



Universidad Técnica de Babahoyo
Vicerrectorado Académico
Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua



TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

Desarrollo Social del Talento Humano de Enfermería del área de
Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro y su incidencia
en el control de la Transmisión Vertical del VIH-SIDA (madre e hijo) del
cantón Milagro.

DIRECTOR DE TESIS

Msc. Julio Mora Aristega

AUTORA:

Lcda. Nube Lilia Anguisaca Angulo

BABAHOYO – 2014

I. DEDICATORIA

A mis padres, cuyo ejemplo de trabajo, tesón y consejos permanecen en mi alma.

A mi querido Esposo, que siempre me recuerda que los valores tienen que ser infinitos, por su paciencia sus consejos y apoyo me han llevado al término de esta tesis le doy mil gracias por estar siempre apoyándome.

A mí adorada Hija que lleve en su mente que nunca es tarde para empezar y lo que uno se propone en la vida se puede conseguir con esfuerzo, constancia, dedicación y sobre todo con humildad.

A todos quienes con sus acertadas direcciones y crítica constructivas facilitaron la elaboración de este trabajo les doy gracias por siempre.

Lilia

II. AGRADECIMIENTO

A DIOS JEHOVA: a ese ser grandioso que quienes muchos no creen pero existe y por eso que nosotros estamos aquí, quien me regala a mi familia cada amanecer y sobre todo quien me brinda la sabiduría y entendimiento para realizar cada reto de vida.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento afectuoso a todos y cada uno de mis profesores de la Universidad Técnica de Babahoyo del centro de estudio de Pos Grado y Educación Continua, por el conocimiento que supieron dejarme impregnados en mi mente y que los aplicare en mi carrera profesional como testimonio del saber

Y especialmente a mi Tutor Msc Julio Mora Aristega por guiarme en el desarrollo de la tesis, que con sus discernimientos, orientaciones, calidad humana y asesoría acertada facilitaron la culminación de este trabajo.

Lilia

III. CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Msc. Julio Mora Aristega

CERTIFICA

Que la investigación desarrollada por la Lcda. Nube Lilia Anguisaca Angulo
DESARROLLO SOCIAL DEL TALENTO HUMANO DE ENFERMERÍA
DEL ÁREA DE GINECO – OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL LEÓN BECERRA DE MILAGRO Y SU
INCIDENCIA EN EL CONTROL DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL
VIH – SIDA (MADRE E HIJO) DURANTE EL AÑO LECTIVO 2009 –
2010.”

Cumpliendo con los aspectos normativos técnicos y reglamentarios
establecidos conforme queda documentado.

En mi calidad de Director de Tesis he brindado el asesoramiento requerido por la
postulante, quien se ha acogido voluntariamente a cambios y observaciones
durante este proceso.

APRUEBA

La presentación de este trabajo para los fines legales pertinentes.

Babahoyo. 2014.

Msc. Julio Mora Aristega

DIRECTOR DE TESIS

IV. AUTORÍA NOTARIADA

Las ideas, opiniones y comentarios vertidos en la presente tesis de grado “ DESARROLLO SOCIAL DEL TALENTO HUMANO DE ENFERMERIA DEL AREA DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO Y SU INCIDENCIA EN EL CONTROL DE LA TRANSMISION VERTICAL DEL VIH – SIDA (MADRE E HIJO)” DEL CANTON MILAGRO, DURANTE LOS AÑOS 2009 – 2010”

Son de exclusiva responsabilidad de La autora. Lcda. Nube Lilia Anguisaca Angulo.

Lcda. Nube Lilia Anguisaca Angulo.

#CI. 0909041873

DOY FE Que la Lcda. Nube Lilia Anguisaca Angulo portadora de la cédula N. 0909041873 respectivamente puso su firma y rúbrica ante mí en el documento que antecede por lo que doy fe de su autenticidad.

EL NOTARIO

V. INDICE

	Portada	
I	Dedicatoria	I
II	Agradecimiento	II
III	Certificación del Director de Tesis	III
IV	Autoría Notariada	IV
V	Índice	V
VI	Índice de cuadro	VIII
VII	Abstract	X
VII	Resumen	XI
1	INTRODUCCIÓN	1
2.	TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
3.	MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN	4
3.1.	Contexto Social	4
3.2.	Contexto Institucional	6
4.	SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
5.1.	Problema General	10
5.2.	Subproblemas	10
6.	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
6.1.	Espacial	11
6.2.	Temporal	11
6.3.	Unidades de Observación	11
7.	JUSTIFICACIÓN	12
8.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
8.1.	Objetivo General	14
8.2.	Objetivos Específicos	14

9.	MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	15
9.1.	Marco Conceptual	15
9.1.1.	¿Qué es el SIDA?	15
9.1.2.	¿Cómo actúa el VIH?	16
9.1.3.	Vías de transmisión del VIH-SIDA	18
9.1.4.	Transmisión del VIH durante el contacto sexual	20
9.1.5.	Rol de la enfermera ante el SIDA	24
9.2.	Marco Referencial sobre la problemática de investigación	25
9.2.1.	Antecedentes investigativos	25
9.2.2.	Referencia Teóricas	29
9.3.	Postura Teórica	63
9.3.1	Parto y transmisión vertical	63
10.	HIPÓTESIS	66
10.1.	Hipótesis General o Básica	66
10.2.	Hipótesis Derivadas	66
10.3.	Variables	67
10.4.	Operacionalización de Variables	68
11.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	72
11.1.	Modalidad de la investigación	72
11.2.	Tipo de investigación	72
11.3.	Población y Muestra	73
11.4.	Método y Técnicas	76
11.5.	Técnicas	76
11.6.	Instrumentos	76
12.	Resultados obtenidos en la investigación	77
12.1	Análisis e interpretación de la investigación	77
12.2	Conclusiones y recomendaciones generales y específicas	98

13.	Propuesta de aplicación de resultados	102
13.1	Alternativa Obtenida	102
13.2	Justificación	102
13.3	Objetivos	104
13.4	Descripción de la propuesta	104
13.5	Plan de Intervención	106
13.6	Contenido	109
14	BIBLIOGRAFÍA	150
15.	ANEXOS	156

VI. INDICE DE CUADROS

Tabla N° 1	Personal de salud hablan del desarrollo social de los talentos humanos	77
Tabla N° 2	Respuestas sobre la atención y control de transmisión vertical del VIH – SIDA en Área de Gineco-obstetricia	78
Tabla N° 3	Actitud laboral del personal de enfermería.	79
Tabla N° 4	Comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA	80
Tabla N° 5	Nivel de competencias del personal de enfermería	81
Tabla N° 6	Tipo de atención que brinda el personal de enfermería	82
Tabla N° 7	Tipo de Capacitación sobre transmisión vertical.	83
Tabla N° 8	Tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA	84
Tabla N° 9	Responsables del programa Transmisión vertical del VIH/SIDA	85
Tabla N° 10	Asistencia a Cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH-SIDA	86
Tabla N° 11	Porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH-SIDA	87
Tabla N° 12	Información y/o consejería cuando la gestante se realiza prueba de Elisa	88
Tabla N° 13	Norma sobre prevención de la T.V del VIH	89
Tabla N° 14	Tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical	90
Tabla N° 15	Talentos Humanos Económicos y materiales ante la alta incidencia de embarazadas con VIH	91

Tabla N° 16	Las enfermedades que pueden transmitirse por relaciones sexuales	92
Tabla N° 17	Las enfermedades que pueden transmitirse al bebe durante el embarazo	93
Tabla N° 18	Tipos de charlas que ha recibido en el Hospital.	94
Tabla N° 19	Consulta prenatal frecuente e información sobre transmisión vertical VIH-SIDA	95
Tabla N° 20	Tipo de atención en la unidad de salud a paciente PVVS	96
Tabla N° 21	Solicitud la prueba de Elisa para el VIH en el control prenatal	97

VII. ABSTRACT

The present investigation was aimed, investigating ways to diagnosis of situation on the knowledge, skills and expertise of nurses in the area of Gynecology and Obstetrics Hospital of León Becerra Miracle on vertical HIV transmission AIDS (Mother-Child). The scientific methodology is descriptive. The scientist that allows conceptualization through strategically locates the objectives, goals and values to establish the cause and impact of research in this paper. The field research for which use the technique, survey and instrument, the structured questionnaire and led to a statistically representative sample of 9 people Lcdas and nursing , which make up the area of Obstetrics Gynecology. With these results, we proceeded to produce charts and graphs. Which states that the evidence existing scenario For more training and education dissemination was to provide users the vertical transmission rate is rising because there is still adherence by the human being, not only at national level if not at the global level if the statistics show. The conclusions and recommendations defined a proposed schedule of continuous training as the nursing staff have the tough task of working for the good of patients in conjunction with governmental organizations, also seeks to provide timely quality care. Warmth and humanity.

VIII. RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tuvo como propósito, indagar a manera de diagnóstico situacional sobre los conocimientos, capacidades y destrezas del personal de enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro sobre la transmisión vertical del V.I.H. SIDA (Madre-Hijos). La metodología desarrollada es científico, descriptivo. El científico porque permite a través de la conceptualización ubicar estratégicamente los objetivos, metas y valores para el establecimiento de la relación causa y efecto de la investigación en el presente trabajo. La investigación de campo para lo cual se utilizó la técnica, encuesta y como instrumento, el cuestionario estructurado y dirigido a una muestra representativa estadísticamente de 9 licenciadas de enfermería que integran el área de Gineco Obstetricia. Con dichos resultados se procedió a elaborar cuadros y gráficos. De la cual se establece que el escenario existente se evidencia, de las conclusiones y recomendaciones se define la propuesta de un programa de capacitaciones continua, ya que el personal de enfermería tendrá la dura tarea de trabajar en bien de las pacientes embarazadas para brindar atención oportuna con calidad, calidez y humanismo.

1.- INTRODUCCIÓN

La transmisión vertical se ha convertido en un problema de salud mundial y Ecuador no escapa a esta tendencia. Desde el inicio de la epidemia de SIDA se reconoció la transmisión vertical como una vía relevante de adquisición de la enfermedad por VIH. La incidencia de la infección en mujeres continúa en aumento. A pesar de los grandes avances acontecidos en los últimos años. La salud y la calidad de vida son un derecho consagrado en la Constitución de la República del Ecuador, que a su vez orientan todas las acciones de los organismos que conforman el Sistema Nacional de Salud y de las personas que de una u otra manera lo integran, garantizando así los derechos con universalidad y equidad, a través de la aplicación del pensamiento estratégico para orientar las acciones en salud y garantizar la calidad de vida y de salud y de atención de la población ecuatoriana.

Esta investigación tiene por finalidad evaluar cómo los talentos humanos de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro inciden en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo) del cantón Milagro, además el estudio va a dar coherencia a los servicios de salud y direccionalidad en el comportamiento del equipo de salud, es importante que el conocimiento de la realidad de la temática investigada, se va a evidenciar el gran número de mujeres con VIH embarazadas que existen.

Por ende, las enfermeras (os) como miembros del equipo de salud, les urge asegurar que durante su desempeño en el cuidado a la embarazada, se le proporcione un cuidado humano integral, que vaya más allá de un simple contacto con ella en la consulta prenatal.

Una atención prenatal adecuada significa mantener como uno de los principales objetivos la identificación de factores que puedan colocar la salud materna y fetal bajo mayor riesgo de resultados adversos.

En este documento se describe el contexto internacional, nacional y local de la investigación, indicando el número de contagiados, también se hace referencia a la realidad del problema de investigación y como está afectando esto en la ciudad de Milagro.

Se describe en este proyecto la delimitación de la investigación, la cual se realizó en la ciudad de Milagro de noviembre del 2012 a abril del 2013, tiempo durante el cual se desarrolló el proyecto y el informe de tesis, con sus respectivas observaciones.

Los objetivos de la investigación se describen en base al cumplimiento de su gran meta esta es de evaluar el desarrollo de los talentos humanos de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro, lo cual está estrictamente dentro del área administrativa y vinculada al perfil de la Maestría de Gerencia de los servicios de salud

El sustento de la investigación se desarrolla por medio de un marco teórico, donde se describen conceptualizaciones vinculadas a la temática de estudio y también se detalla un glosario de términos, donde se conceptualizan expresiones términos que no son de fácil conocimiento para el común de los lectores del documento.

Las hipótesis planteadas tienen una relación directa con los problemas enunciados y con los objetivos planteados, estas hipótesis determinan los supuestos a los que se llegó con la investigación.

El tiempo que se desarrolló la investigación esta descrito en un gráfico de Gantt, y su cumplimiento ha sido manejado y regularizado de acuerdo a las circunstancias administrativas del CEPEC.

2.-TEMA

“Desarrollo Social del Talento Humano de Enfermería del área de Gineco – obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro y su incidencia en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo) del cantón Milagro”

3.-MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACION

3.1.-Contexto social.

Durante el año 2001 la organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA han estimado que cinco millones de personas nuevas se infectaron y la población femenina fue la más perjudicada con diecisiete millones de mujeres.

La tasa de transmisión vertical varía entre las diferentes regiones; es así que en países industrializados esta tasa es de 15 a 25%, y en los del tercer mundo entre 25 a 45%; con esto se demuestra que la mujer está cada vez más expuesta a la infección y que es capaz de transmitir el VIH a su hijo si no existen medidas terapéuticas adecuadas en el período de gestación; aunque existen organismos internacionales que han organizado estrategias como el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH – SIDA, que inicio el día mundial del SIDA en el año 1988, para conectar a personas de todo el mundo y aumentar la conciencia de VIH, tratando de mejorar los servicios y la educación sobre el tema.

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva. Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias

agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia.

Entre las segundas están las enfermedades cerebro vascular, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones

Según menciona el Informe UNGASS Ecuador 2010, desde el año 1984 año en que se notificó el primer caso de VIH en el Ecuador hasta diciembre de 2009, se han registrado 21.810 personas con VIH y/o SIDA, de las cuales se han reportado 4.970 personas fallecidas a causa de enfermedades asociadas con SIDA. Sin embargo, por motivos relacionados a las características de la epidemia, como son el estigma y la discriminación y la falta de educación e información adecuada sobre el tema en la población en general, se conoce que estas cifras son inferiores a la que realmente existe en nuestro país.

El MSP estableció que a finales del 2009 existen en el país más de 37.000 personas que viven con VIH, de las cuales el 42% aún desconocen su estado serológico.

El Gobierno Ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública está a cargo del programa de transmisión vertical el cual viene capacitando a profesionales

de salud de cada institución, los cuales se encargan de capacitar en cada institución al que pertenece.

3.2.- Contexto institucional

El Hospital León Becerra de Milagro pertenece al área N° 21 del Ministerio de Salud Pública, se encuentra ubicada al norte de la ciudad de Milagro, en la ciudadela del Seguro Social de las calles Carlos Chiriguaya, Eplicachima, Vargas Torres y Atahualpa, es una área urbana cuenta con los servicios básicos, sus calles son asfaltadas, en sus alrededores existen farmacias, escuelas, centros comerciales de expendio de víveres y comidas preparadas, clínicas particulares, laboratorios particulares y consultorios médicos populares.

Al Hospital León Becerra de Milagro asisten aproximadamente un promedio de 380 pacientes diarios en las diferentes áreas, provenientes de zonas urbanas marginales, rurales y zonas aledañas, además cuentan con programas y especialidades.

En el Hospital León Becerra de Milagro en el año 2007, se detectaron 27 casos de VIH y 16 casos de VIH en mujeres embarazadas; a esto se suma que en el primer semestre del presente año se han presentado 21 casos de VIH y 9 casos de VIH en mujeres embarazadas. Hasta el año del 2012 en número de paciente con VIH- SIDA ha ido en aumento según datos estadísticos 65 pacientes confirmados positivos y 21 casos corresponde a mujeres embarazadas.

Cifra que preocupa y alarma al equipo de salud del hospital por la razón se considera de suma importancia desarrollar estrategias y programas de charlas educativas; como ayuda para contrarrestar el problema.

4.-SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El incremento de VIH- SIDA en la población femenina en edad fértil trae como consecuencia la infección vertical de la madre al hijo y a su vez la incidencia del VIH SIDA en la población infantil, en este sentido, la transmisión vertical o prenatal del VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto o por medio de la leche materna en el amamantamiento.

Para el año 2007, el mayor número de niños afectados por SIDA se encuentra entre niños de 1 y 4 años, mientras que en el grupo de 5 a 14 años se producen los fallecimientos.

En el Hospital León Becerra de Milagro cuenta con profesionales que conforman el equipo de salud destinados al fomento promoción y prevención del VIH – SIDA enfocados en la mujer gestante para prevenir la transmisión vertical, quienes realizan actividades educativas hacia el personal que labora en la institución y la colectividad, pese a no contar con los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llegar a la comunidad en su totalidad.

Desde hace cuatro años los responsables del programa de sida están conformado por.

- ❖ Médico Pediatra
- ❖ Enfermera
- ❖ Psicóloga
- ❖ Trabajadora Social
- ❖ Química Farmacéutica
- ❖ Ginecóloga
- ❖ Médico Clínico
- ❖ Educadora.

Se han presentado debilidades como.

- ❖ No contar con una infraestructura adecuada para brindar una atención personalizada a los pacientes viviendo con VIH-SIDA.
- ❖ El programa dentro del área hospitalaria no permite brindar una atención integral (atención a la madre, al niño. etc.)
- ❖ Inconformidad por parte de los usuarios por la demora de los resultados confirmativos de VIH, debido a que no se realizan en la Institución.

Fortalezas.

- ❖ El personal de salud realiza la capacitación, control y seguimientos a todo paciente nuevo sospechoso y en tratamiento.
- ❖ Un porcentaje de pacientes fijos reciben los retrovirales dentro del área.
- ❖ El programa se ha extendido a la comunidad con charlas educativas a colegios, lugares públicos, zonas vulnerables como el barrio la tolerancia y casas abiertas.

