia: Significa que las personas que tienen derecho a la salud deben recibir la misma cantidad y calidad de servicios y recursos. Los participantes en esta investigación conservarán sus identidades y la información recopilada será beneficiosa para la investigación.

4. RESULTADOS

Tabla 1. Factores maternos de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

	Si		No		Total
	N	%	N	%	N
Tiene examen de laboratorio que refleja alta carga viral	42	100.0	0	0.0	42
Tiene antecedentes de drogadicción parenteral	7	16.9	35	83.1	42
Tiene antecedentes de pareja infecta con VIH	32	63.8	11	26.2	42
Tiene antecedentes patológicos de hepatitis B o C.	6	14.3	36	85.7	42
Cuenta baja de linfocitos CD4 en la madre	3	7.1	39	92.9	42

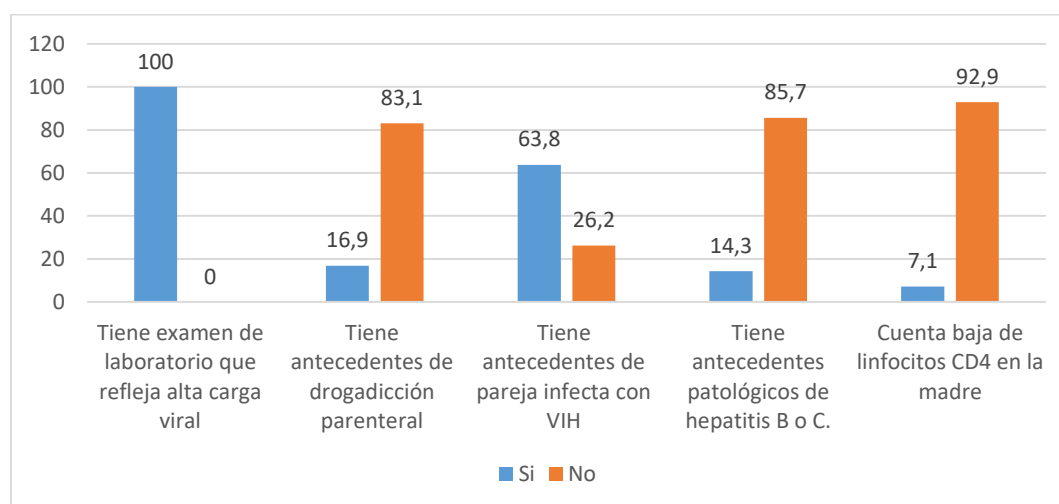


Figura 1. Factores maternos de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Interpretación: Se aprecia que los recién nacidos con infección por virus de inmunodeficiencia humana, un 100% de sus madres tienen examen de laboratorio que refleja alta carga viral, el 16,9% con antecedentes de drogadicción parenteral, con madre con pareja de VIH (63,8%), el 14,3% tiene antecedentes patológicos de hepatitis B o C y el 7,1% cuenta con baja linfocitos CD4 en la madre.

Tabla 2. Factores obstétricos de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Factores Obstétricos	Si		No		Total
	N	%	N	%	N
Parto vaginal	41	97.6	1	2.4	42
Parto por cesárea	1	2.4	41	97.6	42
Rotura prematura de membrana	29	69.0	13	31.0	42
Diagnóstico definitivo de corioamnionitis	24	57.2	18	42.8	42
Antecedentes de parto pre termino	14	33.3	28	66.7	42
Antecedentes de otras infecciones maternas	10	23.8	32	76.2	42