La enfermera de consulta externa es la responsable de hacer la entrega de los medicamentos gratuitamente a los pacientes viviendo con VIH-SIDA

Conociendo que Milagro es uno de los cantones de la provincia del Guayas con un porcentaje alto con pacientes con VIH, porque no solamente son paciente de la ciudad si no de las áreas rurales del cantón, deberían las autoridades prestar todo el apoyo y disponibilidad a este grupo de profesionales que luchan día a día por llegar a cumplir sus objetivos que fueron capacitados por la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

Cabe indicar que si no reciben el apoyo necesario en las áreas rurales, puede aumentar la incidencia de mujeres embarazadas con VIH, y a la vez ocasionando alto índice de transmisión vertical.

5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1.-PROBLEMA GENERAL

¿Cómo incide el desarrollo Social del talento humano de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo)?

5.2.-SUBPROBLEMAS

- ❖ ¿Cuál es la actitud laboral del personal de enfermería frente al comportamiento de pacientes con VIH – SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro?
- ❖ ¿Cómo el dominio de habilidades y competencias de la profesión de enfermería influye en la calidad de atención a pacientes con VIH – SIDA?
- ❖ ¿Por qué no se han propuesto plan de acción de políticas de salud y normas del Ministerio de Salud Pública sobre transmisión vertical para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento de las pacientes con VIH – SIDA del área de Gineco –Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro

6.-DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.-Espacial: Institución. Hospital León Becerra de Milagro, provincia del Guayas, área de hospitalización de Gineco-Obstetricia

Calles: Carlos Chiriguaya, Epicalchima, Vargas Torres y Atahualpa.

Parroquia: Camilo Andrade

Cantón: Milagro

Provincia: Guayas

País: Ecuador

6.2.-Temporal: Durante el segundo trimestre del 2012 y el primer trimestre del 2013.

6.3.-Unidades de observación:

Personal de salud 09

Pacientes hospitalizadas de Gineco-Obstetricia. 304

7.- JUSTIFICACIÓN

Al considerar al profesional de enfermería como un integrante del equipo de salud, cuya formación ha sido orientada al cuidado y mantenimiento de la salud de personas y familia de la comunidad y en especial a la gestante en riesgo, es necesario evaluar el cuidado, asesoría y orientación que presta este profesional en los casos de VIH-SIDA, conociendo que la tasa de transmisión materno fetal del VIH varía del 13% al 39%, aceptándose un promedio de 28%. Las razones por las cuales pueda existir mayor o menor riesgo podrían ser: el estado de la enfermedad materna.

La presente investigación sobre transmisión vertical del VIH – SIDA (madre – hijo) en el área de Gineco Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro se justifica estudiarlo por que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA) en niño ha ido aumentando significativamente desde 1986 en el mundo entero, esto se debe en gran parte, a que la epidemia del VIH/SIDA, dejó de ser una enfermedad exclusivamente de homosexuales para convertirse en una enfermedad que ataca al ser humano sin distinción de raza, sexo o edad, debido a que existe muchos factores como las condiciones económicas, sociales, la falta de educación y el gran estigma de discriminación que impiden un diálogo abierto sobre el VIH y el SIDA.

Es por ello que el problema planteado es de gran importancia estudiarlo e investigarlo, porque pretende originar diversas perspectivas sobre la capacitación de transmisión vertical madre – hijo que faciliten la búsqueda de soluciones para esta problemática, evitando que la mujer llegue al parto sin conocer su condición de infectada por el VIH.

La atención Gineco obstetricia y de enfermería juegan un papel importantísimo en la detección, prevención y atención de la transmisión vertical del VIH/SIDA.

Las estrategias educativas para la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA en las mujeres embarazadas estarán dirigidas hacia la comprensión y aplicación de las medidas preventivas en la transmisión vertical, los factores de riesgos y el tratamiento con la finalidad de concienciarlas ante la necesidad de preservar su vida y salud, y el bienestar del feto, recién nacido niña o niño.

Por lo cual este proyecto va a beneficiar a las madres embarazadas que asisten al área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra y comunidad del cantón Milagro, es factible este proyecto ya que existe un equipo responsable del programa de VIH-SIDA en el Hospital, el mismo que al igual que el resto del personal necesitan ser motivados, capacitados y supervisados constantemente para el cumplimiento de las normas.

8.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1.-OBJETIVO GENERAL

Evaluar la incidencia del desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo).

8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar la actitud laboral del personal del área de enfermería frente al comportamiento de pacientes con VIH – SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro
- ❖ Identificar las habilidades y competencias del profesional de enfermería que permiten brindar una atención de calidad en pacientes con VIH – SIDA.
- ❖ Desarrollar un plan de acción de políticas de salud y normas del Ministerio de Salud Pública sobre transmisión vertical para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento de las pacientes con VIH – SIDA del área de Gineco –Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro.

9.-MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

9.1. Marco Conceptual

9.1.1 El sida

El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de **Inmunodeficiencia Humana (VIH)**. “Se trata de un retrovirus que ataca **las** defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos”

Gatel JM. Guía practico de SIDA.

El sistema inmunológico agrupa diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.

9.1.1.2. ¿Qué significa la palabra SIDA?

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."

Síndrome: conjunto de signos y síntomas.

Inmuno: relativo al sistema de defensas.

Deficiencia: disminución.

Adquirida: alude al carácter no congénito.

Es decir que se ha desarrollado el SIDA sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se contagió el virus. Es posible estar infectado con el VIH, es decir, ser VIH positivo o portador del virus, y todavía no haber desarrollado el SIDA, desde el momento en que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se trata de plazos promedio globales que varían de país en país y se modifican sustancialmente con el propio desarrollo de la epidemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos.

9.1.2 ¿Cómo actúa el VIH?

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea

reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar.

Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de ARN, en el ADN de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas.

La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Por eso se las considera "marcadoras" o "trazadoras". Marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se lo considera un enfermo de SIDA.

Como se expuso anteriormente, puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos, en esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se lo llama portador asintomático. Sin bien no presenta síntomas el portador asintomático puede contagiar a otras personas sin saberlo.

9.1.3 Vías de transmisión del VIH - sida.

Existen tres únicas vías de transmisión demostradas:

“Transmisión sexual. Es en el momento actual la vía más frecuente de transmisión de la infección. Se produce como consecuencia de la exposición a través de una práctica sexual (vaginal, anal u oral) con el semen, la sangre o secreciones vaginales de una persona portadora del VIH (infectada).

El riesgo de transmisión de VIH por un episodio de exposición sexual es variable según el tipo de práctica sexual (tabla1).

De los pacientes diagnosticados de sida en España en 2006, el mecanismo de contagio había sido las relaciones heterosexuales en el 31.9% del total de los casos (24.4 % de los casos de los varones y el 57.7 % de las mujeres). Las relaciones homo-bisexuales son causa del 21.8% de los casos descubierto en varones.”M Ministerio Sanidad y Consumo, Registro nacional de casos de sida.

Transmisión parenteral. Por exposición a sangre, sus derivados o tejidos trasplantados. Esto puede originarse por transfusiones o trasplantes sin control sanitario adecuado (excepcional en la actualidad) o por compartir agujas, jeringuillas u otros utensilios utilizados en el proceso de preparación y administración de la droga, contaminados con sangre de un portador. El riesgo de transmisión de VIH también varía según el tipo de exposición (tabla 1).

El 43% de las personas que desarrollaron sida en 2006 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas, lo que afectó al 45,9% de los hombres y al 32,9% de las mujeres.” M Ministerio Sanidad y Consumo, Registro nacional de casos de sida.

Transmisión vertical (perinatal): de madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. Actualmente es excepcional, suponiendo el 0.3% de los casos”

Tabla 1. Riesgo de contagio según el tipo de exposición	
Tipo de exposición	Riesgo estimado de contagio
Transfusión una unidad sangre	90-100%
Percutáneo (sangre)	0.3%
Mucocutáneo (sangre)	0.09%
Coito anal receptivo	1-2%
Coito anal activo	0.06%
Coito vaginal (mujer)	0.1-0.2%
Coito vaginal (hombre)	0.03-0.14%
Sexo oral a hombre	0.06%
Mujer-mujer urogenital	Sólo 4 casos registrados
Compartir material de inyección	0.67%
Vertical (sin profilaxis)	24%
Modificado de Fisher. Int J STD AIDS 2006 (UK guidelines)	

9.1.4 Transmisión del VIH durante el contacto sexual.

La vía sexual es la más habitual forma de contagio (75% de los casos). El HIV necesita entrar en el cuerpo para que se produzca la infección. Los fluidos sexuales provienen del pene de un hombre o de la vagina de una mujer, sea antes de, durante o después del orgasmo. Las pautas del sexo más seguro son modos de reducir el riesgo de transmitir el VIH durante la actividad sexual.

Investigación realizado Castillo (1999). Mujer, Sexualidad y SIDA” Global Reproductive Health Forou. Web.

Las prácticas seguras no ofrecen ningún riesgo de transmisión del VIH. La abstinencia (nunca tener relaciones sexuales) es totalmente segura. El sexo con un solo compañero es seguro si ninguno de los dos está infectado y si nunca tienen sexo con nadie más.

1. Prácticas inseguras.- El sexo inseguro tiene un riesgo alto de transmitir el VIH. El más riesgoso es cuando la sangre o los fluidos sexuales tocan las áreas suaves, húmedas (las membranas mucosas) dentro del recto, vagina, boca, nariz o punta del pene. Estos pueden dañarse fácilmente lo que facilita la entrada del VIH al cuerpo.

El contacto sexual vaginal o rectal sin protección es muy inseguro. Los fluidos sexuales entran en el cuerpo y dondequiera que el pene del hombre penetre puede causar rasguños pequeños que aumentan el riesgo de infección por el VIH. El compañero receptivo, probablemente tiene más riesgo de ser infectado aunque el VIH podría entrar en el pene, sobre todo si tiene cualquier herida abierta o si hay contacto durante mucho tiempo con la sangre o los fluidos vaginales infectados por VIH.

2. Sexo entre mujeres y VIH.- La transmisión del VIH entre mujeres no suele ser habitual. Sin embargo, se han reportado casos de transmisión del VIH entre mujeres como también el riesgo fundamentado de transmisión del VIH de

mujeres a hombres, lo cual indica que las secreciones vaginales y la sangre menstrual son potencialmente infecciosas y que la exposición de las membranas mucosas a estas secreciones pueden conducir potencialmente a la infección por VIH.

“Hasta diciembre de 1998, se han reportado en los Estados Unidos 109.311 casos de mujeres con SIDA, de estas tuvieron contacto sexual con mujeres. Sin embargo, la gran mayoría corrió otros riesgos tales como (compartir jeringas, contactos sexuales con hombres de alto riesgo, o recibieron sangre o productos que contenían sangre)

3.- Prácticas más seguras.- La mayoría de las prácticas sexuales lleva algún riesgo de transmitir el VIH. Para reducir el riesgo es necesario tomar ciertas precauciones.

Prevención.- En la relación sexual el uso de preservativos es la forma más efectiva de evitar el contagio del virus y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS): sífilis, gonorrea, herpes, etc, sin embargo, el uso incorrecto de los preservativos conspira contra su efectividad.

Usar correctamente un preservativo es la mejor forma de prevención mecánica de todo contagio. También puede usarse un preservativo femenino para proteger la vagina o el recto durante el sexo. Es un preservativo acondicionado con dos anillos uno grande y uno pequeño que lo ayudan a mantener fuera de la vagina.

Si bien este preservativo ha sido aprobado para usarlo en prevención del VIH y las ETS en sexo vaginal, pero no ha sido aprobado para prevenir la transmisión del VIH y otras ETS en el uso anal.

Es necesario tener en cuenta que el preservativo masculino y el femenino no deben usarse simultáneamente ya que se salen de lugar.

5. ¿Qué sucede si ambas personas están ya infectadas? Algunas personas ya infectadas por el VIH no ven la necesidad de seguir las pautas del sexo más seguro con otras personas también infectadas. Sin embargo, es razonable protegerse. Si las personas ya infectadas no se protegen se exponen así a infecciones como herpes o sífilis, y estas enfermedades pueden ser muy serias. También puede ser posible "reinvertarse" con una versión diferente de HIV o con VIH ya resistente a algunos medicamentos antivirales.

6. Síntomas y calidad de vida. Las mujeres con VIH experimentan una gran cantidad de síntomas muchos de los cuales aparecen poco tiempo después de la infección por el VIH. Los síntomas se definen como cualquier cambio perceptible en el organismo o sus funciones.

“La calidad de vida (satisfacción con las condiciones bajo la que vivimos) también se ve afectada por los síntomas y es un parámetro que con frecuencia se evalúa en las investigaciones. Varios estudios han mostrado que el control

de los síntomas causados por el VIH puede mejorar la calidad de vida de las mujeres que viven con el VIH.

Aunque la calidad de vida es un valor que se incluye a menudo en los ensayos clínicos sobre el VIH y en las consultas médicas, no es común tenerla en cuenta durante el curso de la enfermedad ni en la relación con el tratamiento farmacológico” **Castillo (1999). Mujer, Sexualidad y SIDA” Global Reproductive Health Forou. Web site.**

9.1.5 Rol de la enfermera ante el sida. La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo infectado y que presenta serología positiva para el VIH, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología.

9.1.6 Indicador de salud.

Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).

9.2 Marco Referencial.

9.2.1 Antecedentes investigativos

López, V. (2006) *“Transmisiones de Sida por varias vías”*. Tesis de posgrado de doctorado. Barcelona. En este estudio indica que la principal vía de transmisión de la infección por VIH en pediatría es la vertical. Esta puede ocurrir intraútero, en el momento del parto o por la lactancia materna.

La transmisión vertical es la principal forma de infección en la infancia. Esta puede ocurrir en el embarazo, el virus puede atravesar la placenta a partir de la octava semana de gestación, en el momento de parto etapa más vulnerable para el niño o durante la lactancia, aunque la vía oral no es efectiva para el ingreso del VIH es posible la infección, debido al alto contenido viral de la leche materna y la inmadurez inmunológica del tracto digestivo del bebe.

Todos los recién nacidos hijos de madres seropositivas o enfermas de sida presentan anticuerpos anti-VIH tipo Ig G que reciben de la madre a través de la placenta, lo que no implica que él bebe este infectado. La efectividad de la transmisión de la madre al hijo depende de varios factores, siendo el más importante la cantidad de virus circulante en la madre.

El riesgo transmisión del VIH de la madre al niño se da durante el embarazo

En el conjunto de la transmisión materno infantil, la transmisión intrauterina representa un 25% como causa de infección en el niño, con evidencia de que puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, los estudios indican que la transmisión intrauterina se produce fundamentalmente en las últimas semanas de gestación.

Transmisión intra-parto o perinatal: Este mecanismo de transmisión puede ocurrir de varias formas:

- a. -Vía directa por contacto del niño con sangre materna infectada o secreciones vaginales al pasar por el canal del parto.
- b. -Vía ascendente desde la vagina o el cérvix hacia las membranas fetales o el líquido amniótico.
- c. -Por exposición directa a la mucosa gastrointestinal del recién nacido a la sangre materna

Transmisión posnatal: Con la lactancia materna el riesgo de transmisión es entre 14% y 20%. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son:

- ❖ Mayor carga viral plasmática
- ❖ Mayor carga viral en la leche materna

- ❖ Mayor deterioro inmunológico de la madre
- ❖ Presencia de mastitis
- ❖ Lesiones sangrantes en los pezones
- ❖ Lactancia mixta 1.2
- ❖ Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis orales lactantes
- ❖ Primo infección durante la lactancia

Caballeros, H (2001) *“Estudio trasversal descriptivo a cerca de la fuente de información y su relación con el grado de conocimiento sobre el VIH en adolescentes”* Estudio realizado en edades comprendidas entre los 15 y 19 años en varones y mujeres se encuentra un nivel regular de conocimiento en el que el grupo de estrato socio-económico mayor es el ascenso a información de conocimiento con respecto a la información y sus fuentes, casi todos los adolescentes refieren haber escuchado algo sobre el sida a través de los medios masivos como la televisión (79%) la radio (39%), revistas (26.3%), y los periódicos (16.3%) con una frecuencia de 2^a3 veces por semanas (43.3%) .

Los medios interpersonales a los que más acceden los adolescentes son los profesores (39.1%), familiares (37.7%) y amigos (32%) sin embargo en

la información que dieron es tener mayor confianza fue en los médicos con (51.9%) lo que nos hace tener como conclusión que podemos aprovechar esa confianza de los adolescente en el médico para dar una información completa y científica.

LUSIDA (2007) "*Actualización informativa sobre VIH-SIDA*" estudio elaborado y sintetizado enfoca al SIDA como dependiente, del entorno social y político, y de que sólo es posible en lugares donde se acepte la diversidad de comportamientos y valores, y donde exista la posibilidad de una verdadera organización comunitaria y de un apoyo gubernamental frente a la acción de grupos o manejo de programas.

La transmisión por VIH, al igual que muchos problemas de salud es producto de muchos factores que operan a múltiples niveles. La Campaña Mundial contra el SIDA ha ayudado a llamar la atención de los líderes políticos y de las comunidades de todo el mundo frente a los efectos devastadores del SIDA en las vidas de los jóvenes.

Puede decirse que el rumbo que tome en el futuro la epidemia del SIDA dependen gran medida de la capacidad de asegurar que se protejan los derechos de los niños y los jóvenes: no sólo para que reciban asistencia y apoyo, sino también que se les dé acceso a la educación y a la información.

Por último, hay que destacar que el SIDA no es una enfermedad que se limite a un contexto en particular, una clase social o grupo étnico. Por lo tanto, cualquier intento serio de prevenir esta problemática no deberá quedarse solamente en los ámbitos internos de la escuela, ya que si se logra desarrollar una campaña efectiva y eficaz, dicha estrategia debe ser difundida y realizada en la comunidad que no sólo cubra a la institución, sino a la totalidad de sus miembros: académicos, alumnos, funcionarios, etc. Todo en el fondo de un virus, el SIDA, que tipificado en cuatro sencillas letras encierra un significado mortal.

9.2.2 Referencias

teóricas 9.2.2.1

Cuidados generales

El abordaje y seguimiento durante el embarazo de una mujer con VIH, lo realiza un equipo multidisciplinario donde participa un internista infectólogo, un obstetra, un pediatra, un psicólogo y un trabajador social.

En el seguimiento y cuidados de la mujer embarazada que se encuentra infectada por VIH pueden darse varias situaciones.

- ❖ Que la mujer conozca su infección previa al embarazo,
- ❖ Que sea diagnosticada durante el embarazo

- ❖ Que el diagnóstico se haga en el momento del parto
- ❖ Gestante infectada que conoce su infección previa al embarazo.

No es infrecuente que la mujer con infección VIH sienta el deseo de la maternidad sobre todo actualmente que con el TARGA puede tener una expectativa y calidad de vida que le permite poder cuidar, educar y ver crecer a su descendencia. Hay estudios en relación a la alteración que el embarazo puede ocasionar en el curso de la infección VIH se concluye que el embarazo no modifica la situación clínica ni analítica del VIH.

Además unido a esto, la utilización de los nuevos tratamientos antirretrovirales y las diferentes medidas preventivas respecto a la TV del virus consiguen alcanzar tasas de transmisión del VIH inferiores al 2% con lo que si se lleva a cabo el protocolo de prevención de transmisión vertical correctamente, las posibilidades de que el hijo se infecte son muy remotas.

Es por ello importante que durante el embarazo y si pudiera ser previo a este, la mujer infectada por VIH reciba información precisa y correcta de cómo debe hacerse el control de su embarazo, el tratamiento y el parto y postparto.

9.2.2.2 Gestante infectada diagnóstico antes del embarazo

La mayoría de estas pacientes conoce tanto los aspectos generales y el tratamiento de la infección por el VIH como el riesgo de transmisión a sus

parejas. Sin embargo, suele tener una información insuficiente respecto a los aspectos reproductivos y sobre las medidas para prevenir la transmisión vertical.

9.2.2.3 Los aspectos a resaltar a la gestante serían los

siguientes: Tratamiento antirretroviral

- ❖ EL TARGA es importante tanto para la salud de la mujer como evitar la TV.
- ❖ La instauración del TARGA depende esencialmente del estado inmunovirologico de la mujer y se regirá por las recomendaciones generales de tratamiento del adulto. En caso de no precisar tratamiento, este se recomendará en general a partir del segundo trimestre de la gestación, con el fin exclusivo de prevenir a TV.
- ❖ Las gestantes que la reciben TARGA en el momento a la concepción no deben suspenderlo si no es por indicación médica.
- ❖ En caso de intolerancia, vómitos, efectos secundarios a los antirretrovirales etc., muy frecuentes durante el embarazo, es necesario recordar la recomendación general de suspender toda la medicación antirretroviral simultánea, para evitar el desarrollo de resistencias.

- ❖ La embarazada debe conocer tanto los aspectos beneficiosos del tratamiento (reducción de la CVP y por consiguiente del riesgo de TV) como los posibles repercusiones sobre el embarazo y, a lo largo plazo, sobre el recién nacido. Debe ser informada sobre las asociaciones del TARGA con la toxicidad hepática (nevirapina), la toxicidad mitocondrial y la acidosis láctica (inhibidores análogos de los nucleosidos de la transcriptasa inversa), la hiperglucemia y la prematuridad inhibidores de la proteasa), la pre-eclampsia y la muerte fetal. Todo ello obliga a efectuar un estrecho seguimiento clínico y analítico durante la gestación ,
- ❖ EL TARGA, incluso con niveles bajos de CVPI77, disminuye por lo que en principio, la gestación es siempre una indicación para recibir antirretrovirales.
- ❖ Se hará especial énfasis en la necesidad de lograr una adherencia al tratamiento a fin de disminuir la CVP e impedir el desarrollo de resistencias.

Malformaciones

No se ha demostrado que el uso del TARGA durante el embarazo se asocie a una mayor frecuencia de malformaciones congénitas la excepción del efavirenz que está contraindicado.

Vía del parto

La decisión sobre el modo del parto debe ser consensuada con la paciente dada la importancia tanto de la transmisión Intraparto en el número global de infecciones neonatales. Como de modo del parto en la prevención un mayor riesgo de transmisión del VIH si la paciente ha recibido TARGA durante el embarazo, presenta una CVP baja en el último trimestre de gestación y se minimiza el contacto entre la sangre materna del niño.

En caso de que este indicada la cesárea, o si la paciente escoge este modo del parto, es preciso informarle de la mayor mortalidad asociada a esta técnica quirúrgica⁸⁴. Además deberá firmar el consentimiento informado.

9.2.2.4 Gestante infectada diagnosticada durante el embarazo

El diagnóstico de la infección por el VIH es un suceso tremendamente estresante para cualquier y suele asociarse a ansiedad, temor a la muerte y a las intervenciones terapéuticas, y miedo al rechazo social, laboral y personal. En la gestante, se suma, además, el miedo a transmitir el VIH a su hijo y la preocupación por su futuro.

Por ello, solo las pacientes con un test de confirmación del diagnóstico positivo al VIH deben ser informadas del mismo. La información debe ser facilitada por el obstetra y por el infectólogo al cual serán derivadas.

Se les informara sobre:

- ❖ Aspectos generales de la infección por el VIH agente casual, historia natural, vías de transmisión y medidas de prevención, tanto para prevenir la transmisión a terceras personas como para evitar la re-infección de la paciente por una cepa viral distinta.
- ❖ Asistencia: Confirmar a la paciente que va hacer atendida por un equipo pluridisciplinar compuesto, entre otros, por un infectólogo, un obstetra y un pediatra con experiencia en la infección por el VIH. Y en caso de necesidad, por otros especialistas como trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras. También ha de saber que, en todo momento, se respetara la necesidad confidencialidad.
- ❖ La paciente debe ser informada de la necesidad de contactar con las parejas sexuales previas para que puedan someterse a los test diagnósticos oportunos.

9.2.2.5 Gestante infectada que conoce su infección durante el embarazo

Conocer la infección en el momento del parto es una situación que no deja de ser traumática para la mujer gestante no solo por el hecho de ver en peligro su propia salud sino también por el sentimiento de culpa y la preocupación que se produce al pensar que el recién nacido pueda resultar infectado.

Es importante explicar a la mujer en estas circunstancias lo que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana supone, así como qué medidas se deben adoptar en cuanto al tratamiento antirretroviral para mejorar su estado de salud. La mujer debe conocerse con detalle las medidas de profilaxis de la transmisión vertical ya que siendo consciente y conocedora de ello actuara con mayor responsabilidad procurando la adherencia terapéutica.

Además se debe explicar a la mujer recién diagnosticada que debería contactar con su pareja actual y sus parejas anteriores para que se realicen la prueba del VIH. También si esta mujer tuviera hijos anteriores, estos deben estudiarse si en los embarazos de los mismos no se hizo el test de VIH.

9.2.2.6 Gestante infectada diagnosticada en fases avanzadas de la gestación o durante el parto

Todo gestante que llega a término o al parto y que no tiene realizado un despistaje de VIH debe recibir información acerca de la importancia que tiene el conocer este dato mediante un test rápido ya que si este resulta positivo se debe iniciar la profilaxis de transmisión vertical cuando antes. Debiendo hacer posteriormente un test confirmado para corroborar el test rápido. De este modo se podrá actuar para evitar la transmisión de la infección a su recién nacido. Una vez completada la profilaxis se realizara apoyo psicológico y social.

En el momento actual, en nuestro medio, la mayoría de los niños infectados son hijos de madres no diagnosticadas o con un diagnóstico tardío de la infección.

- ❖ Toda gestante no controlada, o con serología no realizada o desconocida para el VIH, ha de ser adecuadamente informada sobre la conveniencia de realizar un test rápido para el VIH; si este resulta positivo, será informada lo antes posible. En los casos en los que no se disponga de tiempo suficiente para realizar un test de confirmación, la paciente será informada del resultado positivo, así como de la posibilidad de que se trate de un falso positivo.
- ❖ Ante un test positivo al VIH se actuara con la mayor celeridad posible para disminuir el riesgo de TV (tal y como se detalla en el apartado 6.3 Parto), dados los efectos beneficiosos de la cesárea, de la administración de ZDV intravenosa Intraparto, etc.
- ❖ Una vez producido el parto se complementara la evolución diagnosticada de la paciente, se programan los controles médicos posteriores y se proporcionara apoyo psicosocial.

Valoración clínica y analítica. Aspectos generales

Una atención de calidad a la mujer embarazada e infectada por el VIH exige una adecuada coordinación y comunicación entre, al menos, el infectólogo, el obstetra y el pediatra. Además en determinación casos, puede ser necesario

contar con la atención de un psiquiatra y brindar soporte social para facilitar el tratamiento antirretroviral.

El principio general deberá ser tratado adecuadamente a la madre. De hecho, una adecuada supresión de la replicación viral en la madre es probablemente la mejor medida para disminuir el riesgo de TV. El adecuado tratamiento de la madre incluye además de la terapia antirretroviral, otros elementos, relacionados con las necesidades concretas que puedan existir: acceso ágil a programas de metadona, profilaxis **de infecciones oportunistas...** En este sentido, la evaluación inicial de la mujer embarazada infectada por el VIH ha de incluir, al menos, los siguientes aspectos.

- ❖ Situación inmunológica mediante la determinación de linfocitos CD4.
- ❖ Riesgo de progresión de la infección mediante la determinación de la carga viral.
- ❖ Serología de virus de hepatitis B y C, *Toxoplasma gondi* y *Treponema pallidum*.
- ❖ Historia previa y actual del tratamiento con antirretrovirales.
- ❖ Edad gestación.

❖ Necesidad de soporte (social, psiquiátrico, metadona).

Valorar la realización de un test de resistencias a antirretrovirales. En el caso de diagnosticarse la infección por el VIH durante el embarazo puede ser muy útil para optimizar la terapia. Igualmente, es útil en la paciencia con fracaso virológico (ver más adelante). Sin embargo, este test de resistencias no está indicado en la paciente estable que recibe tratamiento y que tiene una CVP indetectable.

Diagnóstico prenatal

Cribado de anomalías cromosómicas

El punto más importante en la gestación de la mujer infectada por VIH es la prevención de la transmisión vertical. No debemos olvidar que estas mujeres al igual que todas las demás, requieren un control obstétrico que incluya la posibilidad de detectar anomalías cromosómicas, metabólicas o infecciones perinatales

Estudios realizados antes de la introducción del tratamiento TARGA, describieron un riesgo de transmisión aumentado en mujeres sometidas a procedimientos invasivos; así, se observó un incremento del riesgo de infección en mujeres sometidas a una amniocentesis en el tercer trimestre (OR: 4,1 IC94% 1,2-13,5)

Asimismo, Mandelbrot y cols describieron un riesgo de TV del 36% en mujeres sometidas a un procedimiento invasivo.

La contaminación del líquido amniótico por sangre materna después de una amniocentesis no es infrecuente, especialmente en los casos en los que la placenta se sitúa en la cara anterior. El incremento del riesgo de TV y la demostrada contaminación del líquido amniótico desaconsejaban por tanto, la realización de procedimientos invasivos en mujeres infectadas por el VIH.

Actualmente, en nuestro entorno, donde la tasa de TV se ha reducido al 1-2% debido a la introducción del TARGA a la reducción de la CVP a niveles indetectables y al buen control obstétrico –infectológico, el resultado de los estudios anteriores no sería aplicable⁹². Además, nuestra población de gestante seropositivas tiene una edad más avanzada puesto que, al aumento de la edad media a la que, en general, se tiene el primer hijo en la población española, se suma que antes de la introducción del TARV se desaconsejaba el embarazo de las mujeres infectadas, por lo que las mujeres que han conseguido controlar su enfermedad deciden tener descendencia en etapas avanzadas de su periodo fértil, requiriendo de algún tipo de cribado de anomalías cromosómicas.

En este sentido, algunos estudios recientes muestran un riesgo de TV en mujeres sometidas a amniocentesis, bajo tratamiento antirretroviral, similar a las demás mujeres infectadas.

Uno de estos trabajos incluye también algunos casos de biopsia corial y cordocentesis y describe una tasa de TV del 3%⁹⁸ (2 de 60 recién nacidos vivos). El número de casos incluidos en estos estudios es muy bajo para poder afirmar que la amniocentesis no presenta un incremento de riesgo de TV, sin embargo parece suficiente para no privar a la embarazada infectada por el VIH de estas técnicas.

Parece pues, que la política más adecuada en estas pacientes sería aplicar un cribado poblacional para determinar los casos de riesgo y limitar los procedimientos a las gestiones con riesgo.

En 1988 Wald y cols describieron el test de cribado del síndrome de Down utilizando marcadores séricos maternos⁹⁷. Estos test han demostrado su valor en la reducción de trisomías 21 entre los nacidos vivos.

A partir de 1994 se introdujo el estudio combinado de marcadores séricos y ecográficos durante el primer trimestre (edad materna, translucencia nuchal pregnancy associated plasma protein A" (PAPP-A) y subunidad B de la gonodotrofina corionica humana (Free B-hCG).

Los marcadores bioquímicos se ven influenciados por la edad gestacional, la raza, el peso o enfermedades concomitantes maternas-como la diabetes mellitus-y parece que las enfermedades que afectan al sistema inmunitario también podrían afectarlos. Parece que las mujeres infectadas por el VIH tienen

una tasa de cribados positivos superior a la población general como resultado de la alteración de algunos de estos marcadores.

Los múltiplos de la medida (MoMs) de hCG alfafetoproteína (AFP) son más elevados en mujeres infectadas por el VIH 101 mientras que las mujeres con CD4 más bajos tienen una mayor tasa de falsos positivos del test de cribado¹⁰² dado que el valor de la Hcg se relaciona de forma inversamente proporcional con la cifra de CD4, mientras que la AFP lo hace directamente proporcional a la carga viral.

La AFP también parece afectarse por la ingesta de inhibidores de la proteasa, dado que las mujeres tratadas con IP tiene MoMs de AFP más bajos que las mujeres tratadas con otros fármacos.

9.2.2.7 Control de la gestación

Lo más importante a tener en cuenta es que estamos ante un embarazo de alto riesgo y debe manejar con algunas peculiaridades distintas a un embarazo normal.

El objetivo fundamental durante este embarazo será tratar adecuadamente a la madre para lograr la supresión viral del VIH y evitar de este modo la transmisión del VIH a su recién nacido

El adecuado seguimiento de la madre incluye.

- ❖ Historia Clínica de la infección VIH:
- ❖ Antecedentes de clínica relacionada con la infección VIH, infección oportunistas o tumores.
- ❖ Su medida de CD4 (menor número de CD4 a lo largo de su vida)
- ❖ Historia completa de la medicación antirretroviral incluyendo detalladamente los fármacos específicos. Efectos secundarios, toxicidad, duración del tratamiento, adherencia y respuesta al tratamiento.
- ❖ Signos y síntomas de la infección VIH:
- ❖ Linfadenopatías generalizadas, candidiasis oral, síndrome constitucional como fiebre, diarrea de más de un mes de evolución, herpes zoster con 2 o más episodios o afectación de más de un dermatoma, neuropatía periférica, caquexia, disfagia, disnea, lesiones mucocutáneas herpéticas persistentes, disfunción cognitiva.

Historia Clínica del embarazo:

Embarazos previos y curso de los mismos, abortos, complicaciones durante los embarazos previos, tipo de partos previos, utilización de profilaxis antirretrovirales en embarazos previos, situación con respecto a la infección VIH de los niños.

Diagnóstico prenatal

Cribado de anomalías cromosómicas: No debemos olvidar que estas mujeres, al igual que todas las demás, requieren un control obstétrico que incluya la posibilidad de detectar anomalías cromosómicas, metabólicas o infecciones perinatales.

1.- Procedimientos invasivos:

Amniocentesis: Estudios realizados antes de la introducción del tratamiento TARGA, describieron un riesgo de transmisión aumentado en mujeres sometidas a procedimientos invasivos; así, se observó un incremento del riesgo de infección en mujeres sometidas a una amniocentesis en el tercer trimestre (OR: 4,1 IC95% 1,2_13,5).

Actualmente con el uso de TARGA estudios recientes muestran un riesgo de TV en mujeres sometidas a amniocentesis, bajo tratamiento antirretroviral, similar a las demás mujeres infectadas en las que no se realizan estos procedimientos. En un metanálisis reciente se concluyó esto último.

Durante la gestación se ofrecerán las condiciones óptimas para la realización de la amniocentesis en el caso de que fuera precisa, realización con carga viral controlada entre otras.

Es clave el control de la carga viral plasmática ya que en este factor se ha demostrado asociado a la transmisión vertical; a los 15 días del inicio del tratamiento antirretroviral. Bimensual una vez conseguida una CV indetectable.

Entre la semana 34 y 36 del embarazo para establecer la posibilidad de un parto por vía vaginal.

En el momento del parto o inmediatamente después del mismo.

Cordocentesis y biopsia corial:

También se ha estudiado la transmisión vertical en relación a otros procedimientos invasivos como son la cordocentesis y biopsia corial, ya que a veces es necesario no solo como métodos diagnósticos sino también con la gestante, estos marcadores son de tipo método de tratamiento (transfusión fetal intraútero). Ocasionalmente, puede plantearse de una técnica fetal (electrocoagulación de las anastomosis de los vasos placentarios en las transfusiones gemelo, etc.).

No hay suficientes estudios para analizar el riesgo específico por lo que ante la necesidad de estos procedimientos debe realizar una adecuada valoración del riesgo beneficio y en caso de necesidad, realizar el procedimiento bajo el mejor TARV posible para evitar la transmisión.