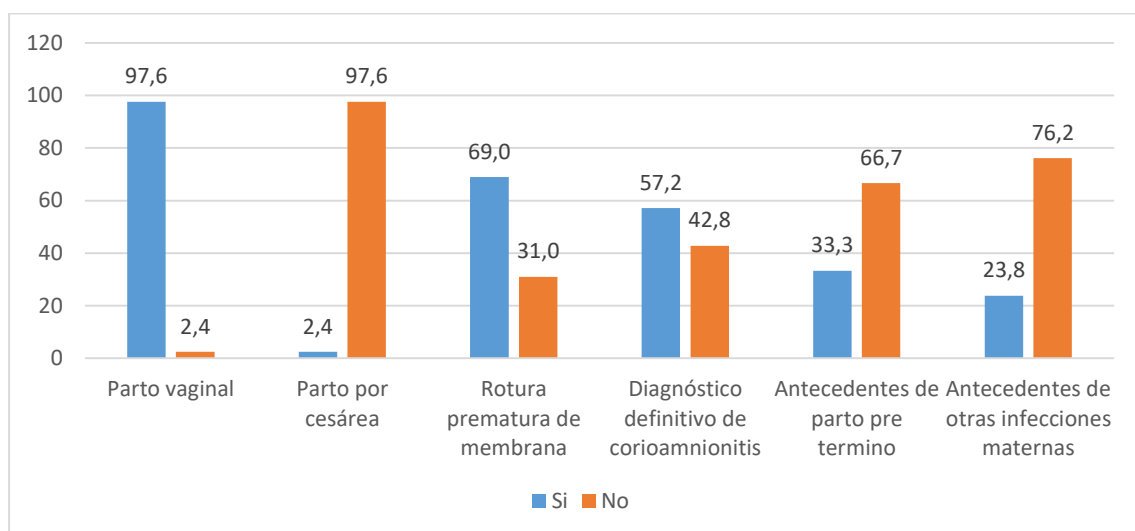


Figura 2. Factores obstétricos asociados a la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Interpretación: Se aprecia que el 97,6% de los recién nacidos con VIH nacieron por parto vaginal, el 2,4% de madres tuvieron parto por cesárea, el 57,2% diagnóstico definitivo de corioamnionitis, el 69% rotura prematura de membrana, mientras el 33,3% cuentan con antecedentes de parto pre termino y el 23,8% cuentan con antecedentes de otras infecciones maternas.

Tabla 3. Factores posnatales en la infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Posnatal	Si		No		Total
	N	%	N	%	N
La madre recibe tratamiento antirretroviral (TAR)	42	100.0	0	0.0	42
Lactancia materna exclusiva	0	0.0	42	100.0	42
Alimentación complementaria	42	100.0	0	0.0	42

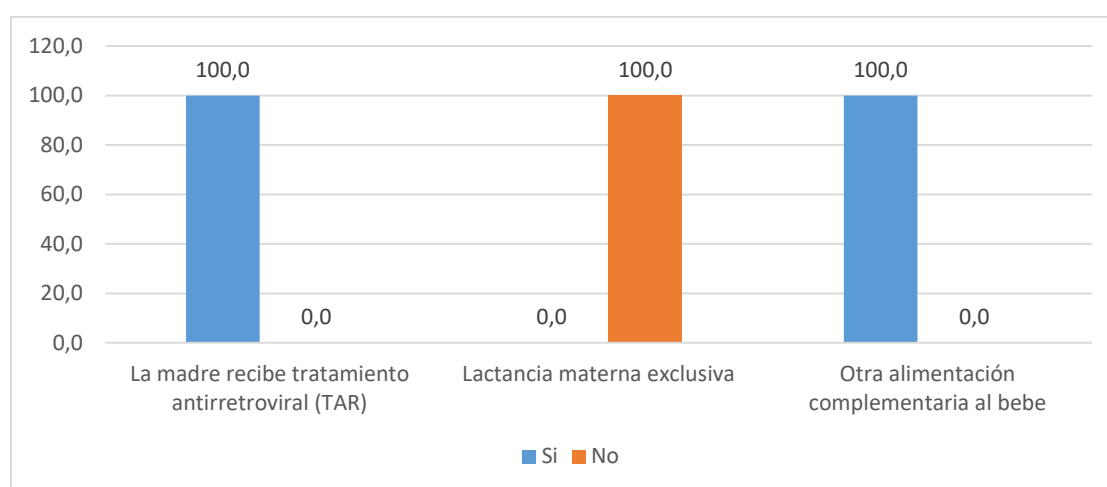


Figura 2. Factores posnatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos del Hospital Regional Lambayeque de 2016 al 2018.