2.- Procedimientos no invasivos:

Existen otros marcadores menos invasivos y más seguros para aproximarse al estudio de las cromosomopatías en la gestante, estos marcadores son de tipo sérico y ecográfico. Se deben realizar durante el primer trimestre. Y se basan en la edad materna, el estudio por Eco de la translucencia nucal, y los estudios analíticos de cribado de la realización en sangre materna de “pregnancy associated plasma protein A” (PAPP_A) y subunidad B de la gonadotropina corionica humana (Free B_Hcg)

Se pueden influir por algunos factores que los hacen tener falsos positivos y falsos negativos. Las gestantes VIH tienen una tasa de determinaciones positivas superior a la población general. Los niveles de HCG y alfafetoproteína (AFP) son más elevados en mujeres infectadas por el VIH, teniendo las gestantes más inmunodeprimida mayor tasa de falsos positivos de los test de cribado. El valor de la HCG se relaciona de forma inversamente proporcional con la cifra de CD4, mientras que la AFP lo hace de forma directamente proporcional a la carga viral.

La AFP puede afectarse por la toma de fármacos antirretrovirales entre los que están los inhibidores de las proteasa.

Por lo tanto para ser más preciso y poder tener una apreciación más cercana a la realidad deben complementarse los test de cribado con los estudios

ecográficos, en el primer trimestre la determinación del pliegue bucal y en el segundo trimestre el estudio del hueso nasal.

Así, un test de cribado de primer trimestre publicado en el año 2004 que incluye estudio bioquímicos y ecográficos detecta un 88% de las trisomías 21 y el 75% de las trisomías 18 con solo un 3,3% de falso positivos; los test bioquímicos son la determinación de la PAPP_A y freeB_HCG libre alrededor de la semana 10 de embarazo y los ecográficos la determinación del pliegue de nuca alrededor de la semana 12.

De este modo se puede detectar con la suficiente antelación los embarazos con riesgo de anomalías cromosómicas más frecuentes para introducir la terapia antirretroviral y disminuir al máximo la carga viral de la paciente antes de la realización del procedimiento invasivo para confirmar el hallazgo previo como es una amniocentesis en el segundo trimestre y siempre, que fuera posible, evitando el paso transplacentario.

9.2.2.9 Control de la gestación en la mujer infectada por

el VIH. 1. Primera visita

- ❖ Control obstétrico y de la infección VIH: se detallara a la paciente las implicadas de la infección VIH durante la gestación.
- ❖ Anamnesis completa.

- ❖ Exploración clínica general y obstetricia peso, talla y tensión arterial.
- ❖ Realización de citología cervico-vaginal.
- ❖ Descartar enfermedades de transmisión sexual: Gonococia, inf, Chlamydia.
- ❖ Determinar el estadio clínico de la infección por el VIH.
- ❖ Historia de uso de ARV, anterior o actual.
- ❖ Determinaciones analíticas generales de la gestación.
- ❖ Grupo sanguíneo y RH Hemograma y bioquímica para descartar toxicidad por antirretrovirales. Serologías: HBsAg, lúes, toxoplasma (IgG inicial y repetir si $<100\text{CD4}/\text{mm}^3$ y sintomatología) y rubeola. Urocultivo.
- ❖ Determinación analítica específica. VHC, citomegalovirus (sobre todo en pacientes con $<100\text{CD4}/\text{mm}^3$).
- ❖ Determinación de Mantoux, serología E, Chagas (si procedencia de zona endémica)
- ❖ Estudios específicos de la infección por el VIH (repetirlos cada 3 meses) Determinación de la carga viral del VIH en plasma.
- ❖ Recuento de linfocitos C

Visitas sucesivas

16-20 semanas de gestación:

- ❖ Ecografía. Determinación de la edad gestacional y cribado de malformaciones.
- ❖ Test de cribado de anomalías cromosómicas.
- ❖ Screening tubo neural y pared abdominal: Alfa feto proteína (>2,5 múltiplo de la media requiere evaluaciones posteriores.)
- ❖ Triple screening hCG Gestriol no conjugado, alfa fetoproteína (Alf tubo neural, pared abdominal, trisomía 18 y S. Down)

24-28 semanas de gestación

- ❖ Hemograma, bioquímica general
- ❖ Serología Lúes
- ❖ Test de sobrecarga oral de glucosa: glucemia una hora después de 50 gr de glucosa y si sale alterado hacer test más completo. (importante sobre todo en mujeres con inhibidores de proteasa)
- ❖ Valoración de vaginosis bacteriana sobre todo si antecedentes de prematuridad.

32-36 semanas de gestación

- ❖ Test vaginal de chlamydia y gonococo.
- ❖ Cultivo de exudado vaginal para estreptococos grupo B. (si tiene factores de riesgo de necesitar profilaxis en el parto se puede obviar). Si saliera el cultivo positivo: administrar penicilina G intravenosa 2,5 mil U cada 4 horas.
- ❖ CD y carga viral de VIH (influye en la decisión de tipo parto) Serología Lúes

9.2.2.9 Complicaciones obstetricias

Las complicaciones que son más frecuentes se han asociado a la infección VIH son prematuridad, bajo peso y preclampsia. Previo al empleo de TARGA los estudios mostraron que existía un mayor número de estas complicaciones.

Esto no ha sido comprobado en estudios realizados en el área post TARGA donde se ve que la evolución de embarazo es similar al de la mujer no VIH. Así los recién nacidos de bajo de peso han disminuido en la mujer con TARGA y en un meta-análisis que estudia la incidencia de preclampsia sobre 7 estudios publicados no encuentran una mayor incidencia de esta

las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de aborto espontáneo que se asocia directamente con el estadio de la enfermedad e inversamente con el número de CD 4 Y el tiempo de progresión de la infección.

Prematuridad

Según los distintos grupos de estudio se observan: El grupo colaborativo Europeo encuentra asociación entre prematuridad y TARGA, aun después de ajustarlo por número de CD4 y uso de drogas ilegales, encontrando mayor asociación con prematuridad grave (<34 semanas) cuando el tratamiento se inicia antes del embarazo. Las cohortes americanas, sin embargo, no encuentran diferencias entre las mujeres tratadas con ZDV sola y las tratadas con TARGA. Tampoco en el WITS (Women and infants Transmission Study) se encuentra diferencia entre mujeres tratadas, ya sea con ZDV sola o con terapias combinadas con o sin IP.

Preeclampsia.

En mujeres no tratadas, la preeclampsia era una Patología muy poco frecuente. Así mismo, un estudio realizado en Sudáfrica no muestra ningún efecto de la infección VIH sobre la incidencia de preeclampsia. Otro estudio realizado en Brasil muestra un descenso de la tasa de preeclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales.

Estudios realizados en nuestro ámbito muestran un incremento de las tasas de preclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales. El descenso en la época de pre tratamiento se atribuye a un déficit de la respuesta inmune provocada por la propia enfermedad incremento, en la época de tratamiento, a la reconstrucción de la misma.

En un metanálisis que estudia la incidencia de preclampsia sobre 7 estudios publicados no encuentra una mayor incidencia de esta.

No obstante se recomienda hacer un seguimiento de las alteraciones hipertensivas y del bienestar fetal.

Estos controles se realizaran ecográficamente (controles seriados de crecimiento y Doppler fetal) y mediante monitorización fetal.

Infecciones

Candidiasis vulvovaginal:

Durante el embarazo es frecuente la colonización e infección por especies de cándida y también la infección VIH hace que la inmunosupresión asocie un aumento de esta infección.

Preclampsia:

En mujeres no tratadas, la preclampsia era una patología muy poco frecuente. Así mismo, un estudio realizado en Sudáfrica no muestra ningún efecto de la infección VIH sobre la incidencia de preclampsia. Otro estudio realizado en Brasil muestra un descenso de la tasa de preclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales.

Estudios realizados en nuestro ámbito muestran un incremento de las tasas de preclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales. El descenso en la época de pretratamiento se atribuye a un déficit de la respuesta inmune provocada por la propia enfermedad y el incremento, en la época de tratamiento, a la reconstitución de la misma.

Vaginosis bacteriana:

La vaginosis bacteriana ha sido relacionada con alteración en el curso del embarazo incluyéndose los partos prematuros, la rotura prematura de bolsa amniótica, el bajo peso, la corioamnionitis y la infección del líquido amniótico, la endometritis postparto y postaborto así como la transmisión VIH perinatal.

La infección VIH favorece la vaginosis bacteriana, su persistencia y severidad lo cual se correlaciona de forma inversa con el número de CD4. Desde mediados de 1995 se ha demostrado que el tratamiento con metronidazol o clindamicina disminuye el índice de prematuridad en las gestantes con vaginosis bacteriana, en el caso de presentar infección VIH se debe preguntar a la mujer

gestante si tiene síntomas relacionados con una vaginosis bacteriana. No se ha encontrado asociación entre el tratamiento con metronidazol en el tercer trimestre y el desarrollo de anomalías en el recién nacido.

Herpes simplex genital

El herpes simplex genital asocia aborto espontáneo y prematuridad. La infección congénita intrauterina es poco frecuente pero si lo es la infección en el canal del parto manifestando en el recién nacido como infección sintomática afectándose la piel, ojos y sistema nervioso central e incluso pudiendo diseminarse a otros órganos. Esta infección además de tener una importante y frecuente morbilidad también tiene una elevada tasa de mortalidad.

El riesgo de herpes simple neonatal es mayor cuando la infección genital materna es primaria y se adquiere cercana al parto. 30% vs 3%. No obstante como las recurrencias son más frecuentes que la infección primaria estas son responsables del mayor número de casos.

Ante la existencia de herpes genital se debe realizar cesárea ante pródomos de parto o rotura de membranas. Si el herpes simple no es genital no está indicada la realización de cesárea.

La infección VIH asocia con mayor frecuencia recurrencias y episodios más prolongados y sintomáticos. Es también más frecuente la reactivación del herpes en la mujer gestante VIH.

Debe utilizarse tratamiento supresivo antiviral de la infección sintomática y la terapia sorpresiva profiláctica para evitar las recurrencias frecuentes en la mujer VIH. El riesgo de herpes en el recién nacido de mujer VIH cuya recurrencia de herpes zoster se produce en el embarazo es elevado y debería tratarse por expertos. El empleo de aciclovir de forma profiláctica al final de embarazo ha demostrado suprimir la replicación viral y con ello la recurrencias y por tanto la realización de cesáreas por esta causa. No obstante esta estrategia no se ha estudiado en la mujer –VIH que suele tener con más frecuencias recurrencias con algunas de las cuales son asintomáticas. No se recomienda el empleo de aciclovir como profilaxis en la mujer gestante VIH para evitar la realización de cesáreas

VIRUS papiloma humano:

El virus del papiloma humano origina verrugas genitales que en algunas circunstancias como durante el embarazo se vuelven friables y aumentan de tamaño. Estos pueden hacer que intervengan mecánicamente en la obstrucción al canal del parto además de poder suponer una posibilidad de infección, la papilomatosis laríngea para el recién nacido.

Para evitar la infección en el recién nacido, dada la poca posibilidad de infección de este, no está indicado la realización de cesárea. Si se debe realizar esta cuando hay dificultades mecánicas para el parto.

Durante el embarazo debe hacerse una citología vaginal y en el caso de que esta se encuentre alterada es recomendable la realización de colposcopia y biopsia cervical.

No se debe hacer curetaje endocervical por el riesgo de sangrado y la colposcopia en caso de que la previa estuviera alterada se debe repetir entre las 34-36 semanas de gestión. La mujer con lesiones cervicales preinvasivas puede tener un parto vaginal pero si hay sospecha de cáncer de cérvix se debe remitir a esta a un ginecólogo oncólogo

La infección por el papiloma virus humano es más frecuente en la mujer VIH debido a la inmunosupresión.

Sífilis:

La sífilis es más prevalente en la gestante VIH que en la no VIH. Esta debe detectarse y forma parte del screening en el embarazo normal y en el de la mujer VIH porque el tratamiento de la misma evita la infección del feto y la morbi-mortalidad que en el produce, 50% de prematuridad, aborto y recién nacido muerto.

La serología durante el embarazo debe realizarse en el primer reconocimiento de salud o primera visita durante el embarazo y repetirse en la semana 28 de gestación.

Una serología para sífilis también debe hacerse si ha sucedido un aborto después de la semana 20 de gestación así como ante el desarrollo de síntomas neurológicos.

El tratamiento se realiza con penicilina parenteral dependiente el régimen del estadio de la sífilis. Se recomienda una segunda inyección una semana después de la primera en los casos de sífilis primaria, secundaria o latente precoz debido a una posible falta de actitud del y tratamiento estándar con penicilina en el embarazo y también es recomendable esta actitud en la infección VIH. En la gestante con sífilis latente tardía o sífilis de duración desconocida se debe realizar estudio de líquido cefalorraquídeo y en caso de ser este positivo el tratamiento se base en penicilina intravenosa durante 7-10 días.

Si por ecografía se documenta la existencia de hidrops fetal o hepatoesplenomegalia sugestivo de sífilis congénita el fracaso del tratamiento incrementa por lo que debe hacerse un seguimiento en este caso por expertos.

El tratamiento efectuado en la segunda mitad del embarazo de asocia con una reacción de Jarisch-Herxheimer en el 40% de casos que pueden hacer que se desencadene un parto prematuro o pérdida de bienestar fetal.

En caso de alergia a penicilina se debe realizar desensibilización a la misma para poder efectuar tratamiento con esta en el embarazo ya que es el único tratamiento que se ha mostrado eficaz incluso habiendo realizado un tratamiento correcto, debe realizarse controles tras el parto para asegurarse que el recién nacido no ha resultado infectado.

El seguimiento clínico y analítico debe hacerse en el tercer trimestre y los 3, 6, 9, 12 y 24 meses tras el tratamiento. Si existe fracaso del tratamiento debe realizarse estudio de LCR y retratamiento. Algunos autores recomiendan la realización de test serológicos mensuales y si se produce un ascenso de estos considerarlo un fracaso en el tratamiento y volver a tratar.

Citomegalovirus:

Citomegalovirus (CMV) es la etiología más frecuente responsable de infección congénita en Estados Unidos. Alrededor del 2% de los lactantes adquieren la infección de forma perinatal. La infección materna suele ser asintomática y en algunos casos pueden cursar de forma sintomática con un cuadro mononucleosico.

La infección además de por vía oral se puede adquirir por contagio sexual o por inyección de drogas por vía parenteral.

La infección se puede adquirir intraútero en un 1-2% de los hijos de las madres con infección por CMV previo al embarazo, 25-50% Intraparto y de un 40-60% durante la lactancia.

Si la infección se produce intraútero suele original sintomatología neonatal o durante el periodo de lactante. El 90% de los lactantes infectados son asintomáticos. Si la infección se produce en el primer trimestre suele cursar con más frecuencia con síntomas.

Incluso aun naciendo asintomáticos, muchos lactantes desarrollaran sordera neurosensorial, retraso mental o alteraciones del desarrollo psicomotor.

La sintomatología clínica más severa incluye alteración en el crecimiento de forma simétrica (CIR o crecimiento intrauterino retardado), hepatoesplenomegalia, coriorretinitis, microftalmia, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales.

En el caso de la gestante VIH, las tasas de transmisión vertical son superiores a la mujer no VIH 4,5% vs 1-2%. Si bien suelen ser infecciones asintomáticas al nacer ya se tratan de mujeres con infecciones previas al embarazo.

Hay estudios previos a la era TARGA que analizan que la progresión de *la infección VIH es mayor en el lactante coinfectado por CMV e incluso en*

el caso de una gestante muy inmunodeprimida (<100 CD4) test de detección de la infección que determinan la presencia del virus como antigenemia o PCR.

Los métodos para reducir la infección en el recién nacido incluyen la realización de prácticas sexuales protegidas, lavado de manos y transfusión de sangre o hemoderivados solo de donantes CMV negativos.

Ante la mujer con inmunodepresión grave (<100 CD 4), la profilaxis primaria no está indicada de forma rutinaria. No obstante tras enfermedades por CMV (retinitis o enfermedades invasiva) que ha tenido reconstitución inmune con CD4 superiores a 150/mm³ durante 3-6 meses tampoco estaría indicada la profilaxis durante el embarazo.

Toxoplasmosis:

La tasa de infección en la mujer embarazada depende del país, así como ejemplo en Estados Unidos se encuentran en torno a un tercio sucediendo la infección primaria en un 1-5% siendo las tasas de infección más elevadas en zonas o países de bajos recursos.

La infección congénita es más frecuente si la gestante pasa la primo infección durante el tercer trimestre que durante el primer trimestre de embarazo (59% vs 9%), si bien este periodo la infección congénita cursa con más frecuencia de forma asintomática.

Aunque la mayoría de las infecciones congénitas cursan de forma sintomática al nacimiento, la mayoría desarrollan secuelas con el paso de tiempo, dos tercios de los lactantes infectados después del primer trimestre presentarán clínica severa y se producirán un 5% de abortos o fallecimientos en el periodo perinatal.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la toxoplasmosis congénita son coriorretinitis, microcefalia, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales.

La transmisión vertical de la toxoplasmosis de una madre VIH positiva con anticuerpos de toxoplasmosis previos al embarazo puede suceder si bien no es muy frecuente (0-3,7%) aunque no hay estudios realizados para demostrar esto en el caso de las gestantes más inmunodeprimida.

Durante el embarazo de la mujer VIH positiva se debe realizar test serológicos de toxoplasmosis. IgM e IgM con avidéz. Si la IgG es positiva la IgM negativa o la IGM es positiva con IgG de alta avidéz se considera que la mujer se infectó previo al embarazo y no se necesita tratar a no ser que tuviera toxoplasmosis sintomática. La profilaxis primaria no está indicada ni tampoco la secundaria.

En la mujer embarazada que presente sintomatología clínica consistente en fiebre, escalofríos, malestar, Linfadenopatias, mialgias y cefalea debe realizar una serología para toxoplasma para descartar primo infección por toxoplasma.

Debe realizarse controles ecográficos en el feto para detectar manifestaciones clínicas de toxoplasmosis.

Los recién nacidos de mujeres con infección VIH y seropositivas para toxoplasma deben ser examinados para descartar toxoplasmosis congénita si el lactante se presenta para evitar la infección por toxoplasma se debe comer carne muy cocinada y verduras también cocinadas. Los gatos domésticos no deben salir de casa y deben alimentarse con comida comercial, la arena con los excrementos se deben cambiar diariamente por personas diferentes a la gestante.

9.2.2.10 Tratamiento de la mujer gestante infectada por el

VIH Diagnóstico de la infección por VIH en la gestación

A fin de prevenir la TV del VIH es imprescindible que tanto las mujeres embarazadas como aquellas que planifiquen un embarazo conozcan su posible condición de infectadas por el VIH. Por ello es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y la realización de la serología frente al VIH. Este primer paso es básico para poder disminuir la TV.

Cualquier profesional de la salud que atienda a una mujer que planifique quedarse embarazada debe explicarle la trascendencia del conocimiento de

su seroestado frente al VIH y ofrece la realización de la prueba antes de la concepción.

La serología frente al VIH se debe indicar en la primera visita, tras ofrecerle una información adecuada al respecto, y ha de realizarse lo antes posibles.

Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto, o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de pruebas serológicas rápidas. La factibilidad y utilidad de estas pruebas se ha demostrado en un estudio multicentrico americano en el que el tiempo medio transcurrido entre la extracción de sangre para la determinación del VIH y el resultado de la misma fue de 66 minutos 71. La FDA también ha aprobado técnicas rápidas de determinación de anticuerpos en saliva, aunque probablemente su especificidad es menor 72.

En las mujeres con prácticas de riesgo para la infección por el VIH durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada o tiene riesgo de estarlo, es importante educar a las pacientes en la adopción de medidas preventivas que disminuyen dicho riesgo. Además, se debe repetir la prueba al menos una vez cada trimestre. Si no es posible hacer este seguimiento, se indicara una prueba rápida antes del parto.

En el caso de que la mujer se negara a realizarse la serología del VIH, dada la potencial trascendencia de esta decisión, debe reflejarse por escrito en la historia clínica.

Información a la mujer gestante

En la práctica clínica se pueden encontrar tres grupos diferentes de embarazadas con infección por el VIH: las que conocían su infección antes de la gestación, las diagnosticadas como parte del cribado al inicio del embarazo y aquellas en las que el diagnóstico se realiza en fases avanzadas del embarazo o en el parto.

9.3. Parto y transmisión vertical

El parto es el periodo en el que se producen la mayor parte de los casos de infección neonatal⁸¹, aunque en la era del TARGA se ha detectado un aumento relativo de la proporción de infecciones intraútero. Por ello, en el momento del parto es esencial la aplicación de medidas terapéuticas y profilácticas

Durante el parto, el feto se ve expuesto a la sangre y a las secreciones maternas que pueden contener el VIH. Aunque el mecanismo exacto por el que se produce la TV no ha sido identificado, las posibles causas incluyen las microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones,

el ascenso del virus a través de la vagina y el cérvix una vez que las membranas se han roto, y la absorción del virus a través del tracto digestivo del niño.

Aunque el factor aislado que mejor predice la transmisión es la CVP materna en distintos se ha demostrado una resolución consistente en las tasas de TV. Cuando se realiza una cesárea electiva; esto es, antes del inicio del parto y antes de que se produzca la rotura de la bolsa amniótica. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la disminución de la CVP y a la programación del modo del parto.

Recomendaciones para el manejo en la gestante seropositiva

El principal objetivo es alcanzar el momento del parto con la CVP más baja posible, para ello la terapia más eficaz es la TARGA. Durante el embarazo se ha de administrar tratamiento independiente de la CVP basal de la madre, puesto a que se ha comprobado una menor transmisión con la terapia incluso con cargas virales basales muy bajas. A continuación se detalla el manejo propuesto del parto, según las distintas situaciones.

Pacientes que reciben TARGA y con 36 o más semanas de gestación:

- ❖ El primer objetivo es alcanzar, en el momento del parto, la CVP más baja posible. Se recomienda realizar una última determinación entre las semanas 34 y 36 de gestación. (Nivel B).

- ❖ En caso de CVP baja (<1.000 copias/ml) la cesárea electiva no parece ofrecer una reducción de la TV. La paciente debe conocer los riesgos y beneficios tanto de la cesárea (aumento de morbilidad y mortalidad) como del parto vaginal y debe poder decidir sobre el tipo de parto. (Nivel B).
- ❖ Si opta por un parto vaginal se han de aplicar las medidas obstétricas que contribuyen a minimizar la TV: no emplear electrodos colocados en el cuero cabelludo del feto, no realizar micrótomos fetales, evitar los partos instrumentales y la episiotomía e intentar mantener la bolsa amniótica íntegra el mayor tiempo posible. (Nivel B).
- ❖ Pacientes con menos de 36 semanas de gestación o con otras pautas de tratamiento antirretroviral distintas del TARGA, o con CVPI >1.000 copias/ml o con diagnóstico tardío:
- ❖ Programar una cesárea electiva a las semanas 37-38 de gestación para evitar, el distress respiratorio fetal y el inicio espontáneo del parto y/o la rotura prematura de la bolsa amniótica (Nivel C).

10.- HIPÓTESIS

10.1.- Hipótesis General o Básica

El desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo) influirá positivamente en el mejoramiento de la calidad de atención de la Unidad

10.2.- Hipótesis derivadas

- ❖ La actitud laboral del personal de enfermería incide positivamente en el comportamiento de pacientes con VIH – SIDA en el área de Gineco– Obstetricia del Hospital León becerra de Milagro.
- ❖ Identificando las habilidades y competencias del profesional de enfermería; se establecerán planes de acción para mejorar la atención de las pacientes con VIH – SIDA.
- ❖ Desarrollando un plan de acción de políticas de salud y normas del Ministerio de Salud Pública sobre transmisión vertical para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento de las pacientes con VIH – SIDA del área de Gineco –obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro, disminuirá los problemas de transmisión vertical (madre/hijo de V.I.H.)

10.3 VARIABLES.

10.3.1. Variables Independientes.

- ❖ Evaluación del desarrollo social del talento humano de enfermería.
- ❖ La actitud del personal de Enfermería.
- ❖ Las Habilidades y competencias del profesional de Enfermería.
- ❖ Plan de acción.

10.3.2. Variables dependientes.

- ❖ Control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo)
- ❖ Comportamiento de pacientes con VIH-SIDA.
- ❖ Atención de pacientes
- ❖ Problemas de trasmisión vertical.

10.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CATEGORIA	CONCEPTO	VARIABLES	INDICADOR	INDICE
<p>Evaluando la incidencia del desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo) influirá en el mejoramiento de la calidad de atención en la Unidad.</p>	<p>Desarrollo del capital humano y capital social, implica una evolución o cambio positivo en las relaciones de individuos, grupos e instituciones en una sociedad.</p> <p>Talentos humanos de enfermería. Personas que brindan atención integral a los usuarios o pacientes.</p>	<p>Desarrollo Social del Talento Humano de Enfermería.</p> <p>Personal de Enfermería</p>	<p>Clase de Evaluación de I desarrollo social de enfermería</p> <p>No. De talento humano de enfermería</p>	<p>1 ¿La Evaluación del desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco- Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de trasmisión vertical es?</p> <p>Eficaz _____</p> <p>Oportuna _____</p> <p>Ineficaz _____</p> <p>2 ¿El número de talento humano de enfermería para la atención y control de transmisión vertical del VIH – SIDA en Área de Gineco-obstetricia es?</p> <p>Suficiente _____ Insuficiente. _____</p>

10.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CATEGORIA	CONCEPTO	VARIABLES	INDICADOR	INDICE
<p>La actitud laboral del personal de enfermería incide positivamente en el comportamiento de pacientes con VIH – SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro</p>	<p>Actitud laboral: forma de actuar de una persona en su desempeño laboral.</p> <p>Comportamiento. Es Manera de proceder que tiene las personas</p>	<p>Actitud del personal</p> <p>Pacientes con VIH-SIDA.</p>	<p>Actitud laboral del personal de Enfermería</p> <p>Tipo de Comportamiento de los pacientes</p>	<p>3 ¿La actitud laboral del personal de enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de transmisión vertical es?</p> <p>Buena _____</p> <p>Regular _____</p> <p>Mala _____</p> <p>4 ¿Cómo perciben el comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro (Madre-hijo) ? Agresiva _____</p> <p>Pasiva _____ Asertiva _____</p>

10.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CATEGORIA	CONCEPTO	VARIABLES	INDICADOR	INDICE
Identificando las habilidades y competencias del profesional de enfermería; se establecerán planes de acción para mejorar la atención de las pacientes con VIH –	<p>Competencias son las capacidades de poner en operación los diferentes conocimientos y habilidades.</p> <p>Atencion de salud. Es atención que se brinda a los usuarios en beneficio de su salud.</p>	<p>Competencias del profesional de enfermería</p> <p>Personal de Enfermería</p>	<p>Nivel de competencias del personal de Enfermería</p> <p>Tipo de atención</p>	<p>5 ¿El nivel de competencias del personal enfermería del área de Gineco- Obstetricia Hospital León Becerra de Milagro en la de calidad las pacientes embarazadas con es?</p> <p>Alto _____</p> <p>Medio _____</p> <p>Bajo _____</p> <p>6 ¿Qué tipo de atención brinda el personal enfermería a pacientes con de VIH-SIDA (Madre-hijo)?</p> <p>Buena _____</p> <p>Regular _____ Mala _____</p>

10.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CATEGORIA	CONCEPTO	VARIABLES	INDICADOR	INDICE
<p>Desarrollando un plan de acción de políticas de salud y normas del Ministerio de Salud Pública sobre transmisión vertical para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento de las pacientes con VIH – SIDA del área de Gineco – obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro, disminuirá los problemas de transmisión vertical (madre/hijo de V.I.H.)</p>	<p>Capacitación.Acción y efecto de capacitar</p>	Capacitación	Clase de capacitación	<p>7 ¿La capacitación que ha recibido sobre la Transmisión vertical del VIH-SIDA(Madre-hijo).ha sido?</p> <p>Eficaz _____</p> <p>Oportuna _____</p> <p>Ineficaz _____</p> <p>Nunca ha recibido_____</p>
	<p>Educación.Acción y efecto de educar.</p>	Educación	Tipo de educación	<p>8 ¿Cuál es el tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre hijo)?</p> <p style="text-align: center;">Temporal</p>
	<p>Personal sanitario.Personas que pertenecen al campo de la salud</p>	Equipo de Salud	Personal entrenado con políticas de salud y normas MSP	<p>9.-El equipo de salud entrenado con políticas y normas MSP para llevar este programas en el área de Gineco-obstetricia es:</p> <p>Eficiente :_____</p> <p>Ineficiente :_____</p>

11.-METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

11.1 Modalidad de investigación

La presente investigación es de campo, ya que se realizó de manera personal sobre el tema de estudio, para obtener la información necesaria, para la elaboración del trabajo investigativo.

11.2 Tipo de investigación (nivel)

Es bibliográfica.- Por cuanto recoge y analiza la información de diferentes fuentes bibliográficas del Ecuador y de otros países relacionados con el problema de investigación; se apoya también en análisis y críticas de documentos.

Es descriptiva explicativa.- En razón de que explica y describe los hechos y actos de servicios de calidad en el área de salud, vinculando directamente al problema planteado.

Es exploratoria.- A través de la investigación se ha logrado tener un diagnóstico del problema, obteniendo resultados que permiten determinar alternativas de solución, las mismas que serán recopiladas en la ciudad de Milagro.

11.3.- Población y

muestra Población

La población o universo a investigar lo conforman el personal de salud que labora en el área de Gineco-obstetricia y las usuarias.

Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra de las usuarias y el personal de salud se utilizó la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{N}{e^2 (N-1) + 1}$$

Datos

Calculo para la muestra n=

tamaño de la muestra e=

Error máximo admisible

N= Tamaño de la población

$$n = \frac{1434}{(0.05)^2 [(1434-1) + 1]} = \frac{1434}{(0.0025) (1433) + 1} = \frac{1434}{4.5825} = 313$$

R= 313Personas a encuestar.

Como he establecido que las 1434 personas de la población, responden a una segmentación entre pacientes y personal de salud que representa el 100% de la población a encuestar, el problema es saber entonces con esta nueva cantidad de personas, (313 personas), cuántas serán encuestadas ahora.

Por ello se realizó una regla de tres, para conocer el porcentaje de la segmentación establecida previamente:

La población: 1434 que corresponden al 100%

$$X = (43) (100) / 1434 = 2.9986\% \text{ Personal de salud}$$

De la misma manera:

$$X = (1391) (100) / 1434 = 97 \text{ Pacientes}$$

Por lo tanto determino que la población está presente en un porcentaje de:

Personal de salud	2.998%
-------------------	--------

Pacientes	97.00 %
-----------	---------

100%

Ahora debo considerar la muestra que es de 313 personas según la fórmula aplicada, como el 100 % de los que voy a encuestar; así debo aplicar los porcentajes a esta muestra.

Personal de salud (2.998%) (313) = 9

Pacientes , (97.00%) (313)= 304

En resumen, las personas a aplicar las encuestas son:

Personal de salud = 9

Pacientes = 304

Total = 313 personas a encuestar

11.4.- Métodos y Técnicas

La metodología que se empleó, lo utilice para distinguir en la práctica la esencia de los procesos, hechos, fenómenos y objetos del mundo sobre la base de las manifestaciones externas, fenoménicas; por ello se utilizó el pensamiento abstracto, el conocimiento hermenéutico para la evaluación del desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro y su incidencia en el control de la transmisión vertical del VIH – SIDA (madre e hijo).

Los métodos que se utilizaron son los siguientes:

- ❖ Científico

- ❖ Descriptivo

Método Científico El método científico me permitió a través de la conceptualización ubicar estratégicamente los objetivos, metas y valores para el establecimiento de la relación causa y efecto de la actuación comportamiento de lo investigado en el presente trabajo.

Método descriptivo Se usó este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente los datos conseguidos facilitando la interpretación de los mismos.

11.5.-Técnicas

Las técnicas que se utilizaron son: La encuesta la cual estaban dirigidas a una muestra representativa del personal de salud y la entrevista dirigida a pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro.

11.6.- Instrumentos.

- ❖ Fichas con características
- ❖ Guía para la entrevistas
- ❖ Cuestionario

12.-RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

12.1.- Análisis e interpretación de resultados

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA SALUD DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO

1.- ¿La evaluación del desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco - Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de trasmisión vertical es?

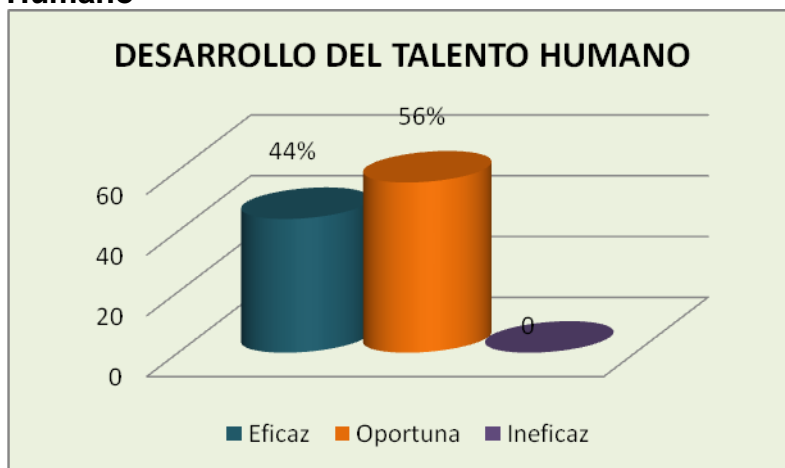
Tabla N° 1.- Personal de salud hablan del desarrollo social del talento humano

Desarrollo social del talento humano de enfermería	Personal de Enfermería	
	#	%
Eficaz	4	44
Oportuna	5	56
Ineficaz	0	0
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 1.- Personal de salud hablan del desarrollo social del Talento Humano



Análisis: Según el personal de salud encuestado el 56% indica que el control de Transmisión vertical es oportuno y el 44% indica que es eficaz.

Interpretación: El personal cree que es oportuna la atención sobre transmisión vertical

2.- ¿El número de talento humano de enfermería para la atención y control de transmisión vertical del VIH -SIDA en Área de Gineco-obstetricia es?

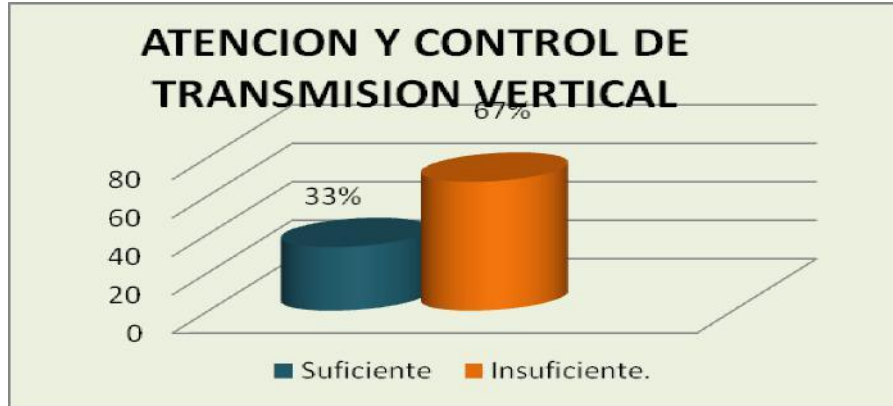
Tabla N° 2.- Respuestas sobre la atención y control de transmisión vertical del VIH -SIDA en Área de Gineco-obstetricia

Atención y control de transmisión vertical del VIH -SIDA	Personal de Enfermería	
	#	%
Suficiente	3	33
Insuficiente.	6	67
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 2. Respuestas sobre la atención y control de transmisión vertical del VIH -SIDA en Área de Gineco-obstetricia



Análisis: De acuerdo a la encuestas el número de recursos humanos de enfermería para la atención y control de transmisión vertical del VIH – SIDA en Área de Gineco-obstetricia es ineficiente con un 67 %.