Interpretación: Se observa que el 100% de los recién nacidos con VIH sus madres reciben tratamiento antirretroviral, el 100% de los recién nacidos recibieron alimentación complementaria y no recibieron lactancia materna.

5. DISCUSIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede ser adquirida por transmisión sexual, por exposición parenteral a sangre o derivados y de madres infectadas a sus productos durante el periodo perinatal. El tipo de exposición es uno de los factores que interviene en el riesgo de adquirir la infección, debiendo tomarse en cuenta que la infección por VIH no tiene la alta transmisibilidad de otras enfermedades infecciosas.

La discusión empieza con el análisis de la tabla N°1; con respecto a los factores maternos, el 100% de las fichas evaluadas tuvieron examen de laboratorio que reflejó alta carga viral; el 16.9% registro que las madres tuvieron antecedentes de drogadicción parenteral; por otro lado, el 63.8%, tuvo el antecedente de pareja infectada con VIH, para ir concluyendo el 14.3% registró antecedentes patológicos de hepatitis B o C, finalmente solo un 7.1% se verificó cuentas bajas de linfocitos CD4 en la madre. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Fonseca y Prieto (31) quien afirma que la detección temprana de VIH en las madres facilita el tratamiento antirretroviral oportuno; disminuyendo de manera progresiva la carga viral y disminuyendo las condiciones de contagio. Asimismo, Serri (32) concluye que en las pacientes con recuento de linfocitos CD4 menor de 200/m³ y con antecedente de cualquier patología de hepatobiliar el tratamiento TAR, está indicado de manera escrupulosa.

Asimismo el análisis del segundo objetivo específico, con respecto a los factores obstétricos de los niños cuyas madres se infectaron con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se describen en la tabla N°3; el 97.6% documentó la influencia del parto vaginal; asimismo el 2.4% describió al parto por cesárea como factor obstétrico de la infección, otro dato lo representó: la rotura prematura de membrana (69%), el diagnóstico definitivo de corioamnionitis (57.2%), el antecedentes de parto pre termino (33.3%) y finalmente ante los antecedentes de otras infecciones maternas (23.8%). Estos hallazgos coinciden con Fierro (9) en este estudio señala que el parto vaginal como vía de nacimiento fue uno de los factores que permitió una mayor frecuencia de transmisión del virus. En este aporte, el 80% de los productos fueron obtenidos por parto vaginal. De tal manera que Silva (11) donde señala que el 63 % de los casos de las gestantes tuvo control prenatal

adecuado. El 62 % de los partos fueron a término. El 75 % de las gestantes culminó su embarazo por parto vaginal.

Para ir concluyendo, se discuten los factores posnatales en la documentación clínica de recién nacidos con madres infectadas con VIH; en la tabla N°3, hace referencia que el 100% de las madres reciben tratamiento antirretroviral (TAR); el 100 % de las madres suspendió la lactancia materna, todas ellas optaron por la alimentación complementaria. Estos hallazgos coinciden con Acosta DAM, Marín NM, Andino NA, Beristain JL (21) donde señala que la tasa de transmisión posnatal de VIH por lactancia materna, puede ser hasta del 15% si las mujeres dan leche materna a sus niños por 2 años.

6. CONCLUSIONES

En el Hospital Regional Lambayeque, con respecto a los factores maternos asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana, del total de historias clínicas revisadas; todas ellas refieren exámenes de laboratorio que reflejan alta carga viral y antecedentes de pareja infectada con VIH.

En el Hospital Regional Lambayeque, con respecto a los factores obstétricos asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana, del total de historias clínicas evaluadas los factores asociados más relevantes son: por parto vaginal, rotura prematura de membrana; y diagnóstico definitivo de corioamnionitis.

En el Hospital Regional Lambayeque, con respecto a los factores posnatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana, el total de historias clínicas evaluadas las asociaciones más frecuentes fueron: madres que recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) y el inicio de alimentación complementaria al recién nacido.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la jefatura del servicio de pediatría del Hospital, proporcionar información a las mujeres en edad fértil sobre las enfermedades de transmisión sexual y sus mecanismos de transmisión y prevención.