Interpretación: Los recursos humanos son insuficientes lo que impide brindar una atención eficaz con calidad y calidez.

3.- ¿La actitud laboral del personal de enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de trasmisión vertical es?

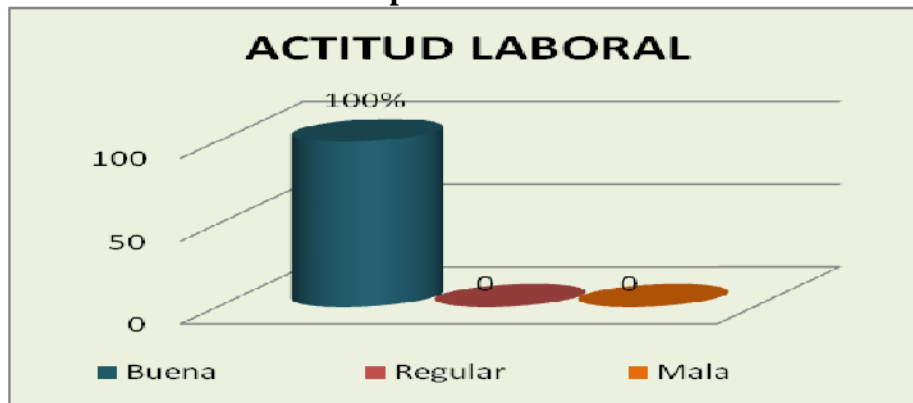
Tabla N° 3.- Actitud laboral del personal de enfermería.

Actitud laboral	Personal de Enfermería	
	#	%
Buena	9	100
Regular	0	0
Mala	0	0
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 3. Actitud laboral del personal de enfermería



Análisis: Analizando el gráfico se puede observar que la actitud laboral del personal de enfermería del área de Gineco- Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de trasmisión vertical es buena en un 100%.

Interpretación:

La actitud laboral es buena para la atención de las pacientes en el control de la transmisión vertical

4 ¿Cómo perciben el comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA en el área de Gineco - Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro (Madre-hijo)?

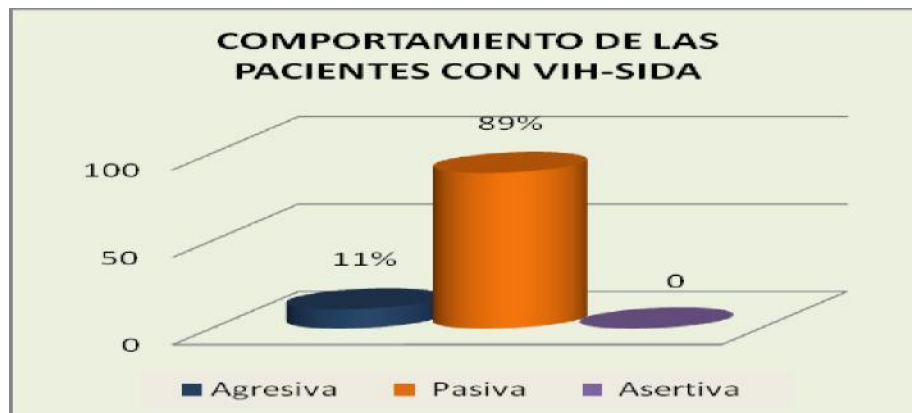
Tabla N° 4.- Comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA

Comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA	Personal de Enfermería	
	#	%
Agresiva	1	11
Pasiva	8	89
Asertiva	0	0
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 4. Comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA



Análisis: De acuerdo al personal encuestado el comportamiento que perciben de las pacientes con VIH-SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra es pasiva en un 89% y agresiva en un 11%.

Interpretación: Las pacientes que asisten al área de Gineco - Obstetricia son de comportamiento pasivas

5.- ¿El nivel de competencias del personal de enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en la atención de calidad a las pacientes embarazadas con VIH es?

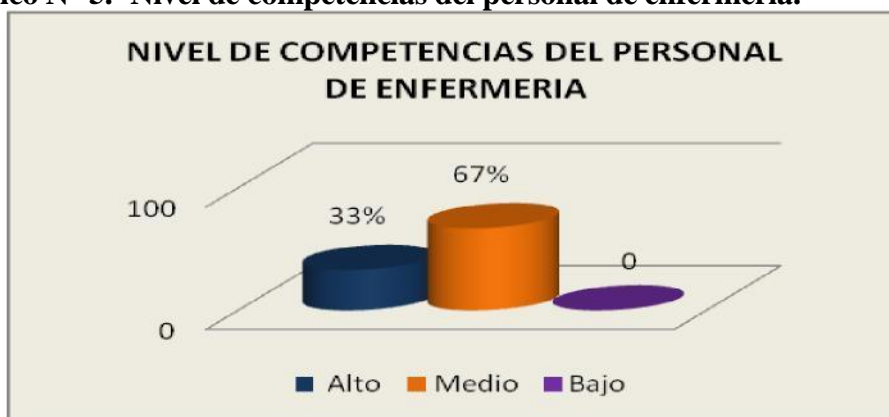
Tabla N° 5.- Nivel de competencias del personal de enfermería

Nivel de competencias del personal de enfermería	Personal de Enfermería	
	#	%
Alto	3	33
Medio	6	67
Bajo	0	0
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 5.- Nivel de competencias del personal de enfermería.



Análisis: De acuerdo con las encuestas establecidas el 67% considera nivel medio en las competencias del personal de enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en la atención de calidad a las pacientes embarazadas con VIH.

Interpretación: La atención de calidad del personal de enfermería es media de acuerdo a sus competencias.

6.-¿Qué tipo de atención brinda el personal de enfermería a pacientes con de VIH-SIDA (Madre-hijo)?

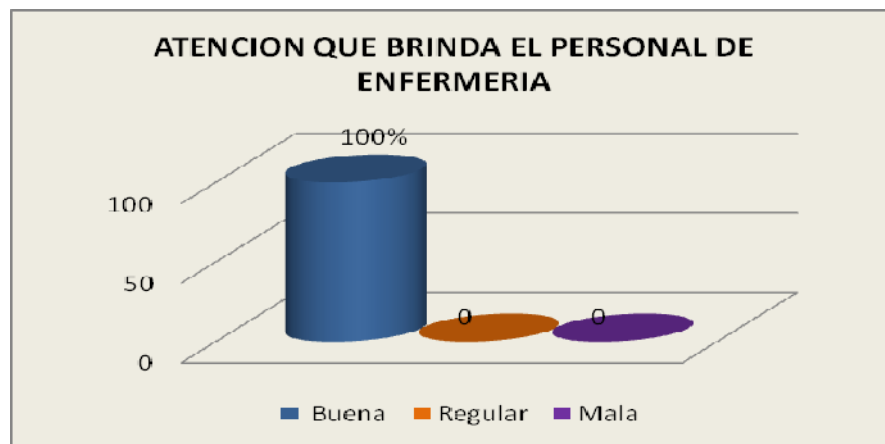
Tabla N° 6.- Tipo de atención que brinda el personal de enfermería.

Tipo de atención que brinda el personal de enfermería	Personal de Enfermería	
	#	%
Buena	9	100
Regular	0	0
Mala	0	0
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 6.- Tipo de atención que brinda el personal de enfermería.



Análisis: El personal de salud encuestado manifiesta que el tipo de atención brinda el personal de enfermería a pacientes con VIH-SIDA, es buena en un 100%.

Interpretación: La atención de enfermería es buena para la atención de pacientes con VIH-SIDA.

7.- ¿La capacitación que ha recibido sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo).ha sido?

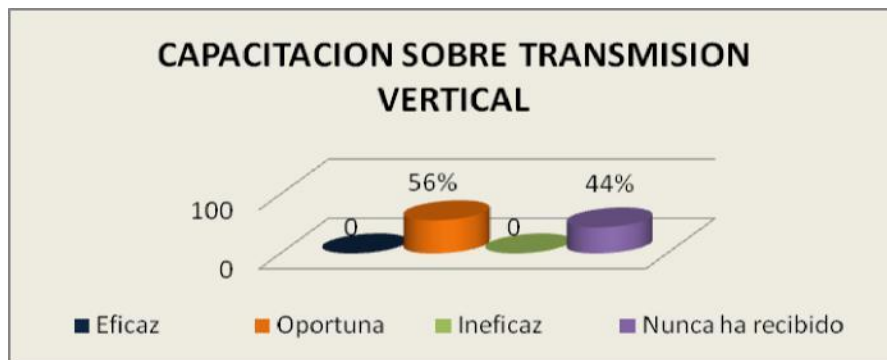
Tabla N° 7.- Tipo de Capacitación sobre transmisión vertical.

Capacitación sobre transmisión vertical.	Personal de Enfermería	
	#	%
Eficaz	0	0
Oportuna	5	56
Ineficaz	0	0
Nunca ha recibido	4	44
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 7.- Tipo de Capacitación sobre transmisión vertical



Análisis: Los profesionales encuestados manifiestan que la capacitación que ha recibido sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo) ha sido oportuna, mientras que un 44% indica que nunca ha recibido capacitación incidiendo que no puedan brindar una orientación eficaz a las madres con VIH.

Interpretación: La capacitación que han recibido sobre transmisión vertical ha sido oportuna.

8 ¿Cuál es el tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo)?

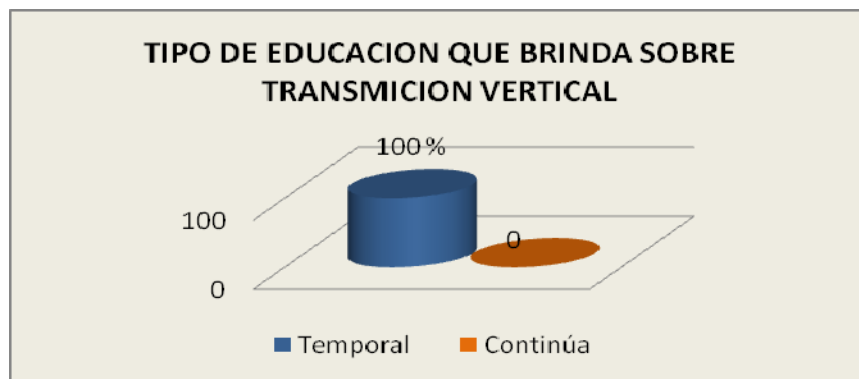
Tabla N° 8 Tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA

Tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA	Personal de Enfermería	
	#	%
Temporal	9	100
Continúa	0	0
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 8.- Tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA



Análisis: Según los encuestados que han recibido la capacitación sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo), indican el 100%, que son temporal y que desearían que sean continua para el mejoramiento de la atención y orientación a las usuarias.

Interpretación: La capacitación que han recibido ha sido temporal.

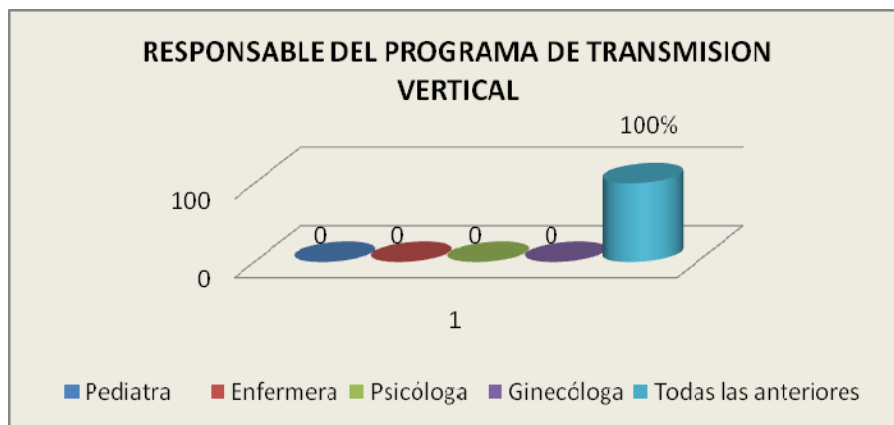
9. ¿Sabe usted quienes son los responsables del programa Transmisión vertical del VIH/SIDA?

Tabla N° 9.- Responsables del programa Transmisión vertical del VIH/SIDA?

Responsables del programa Transmisión vertical del VIH/SIDA?	Personal de Enfermería	
	#	%
Pediatra	0	0
Enfermera	0	0
Psicóloga	0	0
Ginecóloga	0	0
Todas las anteriores	9	100
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro
 Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 9.- Responsables del programa Transmisión vertical del VIH/SIDA?



Análisis: El personal encuestado indica que los responsables del programa de Transmisión vertical del VIH/SIDA son el pediatra, la enfermera, el psicólogo, y la ginecóloga.

Interpretación: El equipo de salud actúa conjuntamente en la atención de las usuarias embarazadas.

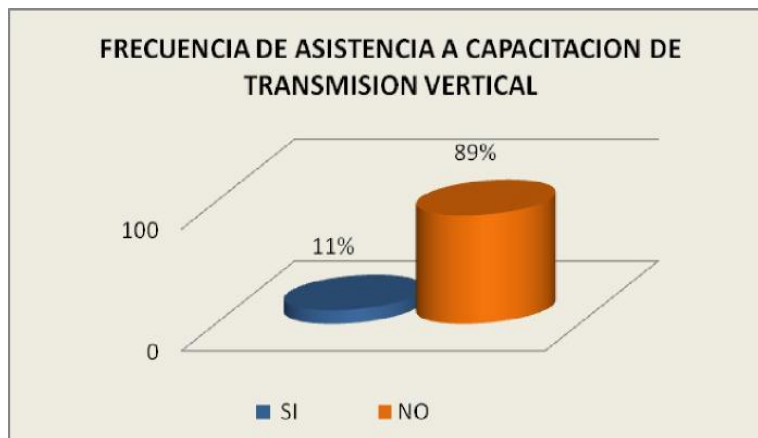
10.- ¿Asiste usted con frecuencia a cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH/SIDA?

Tabla N° 10.- Asistencia a cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH/SIDA

Frecuencia de asistencia cursos de	Personal de	
	#	%
SI	1	11
NO	8	89
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro
Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 10.- Asistencia a cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH/SIDA



Análisis: El personal encuestado indica en un 89% que no asisten frecuentemente a cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH/SIDA.

Interpretación: El personal no asiste a cursos de actualización sobre trasmisión vertical.

11. ¿Conoce usted el porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH/SIDA en el Hospital?

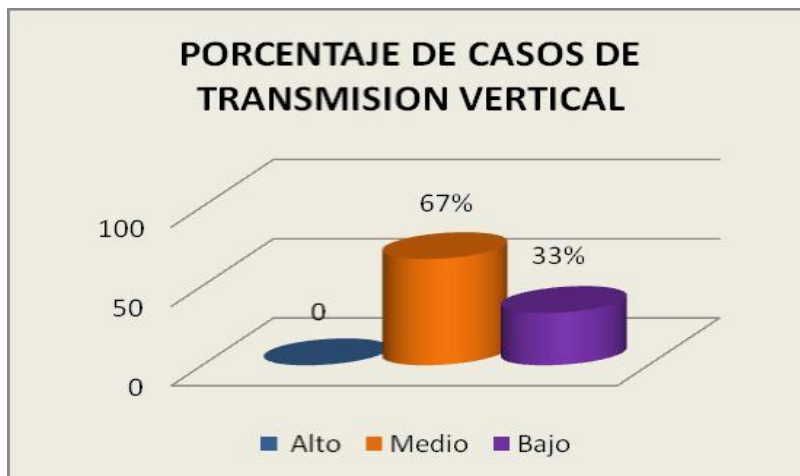
Tabla N° 11.- **Porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH/SIDA**

Porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH/SIDA	Personal de Enfermería	
	#	%
Alto	0	0
Medio	6	67
Bajo	3	33
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 11.- **Porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH/SIDA**



Análisis: Los encuestados consideran que Porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH/SIDA es medio con un 67% y bajo con un 33%.

Interpretación: El personal de enfermería considera un porcentaje medio los casos de transmisión vertical.

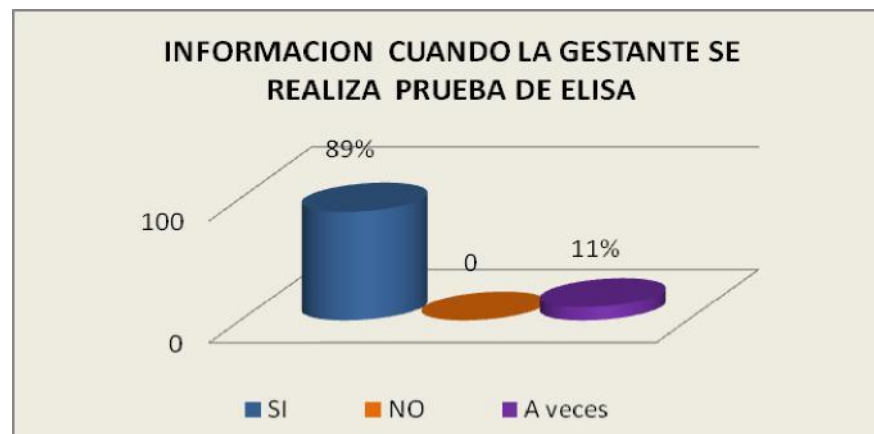
12. ¿La gestante recibe información y/o consejería cuando se le solicita la prueba de Elisa?