Se recomienda formar un comité multidisciplinario profesional para el manejo, seguimiento, consejería de las gestantes HIV positivas y el seguimiento posterior de la madre y el recién nacido.

Se recomienda al director Regional de Salud, plantear equipos de consejería que ofrezcan sensibilización en todo el distrito, asimismo el ofrecimiento de la prueba de VIH a todas las gestantes que acceden a los servicios de salud. Un factor determinante para la aceptación y realización de la prueba es que el personal de salud brinde información sobre ella y recomiende la prueba, esto hace las pruebas accesibles especialmente a las personas de los grupos socioeconómicos más bajos.

Se sugiere al laboratorio del hospital, elaborar estudios de tamizajes en las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia, esto ayudará a tener información que permita tomar acciones para reducir la brecha en la cobertura de tamizaje.

Se recomienda a la universidad (Facultad de ciencias de la salud) proponer líneas de investigación a sus egresados que realicen estudios de intervención en pacientes gestantes y recién nacidos, que tienen exposición constante al virus de la inmunodeficiencia humana para conocer más en detalle sus características clínico-epidemiológicas persistentes.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Wuhupat E. Human Immunodeficiency Virus Infection in Children and Adolescents, 30 years in Chile [Internet]. 2017 enero [citado 2018, 30 octubre]. Revista Chilena de Pediatría. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/2018nahead/0370-4106-rcp-00702.pdf>
2. Posadas J. Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea? [Internet]. 2018 enero [citado 2019, 15 febrero]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom186d.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos [Internet]. 2018 enero [citado 2018, 24 mayo]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
4. Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos [Internet]. 2018 enero [citado 2018, 24 mayo]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-10/infeccion-vih-en-pediatría/>
5. Gómez O. Definición de recién nacido. [Internet]. 2018 enero [citado 2018, 24 mayo]. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
6. Payá A. Transmisión vertical en una población de gestantes infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. 2013 abril [citado 2018 13 abril]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4590/app1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Melchor M. Prevalencia de vih en pacientes embarazadas usando prueba rápida. [Internet]. 2014 abril [citado 2018, 23 mayo]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4590/app1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Pineda R. Mortalidad del Paciente Pediátrico con VIH, Centro de Atención Integral, Hospital Dr. Mario Catarino Rivas. [Internet]. 2015 octubre [citado 2018, 07 junio]. Disponible en:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4590/app1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Fierro C. Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres adolescentes en el hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito [Internet]. 2015 diciembre [citado 2019, 09 enero]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/56/1/UNACH-EC-MEDI-2010-0020.pdf.pdf>
10. Reyes M. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud [Internet]. 2014 mayo [citado 2019, 23 enero]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3841/Reyes_vm.pdf;jsessionid=7615EFC242C3F451179CF19002786688?sequence=1
11. Silva J. Complicaciones obstétricas en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. 2015 setiembre [citado 2019, 18 abril]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2614/1/SILVA_JA.pdf
12. Mamani L. Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - Sida atendidas en el hospital María Auxiliadora [Internet]. 2015 setiembre [citado 2019, 18 abril]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2361/1224_2017_mamani_marca_l_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Rojas L. Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital De Especialidades Básicas La Noria- Trujillo. [Internet]. 2018 setiembre [citado 2019, 10 mayo]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/25898/rojas_bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Carvajal A, Dapena E, Parra R. Hernández M, López M, Rojas N. Profilaxis antirretroviral en embarazadas infectadas con el VIH/ SIDA. Consenso de Expertos. [Internet]. 2018 enero [citado 2018, 24 mayo]. Disponible en:

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

15. Huamán, B., Reyes, M. F., & Morales, M. Progresos en el tamizaje y detección de gestantes con VIH para prevenir la transmisión vertical. Perú, 2017, Poster FR2009-1590. Paper presented at the V Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, Lima, Perú.
16. Kalish LA, Pitt J, Lew J. et al.: Definning the time of fetal or perinatal acquisition of human inmunodeficiency virus type I infection on the basis of age at first positive culture. J Infect Dis 1997, 175: 712 – 715
17. Consorcio, D. d. I. T. V. d. V. Características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA en gestantes y proveedores de salud durante el control prenatal en 10 hospitales del país. 2017. Lima, Perú.
18. KZG Muñoz, MPA Serrano, YM Ospino. Consejo editorial Tasa de transmisión vertical de VIH y Sífilis en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta.
19. Chinarro M. Grupo Técnico de TB, ITS, VIH-SIDA Situación epidemiológica de la epidemia del VIH-SIDA en el Perú al 31 diciembre del 2014. Bol. Epidemiol. (Lima) 24 (20) 400: 399 – 402
20. Ovalle A, Martínez MA, Gómez R, Sáez J, Menares I, Aspillaga C, et al. Parto prematuro con membranas intactas. Microbiología del líquido amniótico y tracto genital inferior y su relación con los resultados materno neonatales. Rev Méd Chile 2000; 128: 985-95
21. Acosta DAM, Marín NM, Andino NA, Beristain JL. Prevención de la transmisión madre – hijo del VIH/SIDA en países en vías de desarrollo. Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González [en línea] julio – septiembre 2002 [diciembre 2005]; 5 (3 y 4) 59 – 74. disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2002/gg023_4c.pdf#search='revistas%20de%20transmision%20vertical%20de%20vih'

22. Thomas PA, Weedon J, Krasinski K, Abrams E, Shaffer N, Matheson P et al. Maternal predictors of perinatal human immunodeficiency virus transmission. *Pediatr infect dis j* 1994; 13: 489-95.
23. Winer N. Management of threatening preterm labor with intact membranes: indications for antibiotics. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31 (7 Suppl): 5S74-83.
24. Cooper ER, Charurat M, Burns DN, Blattner W, Hoff R. Trends in antiretroviral therapy and mother-infant transmission of hiv. *J acquir immune defic syndr* 2000; 24: 45-7.
25. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 2010; 331:1173-80.
26. Mofenson LM, Lambert JS, Stiehm ER, Bethel J, Meyer WA 3rd, Whitehouse J, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 team. N Engl J Med* 2011; 341:385-93.
27. Watts DH. Managament of human immunodeficiency virus Infection in pregnancy. *N Engl J Med* 2002; 346:1879-91.
28. Garcia R, Klaskala W, Castro J, Zhang G, Baum M. VIH/AIDS. Epidemic: regional differences in epidemic trends. *AIDS* 2012; 11:1297-8.
29. Hernández S, Fernández, Bautista L. Metodología de la Investigación. 5ta edición, Editorial Mexicana. México; 2014.
30. Ávila, H. Introducción a la metodología de la investigación. España. Recuperado de www.eumed.net/libros/2006c/203/. Extraído el 12.05.17 ha 6:30hs.
31. Fonseca C; Prieto F. Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol 64 (1) 2016.
32. Serri M. Portación de VIH-SIDA en la mujer Women carriers of HIV-AIDS. *Medwave* 2018 Oct;8(9) pp 13-14. doi: 10.5867/medwave.2008.09.1712

9. ANEXOS

Anexos 1: Ficha de recolección de datos

Factores perinatales asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana en recién nacidos

Instrucciones: marca con una x la respuesta que creas conveniente y responde a los siguientes interrogantes.

FACTORES PERINATALES			
Dimensión 1: Materna		SI	NO
1	Tiene examen de laboratorio que refleja alta carga viral		
2	Tiene antecedentes de drogadicción parenteral		
3	Tiene antecedentes de pareja infecta con VIH		
4	Tiene antecedentes patológicos de hepatitis B o C.		
5	Cuenta baja de linfocitos CD4 en la madre		
Dimensión 2: Riesgo Obstétrico			
6	Parto vaginal		
7	Parto por cesárea		
8	Rotura prematura de membrana		
9	Diagnóstico definitivo de corioamnionitis		
10	Antecedentes de parto pre termino		
11	Antecedentes de otras infecciones maternas		
Dimensión 3: Posnatal			
12	La madre recibe tratamiento antirretroviral (TAR)		
13	Lactancia materna exclusiva		
14	Otra alimentación complementaria al bebe		
Dimensión 4: Resultados del tamizaje			
15	Se realizó tamizaje neonatal		
16	Resultados positivos de VIH		