Tabla N° 12.- Información y/o consejería cuando la gestante se realiza prueba de Elisa

Información y/o consejería cuando la gestante se realiza prueba de Elisa	Personal de Enfermería	
	#	%
SI	8	89
NO	0	0
A veces	1	11
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro
Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 12.- Información y/o consejería cuando la gestante se realiza prueba de Elisa



Análisis: Los profesionales encuestados manifiesta en un 89% que la gestante si recibe información y/o consejería cuando se le solicita la prueba de Elisa.

Interpretación: Las gestantes si reciben la información necesaria cuando solicitan la prueba de Elisa.

13- ¿Conoce si existe alguna norma o directiva sobre prevención de la transmisión vertical del VIH?

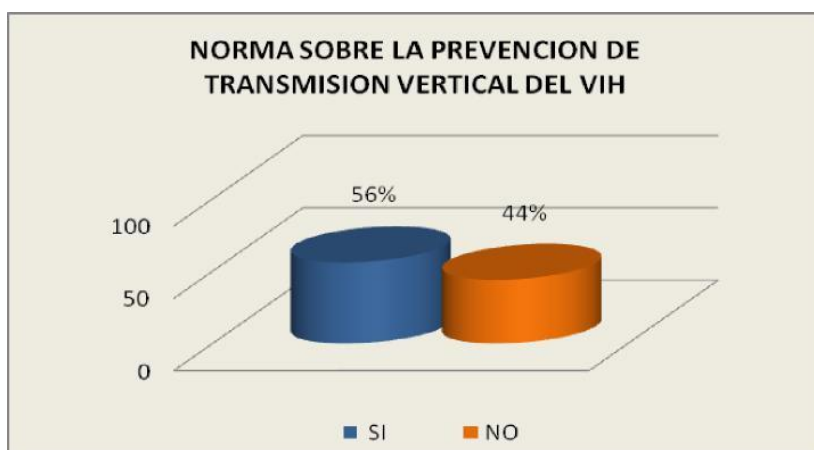
Tabla N° 13.- Norma sobre prevención de la transmisión vertical del VIH

Norma sobre prevención de la transmisión	Personal de Enfermería	
	#	%
SI	5	56
NO	4	44
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 13.- Norma sobre prevención de la transmisión vertical del VIH



Análisis: Los encuestados consideran el 56% que si existen normas y directrices sobre prevención de la transmisión vertical del VIH.

Interpretación: El personal de enfermería, consideran que si existe norma de bioseguridad.

14- ¿La gestante con VIH recibe algún tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical?

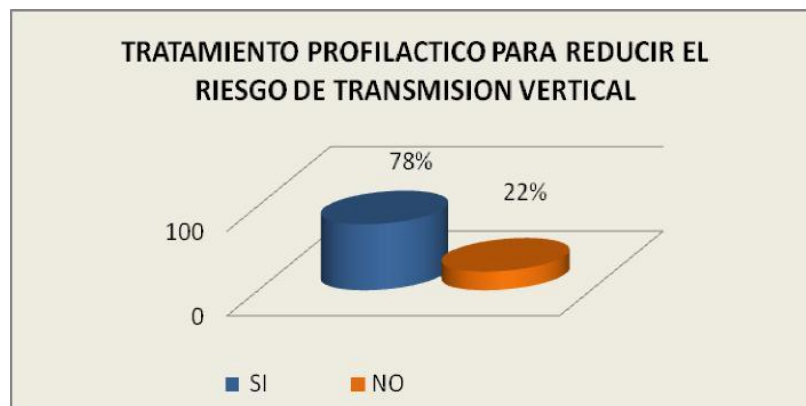
Tabla N° 14.- Tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical

Tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de	Personal de	
	#	%
SI	7	78
NO	2	22
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 14.- Tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical



Análisis: Los profesionales encuestados el 78% indican que la gestante con VIH recibe tratamiento profiláctico y un 22% indican que no.

Interpretación: Las gestantes con VIH si reciben el tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical.

15.- ¿Cree usted que el centro de salud Hospital León Becerra de Milagro cuenta con talentos humanos económicos y materiales ante la alta incidencia de embarazadas con VIH?

Tabla N° 15.- Talentos Humanos Económicos y materiales ante la alta incidencia de embarazadas con VIH

Talentos Humanos Económicos y materiales	Personal de Enfermería	
	#	%
SI	2	22
NO	7	78
Total	9	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro.

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo.

Gráfico N° 15.- Talentos humanos económicos y materiales ante la alta incidencia de embarazadas con VIH



Análisis: Los encuestados consideran en un 78% que el centro de salud Hospital León Becerra de Milagro no cuenta con talentos Humanos Económicos y materiales necesarios ante la alta incidencia de embarazadas con VIH.

Interpretación: El hospital no cuenta con talentos económicos y materiales necesarios para la alta incidencia de embarazadas con VIH.

Encuesta a usuarios externo (pacientes)

1.- ¿Ha escuchado alguna vez de las enfermedades que pueden transmitirse por relaciones sexuales?

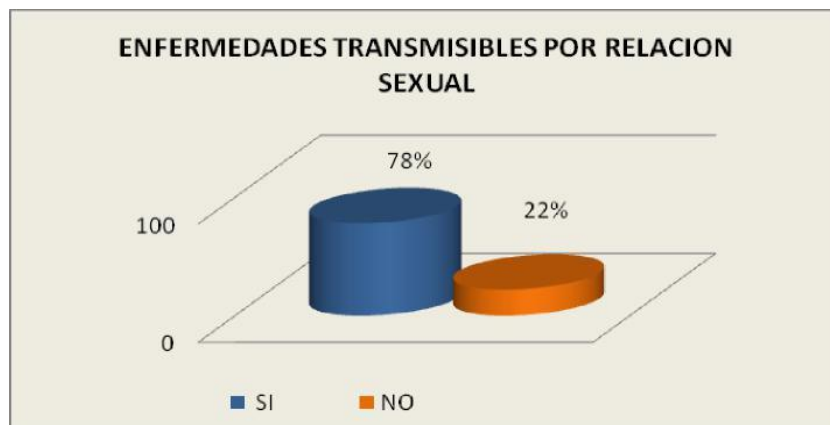
Tabla N°16.- Las enfermedades que pueden transmitirse por relaciones sexuales

Enfermedades transmisibles	Usuarías	
	#	%
SI	243	78
NO	70	22
Total	313	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 16.- Las enfermedades que pueden transmitirse por relaciones sexuales.



Análisis: Los encuestados un 78% ha escuchado alguna vez de las enfermedades que pueden transmitirse por relaciones sexuales

Interpretación: Las usuarias si conocen la formas de trasmisión sexual.

2. ¿Sabe que enfermedades se puede transmitir al bebe durante el embarazo?

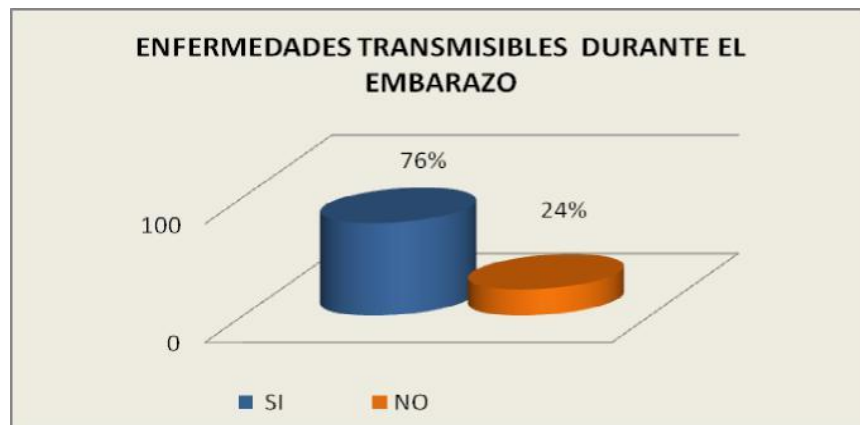
Tabla N° 17.- Enfermedades se puede transmitir al bebe durante el embarazo.

Enfermedades transmisibles	Usuaris	
	#	%
SI	243	76
NO	70	24
Total	313	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 17.- Las enfermedades que pueden transmitirse al bebe durante el embarazo



Análisis: Las encuestadas un 76% sabe que enfermedades se puede transmitir al bebe durante el embarazo, el 24% manifestaron que no saben.

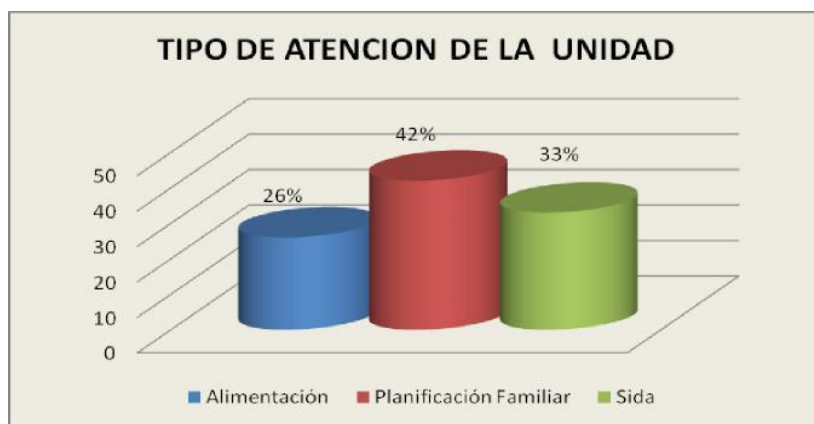
Interpretación: Las usuarias si conocen las enfermedades se pueden transmitir a bebe durante el embarazo.

3. ¿Cuándo viene al Hospital ha recibido charlas sobre? Tabla N° 18. Tipos de charlas que ha recibido en el Hospital.

Tipos de charlas	Usuaris	
	#	%
Alimentación	80	26
Planificación Familiar	130	42
Sida	103	33
Total	313	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro
Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 18.- Tipos de charlas que ha recibido en el Hospital



Análisis: Los tipos de charlas que han recibido las embarazadas el 42% manifiestan que ha sido sobre planificación familiar, el 33% sobre SIDA y el 26% sobre Alimentación.

Interpretación: Las usuarias manifiestan que le han brindado más charlas sobre planificación familiar.

4.- ¿Asiste usted a consulta prenatal frecuente y si le informado sobre lo que es la Transmisión Vertical del VIH-SIDA?

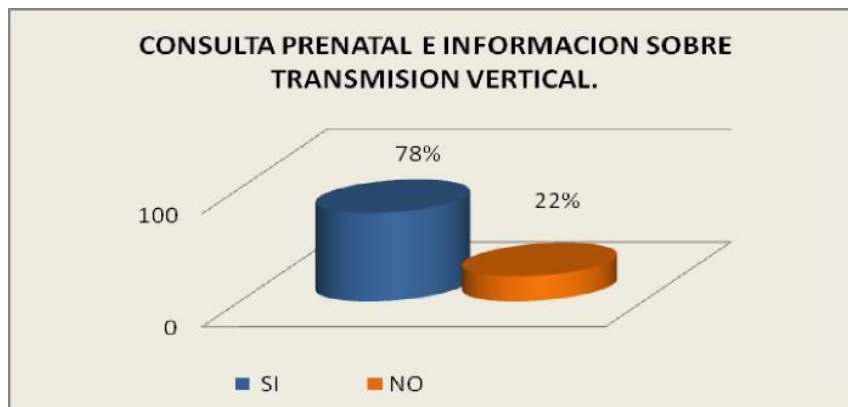
Tabla N° 19. Consulta prenatal frecuente e información sobre lo que es la Transmisión Vertical del VIH-SIDA

Consulta prenatal frecuente e información de Transmisión Vertical	Usuaris	
	#	%
SI	243	78
NO	70	22
Total	313	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 19.- Consulta prenatal frecuente e información sobre lo que es la Transmisión Vertical del VIH-SIDA



Análisis: Las encuestadas un 78% si reciben información sobre transmisión vertical en las consultas prenatales el 22% manifiestan que no reciben.

Interpretación: Las usuarias si reciben información sobre transmisión vertical en las consultas prenatales

5. ¿Cómo es la atención en esta unidad de salud a paciente pacientes viviendo con VIH-SIDA?

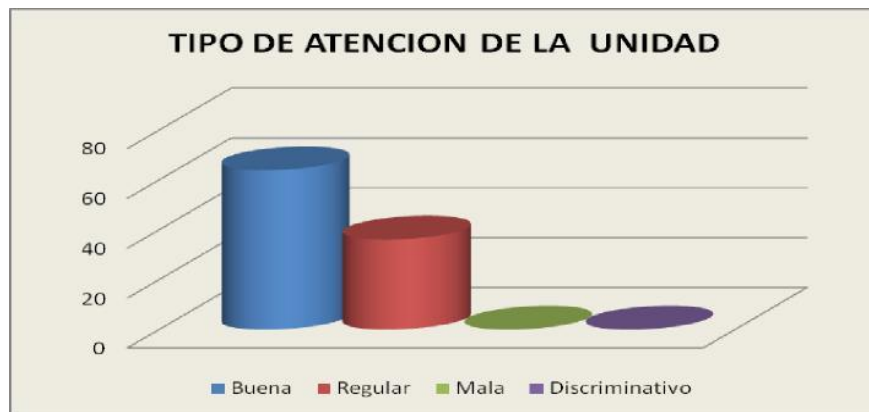
Tabla N° 20. Tipo de atención en la unidad de salud a paciente pacientes viviendo con VIH-SIDA.

Tipo de atención en la unidad	Usuarías	
	#	%
Buena	200	64
Regular	113	36
Mala	0	0
Discriminativo	0	0
Total	313	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 20.- Tipo de atención en la unidad de salud a paciente pacientes viviendo con VIH-SIDA.



Análisis: Las encuestadas un 64% manifiestan que la atención de la Unidad es buena y el 36% consideran que es regular.

Interpretación: Las usuarias manifiestan que la atención de la Unidad es buena.

6. ¿Durante su control prenatal le han solicitado la prueba de Elisa para el VIH?

Tabla N° 21.- Solicitud la prueba de Elisa para el VIH en el control prenatal.

Solicitud la prueba de Elisa para el VIH	Usuaris	
	#	%
SI	313	100
NO	0	0
Total	313	100

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro

Elaborado por: Lcda. Lilia Anguisaca Angulo

Gráfico N° 21.- Las enfermedades que pueden transmitirse al bebe durante el embarazo



Análisis: Las encuestadas el 100 % manifestaron que le realizaron la prueba de Elisa.

Interpretación: Las usuarias si se realizan la prueba de Elisa durante el control prenatal.

12.2.- Conclusiones y recomendaciones generales y específicas acerca de los resultados de la investigación

Conclusiones:

Se puede concluir que según el personal de salud encuestado del área de Gineco-obstetricia el 56% indica que el control de transmisión vertical es oportuno, aunque los recursos humanos de enfermería para la atención y control de transmisión vertical del VIH – SIDA son insuficientes con un 67 %, lo que impide brindar una atención eficaz con calidad y calidez.

La actitud laboral del personal de enfermería del área de Gineco- Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de transmisión vertical es buena en un 100%, en relación con el comportamiento que perciben de las pacientes con VIH-SIDA, reflejándose que un 89% son pasivas y el 11% agresiva, siendo este el grupo que más orientación tienen que brindar.

El 67% considera que el nivel en las competencias del personal de enfermería del área de Gineco- Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro es medio en la atención de calidad a las pacientes embarazadas con VIH, en relación con el tipo de atención que brinda el personal de enfermería a pacientes con VIH-SIDA, es buena en un 100%.

Los profesionales encuestados manifiestan que la capacitación que ha recibido sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo) ha sido oportuna, mientras que un 44% indica que nunca ha recibido capacitación incidiendo que no puedan brindar una orientación eficaz a las madres con VIH, a esto se suma que los encuestados que han recibido la capacitación sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo), indican el 100%, que son temporal y que desearían que sean continua para el mejoramiento de la atención y orientación a las usuarias.

Los responsables del programa de Transmisión vertical del VIH/SIDA son el pediatra, la enfermera, el Psicólogo, la Ginecóloga que actúan conjuntamente en la atención de las usuarias embarazadas quienes indican un 89% que la gestante si reciben información y/o consejería cuando se le solicita la prueba de Elisa.

El personal encuestado indica en un 89% que no asisten frecuentemente a cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH/SIDA, y consideran que porcentaje de casos es medio con un 67%, por lo cual se debe motivar al personal asistir a estas capacitaciones con la finalidad de afianzar sus conocimientos.

Los encuestados consideran que si existen normas y directrices sobre prevención de la transmisión vertical del VIH, el 78% indican que la gestante con VIH recibe tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical.

El personal de salud considera en un 78% que el centro de salud Hospital León Becerra de Milagro no cuenta con talentos Humanos Económicos y materiales necesarios ante la alta incidencia de embarazadas con VIH.

Recomendaciones:

El Hospital León Becerra de Milagro, debe impulsar capacitaciones continuas para actualizar sus conocimientos en transmisión vertical al personal del Área de Gineco-obstetricia y realizar acciones de prevención para evitar la incidencia en las mujeres embarazadas.

Elaborar un proyecto de capacitación para la inducción del personal que ingresa al Área de Gineco-obstetricia, con la finalidad de reforzar conocimientos, normas y directrices que ayuden a fortalecer la atención y orientación a las madres con VIH-SIDA en relación con la transmisión vertical disminuyendo la incidencia de la transmisión (madre - hijo).

Establecer criterios de capacitaciones continuas dentro de las áreas hospitalarias con enfoque a la prevención para disminuir la incidencia de casos de pacientes gestantes con VIH.

13. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

13.1. Alternativa obtenida

IMPLEMENTAR UN PLAN DE ACCIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD Y NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SOBRE VERTICAL EN EL AREA DE GINECO- OBSTETRICIA DELHOSPITAL “LEON BECERRA” DE LA CUIDAD DE MILAGRO

13.2. Justificación

La infección VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción desde el momento de la concepción por el riesgo de transmisión sexual, hasta la posible infección del niño. Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión materno- fetal, por ello, deben dedicarse los mayores esfuerzos a asesorar a las mujeres con deseo de concepción, protegerlas durante el embarazo y evitar que los niños nazcan infectados por VIH.

La Transmisión vertical ha variado hasta la actualidad, entre el 13 – 48% según diferentes estudios, dependiendo del lugar de estudio y de si las madres infectadas amamantaban a sus hijos.

Aunque no se sabe con exactitud por que unos hijos de madre VIH positiva se infectan y otros no, en los últimos años se ha producido importantes avances en

el conocimiento de los mecanismos que influyen en la transmisión vertical y disponen sobre de datos sobre la eficacia de diferentes estrategias dirigirlas a evitarlas como la identificación precoz de la infección en la embarazada, podemos prevenir casi en su totalidad la transmisión de la madre al niño, siempre que se asegure información adecuada y el acceso a los controles obstétricos y al tratamiento.

Por ello es importante que todo el personal que labora en el área de Gineco-obstetricia conozca sobre las directrices para orientar a las madres infectadas de VIH, y brinden la orientación con las recomendaciones necesaria para evitar la transmisión vertical.

Con la capacitación continua se está actualizando los conocimientos y nuevos enfoques de la transmisión vertical de todo el personal que labora en la institución, fomentando el trabajo en equipo en la atención integral de las mujeres gestante durante el embarazo y después del parto.

13.3. Objetivo General

- ❖ Implementar un plan de acción de políticas de salud y normas del Ministerio de Salud Pública sobre transmisión vertical para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento en el área de Gineco –obstetricia, para brindar una atención integral y oportuna a las pacientes, mujeres embarazadas y a sus hijos con la finalidad de disminuir la incidencia de niños infectados

13.4. Objetivos específicos

- ❖ Concienciar al personal del área de Gineco-obstetricia a continuar con actualización de conocimientos sobre transmisión vertical.
- ❖ Fomentar el trabajo en equipo para brindar una atención integrada a pacientes embarazadas.

13.5. Descripción de la propuesta

- ❖ Programa de formación y capacitación

Los procesos de formación y capacitación son las actividades más importantes ya que garantizaran el éxito de la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH, enfocada a la ejecución de políticas de salud y normas establecidas de

Ministerio de Salud Pública, con la finalidad que se cumplan estas normas con el abastecimiento de los recursos humanos, económicos y materiales necesarios y así disminuir la transmisión vertical.

13.6. Plan de intervención

Desarrollo del Talento Humano de Enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro y su incidencia en el control de la Transmisión Vertical del VIH-SIDA (madre e hijo) del cantón Milagro.

- ❖ **OBJETIVO:** Implementar un plan de acción de políticas de salud y normas del Ministerio de Salud Pública sobre transmisión vertical para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento en el área de Gineco –obstetricia, para brindar una atención integral y oportuna a las pacientes, mujeres embarazadas y a sus hijos con la finalidad de disminuir la incidencia de niños infectados.

PROBLEMAS	ACCIONES	RESPONSABLE	OBSERVACION
Actitud laboral del personal de enfermería frente al comportamiento de pacientes con VIH – SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León becerra de Milagro	Entrega del documento de investigación realizado a fin de sensibilizar a las autoridades y mandos superiores a implementar el programa de capacitación continua sobre transmisión vertical	Lcda. Lilia Anguisaca Angulo	Aceptación del documento de investigación por parte de las autoridades competentes.

Plan de intervención

PROBLEMAS	ACCIONES	RESPONSABLE	OBSERVACION
<p>No se han propuesto alternativas de capacitación continua para el personal de enfermería, que contribuyan a la orientación y asesoramiento de las pacientes con VIH – SIDA del área de Gineco –obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro</p>	<p>Implementación de programa de capacitación continua sobre vertical al personal de salud del Área de Gineco-obstetricia, fomentando el trabajo en equipo para brindar una integral y oportuna a las pacientes, mujeres embarazadas y a</p>	<p>Lcda. Lilia Anguisaca Angulo</p>	<p>Se estableció que las capacitaciones se darán una vez por mes en el Área de Gineco-obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro.</p>

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "LEON BECERRA" DE LA CIUDAD DE MILAGRO

- ❖ **COMPETENCIA:** Concienciar al personal del área de Gineco-obstetricia a continuar con actualización de conocimientos sobre transmisión vertical, fomentando el trabajo en equipo para brindar una atención integrada pacientes embarazadas.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	TEMAS	PROCESO METODOLÓGICO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	APOYO PSICOPEDAGÓGICO
Actualización de conocimientos transmisión vertical	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados generales Gestante diagnostico antes del embarazo • Gestante infectada diagnosticada durante el embarazo • Gestante infectada que conoce su infección durante el embarazo • Control de la gestacion • Complicaciones obstetricias • Tratamiento de la mujer gestante infectada por el VIH • Parto y Transmisión vertical 	<p>Exposición didáctica con apoyo del personal de Enfermería.</p> <p>Preguntas y respuestas para aclarar dudas de participantes</p>	<p>Realiza orientación a las usuarias embarazadas en base a la actualización de conocimientos.</p>	<p>Pizarra acrílica Video</p> <p>Hoja de anotaciones</p> <p>Lápices</p> <p>Marcadores</p> <p>Resúmenes</p>

13.6. Contenido.

13.6.1 Cuidados generales

El abordaje y seguimiento durante el embarazo de una mujer con VIH, lo realiza un equipo multidisciplinario donde participa un internista infectólogo, un obstetra, un pediatra, un psicólogo y un trabajador social.

En el seguimiento y cuidados de la mujer embarazada que se encuentra infectada por VIH pueden darse varias situaciones.

- ❖ Que la mujer conozca su infección previa para el embarazo
- ❖ Que sea diagnosticada durante el embarazo
- ❖ Que el diagnóstico se haga en el momento del parto
- ❖ Gestante infectada que conoce su infección previa al embarazo.

No es infrecuente que la mujer con infección VIH sienta el deseo de la maternidad sobre todo actualmente que con el TARGA puede tener una expectativa y calidad de vida que le permite poder cuidar, educar y ver crecer a su descendencia. Hay estudios en relación a la alteración que el embarazo puede ocasionar en el curso de la infección VIH se concluye que el embarazo no modifica la situación clínica ni analítica del VIH.

Además unido a esto, la utilización de los nuevos tratamientos antirretrovirales y las diferentes medidas preventivas respecto a la TV del virus consiguen alcanzar tasas de transmisión del VIH inferiores al 2% con lo que si se lleva a cabo el protocolo de prevención de transmisión vertical correctamente, las posibilidades de que el hijo se infecte son muy remotas.

Es por ello importante que durante el embarazo y si pudiera ser previo a este, la mujer infectada por VIH reciba información precisa y correcta de cómo debe hacerse el control de su embarazo, el tratamiento y el parto y postparto.

13.6.2. Gestante infectada diagnostico antes del embarazo

La mayoría de estas pacientes conoce tanto los aspectos generales y el tratamiento de la infección por el VIH como el riesgo de transmisión a sus parejas. Sin embargo, suele tener una información insuficiente respecto a los aspectos reproductivos y sobre las medidas para prevenir la tv.

Los aspectos a resaltar a la gestante serían los siguientes:

Tratamiento antirretroviral

- ❖ EL TARGA es importante tanto para la salud de la mujer como evitar la TV.

- ❖ La instauración del TARGA depende esencialmente del estado inmunoviroológico de la mujer y se regirá por las recomendaciones generales de tratamiento del adulto. En caso de no precisar tratamiento, este se recomendará en general a partir del segundo trimestre de la gestación, con el fin exclusivo de prevenir a TV.
- ❖ Las gestantes que la reciben TARGA en el momento a la concepción no deben suspenderlo si no es por indicación médica.
- ❖ En caso de intolerancia, vómitos, efectos secundarios a los antirretrovirales etc., muy frecuentes durante el embarazo, es necesario recordar la recomendación general de suspender toda la medicación antirretroviral simultánea, para evitar el desarrollo de resistencias.
- ❖ La embarazada debe conocer tanto los aspectos beneficiosos del tratamiento (reducción de la CVP y por consiguiente del riesgo de TV) como los posibles repercusiones sobre el embarazo y, a lo largo plazo, sobre el recién nacido. Debe ser informada sobre las asociaciones del TARGA con la toxicidad hepática (nevirapina), la toxicidad mitocondrial y la acidosis láctica (inhibidores análogos de los nucleosidos de la transcriptasa inversa), la hiperglucemia y la prematuridad inhibidores de la proteasa), la

preeclampsia y la muerte fetal. Todo ello obliga a efectuar un estrecho seguimiento clínico y analítico durante la gestación,

- ❖ EL TARGA, incluso con niveles bajos de CVPI77, disminuye por lo que en

principio, la gestación es siempre una indicación para recibir antirretrovirales.

- ❖ Se hará especial énfasis en la necesidad de lograr una adherencia al tratamiento a fin de disminuir la CVP e impedir el desarrollo de resistencias.

Malformaciones

No se ha demostrado que el uso del TARGA durante el embarazo se asocie a una mayor frecuencia de malformaciones congénitas la excepción del efavirenz que está contraindicado.

Vía del parto

La decisión sobre el modo del parto debe ser consensuada con la paciente dada la importancia tanto de la transmisión Intraparto en el número global de infecciones neonatales⁸¹. Como de modo del parto en la prevención un mayor riesgo de transmisión del VIH si la paciente ha recibido TARGA durante el embarazo, presenta una CVP baja en el último trimestre de gestación.

En caso de que este indicada la cesárea, o si la paciente escoge este modo del parto, es preciso informarle de la mayor mortalidad asociada a esta técnica quirúrgica⁸⁴. Además deberá firmar el consentimiento informado.

13.6.3. Gestante infectada diagnosticada durante el embarazo

El diagnóstico de la infección por el VIH es un suceso tremendamente estresante para cualquier y suele asociarse a ansiedad, temor a la muerte y a las intervenciones terapéuticas, y miedo al rechazo social, laboral y personal. En la gestante, se suma, además, el miedo a transmitir el VIH a su hijo y la preocupación por su futuro.

Por ello, solo las pacientes con un test de confirmación del diagnóstico positivo al VIH deben ser informadas del mismo. La información debe ser facilitada por el obstetra y por el infectólogo al cual serán derivadas.

Se les informara sobre:

- ❖ Aspectos generales de la infección por el VIH agente casual, historia natural, vías de transmisión y medidas de prevención, tanto para prevenir la transmisión a terceras personas como para evitar la re-infección de la paciente por una cepa viral distinta.

- ❖ Asistencia: Confirmar a la paciente que va hacer atendida por un equipo pluridisciplinar compuesto, entre otros, por un infectólogo, un obstetra y un pediatra con experiencia en la infección por el VIH. Y en caso de necesidad, por otros especialistas como trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras. También ha de saber que, en todo momento, se respetara la necesidad confidencialidad.
- ❖ La paciente debe ser informada de la necesidad de contactar con las parejas sexuales previas para que puedan someterse a los test diagnósticos oportunos.

13.6.4. Gestante infectada que conoce su infección durante el embarazo

Conocer la infección en el momento del parto es una situación que no deja de ser traumática para la mujer gestante no solo por el hecho de ver en peligro su propia salud sino también por el sentimiento de culpa y la preocupación que se produce al pensar que el recién nacido pueda resultar infectado.

Es importante explicar a la mujer en estas circunstancias lo que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana supone, así como qué medidas se deben adoptar en cuanto al tratamiento antirretroviral para mejorar su estado de salud. La mujer debe conocerse con detalle las medidas de profilaxis de la transmisión

vertical ya que siendo consciente y conocedora de ello actuara con mayor responsabilidad procurando la adherencia terapéutica.

Además se debe explicar a la mujer recién diagnosticada que debería contactar con su pareja actual y sus parejas anteriores para que se realicen la prueba del VIH. También si esta mujer tuviera hijos anteriores, estos deben estudiarse si en los embarazos de los mismos no se hizo el test de VIH.

13.6.5. Gestante infectada diagnosticada en fases avanzadas de la gestación o durante el parto

Todo gestante que llega a término o al parto y que no tiene realizado un despistaje de VIH debe recibir información acerca de la importancia que tiene el conocer este dato mediante un test rápido ya que si este resulta positivo se debe iniciar la profilaxis de transmisión vertical cuando antes. Debiendo hacer posteriormente un test confirmado para corroborar el test rápido. De este modo se podrá actuar para evitar la transmisión de la infección a su recién nacido. Una vez completada la profilaxis se realizara apoyo psicológico y social.

En el momento actual, en nuestro medio, la mayoría de los niños infectados son hijos de madres no diagnosticadas o con un diagnóstico tardío de la infección.

- ❖ Toda gestante no controlada, o con serología no realizada o desconocida para el VIH, ha de ser adecuadamente informada sobre la conveniencia de realizar un test rápido para el VIH; si este resulta positivo, será informada lo antes posible. En los casos en los que no se disponga de tiempo suficiente para realizar un test de confirmación, la paciente será informada del resultado positivo, así como de la posibilidad de que se trate de un falso positivo.
- ❖ Ante un test positivo al VIH se actuara con la mayor celeridad posible para disminuir el riesgo de TV (tal y como se detalla en el apartado 6.3 Parto), dados los efectos beneficiosos de la cesárea, de la administración de ZDV intravenosa Intraparto, etc.
- ❖ Una vez producido el parto se complementara la evolución diagnosticada de la paciente, se programan los controles médicos posteriores y se proporcionara apoyo psicosocial.

Valoración clínica y analítica. Aspectos generales

Una atención de calidad a la mujer embarazada e infectada por el VIH exige una adecuada coordinación y comunicación entre, al menos, el infectólogo, el obstetra y el pediatra. Además en determinación casos, puede ser necesario contar con la atención de un psiquiatra y brindar soporte social para facilitar el tratamiento antirretroviral.

El principio general deberá ser tratado adecuadamente a la madre. De hecho, una adecuada supresión de la replicación viral en la madre es probablemente la mejor medida para disminuir el riesgo de TV. El adecuado tratamiento de la madre incluye además de la terapia antirretroviral, otros elementos, relacionados con las necesidades concretas que puedan existir: acceso ágil a programas de metadona, profilaxis de infecciones oportunistas. En este sentido, la evaluación inicial de la mujer embarazada infectada por el VIH ha de incluir, al menos, los siguientes aspectos.

- ❖ Situación inmunológica mediante la determinación de linfocitos CD4.
- ❖ Riesgo de progresión de la infección mediante la determinación de la carga viral.
- ❖ Serología de virus de hepatitis B y C, *Toxoplasma gondi* y *Treponema pallidum*.
- ❖ Historia previa y actual del tratamiento con antirretrovirales.
- ❖ Edad gestación.
- ❖ Necesidad de soporte (social, psiquiátrico, metadona).

Valorar la realización de un test de resistencias a antirretrovirales. En el caso de diagnosticarse la infección por el VIH durante el embarazo puede ser muy útil para optimizar la terapia. Igualmente, es útil en la paciencia con fracaso virológico (ver más adelante). Sin embargo, este test de resistencias no está indicado en la paciente estable que recibe tratamiento y que tiene una CVP indetectable.

Diagnóstico prenatal

Cribado de anomalías cromosómicas

El punto más importante en la gestación de la mujer infectada por VIH es la prevención de la transmisión vertical. No debemos olvidar que estas mujeres al igual que todas las demás, requieren un control obstétrico que incluya la posibilidad de detectar anomalías cromosómicas, metabólicas o infecciones perinatales

Estudios realizados antes de la introducción del tratamiento TARGA, describieron un riesgo de transmisión aumentado en mujeres sometidas a procedimientos invasivos; así, se observó un incremento del riesgo de infección en mujeres sometidas a una amniocentesis en el tercer trimestre (OR: 4,1 IC94% 1,2-13,5)

Asimismo, Mandelbrot y cols describieron un riesgo de TV del 36% en mujeres sometidas a un procedimiento invasivo.

La contaminación del líquido amniótico por sangre materna después de una amniocentesis no es infrecuente, especialmente en los casos en los que la placenta se sitúa en la cara anterior. El incremento del riesgo de TV y la demostrada contaminación del líquido amniótico desaconsejaban por tanto, la realización de procedimientos invasivos en mujeres infectadas por el VIH.

Actualmente, en nuestro entorno, donde la tasa de TV se ha reducido al 1-2% debido a la introducción del TARGA a la reducción de la CVP a niveles indetectables y al buen control obstétrico –infectológico, el resultado de los estudios anteriores no sería aplicable⁹². Además, nuestra población de gestante seropositivas tiene una edad más avanzada puesto que, al aumento de la edad media a la que, en general, se tiene el primer hijo en la población española, se suma que antes de la introducción del TARV se desaconsejaba el embarazo de las mujeres infectadas, por lo que las mujeres que han conseguido controlar su enfermedad deciden tener descendencia en etapas avanzadas de su periodo fértil, requiriendo de algún tipo de cribado de anomalías cromosómicas.

En este sentido, algunos estudios recientes muestran un riesgo de TV en mujeres sometidas a amniocentesis, bajo tratamiento antirretroviral, similar a las demás mujeres infectadas.

Uno de estos trabajos incluye también algunos casos de biopsia corial y cordocentesis y describe una tasa de TV del 3%⁹⁸ (2 de 60 recién nacidos vivos). El número de casos incluidos en estos estudios es muy bajo para poder afirmar que la amniocentesis no presenta un incremento de riesgo de TV, sin embargo parece suficiente para no privar a la embarazada infectada por el VIH de estas técnicas.

Parece pues, que la política más adecuada en estas pacientes sería aplicar un cribado poblacional para determinar los casos de riesgo y limitar los procedimientos a las gestiones con riesgo.

En 1988 Wald y cols describieron el test de cribado del síndrome de Down utilizando marcadores séricos maternos⁹⁷. Estos test han demostrado su valor en la reducción de trisomías 21 entre los nacidos vivos.

A partir de 1994 se introdujo el estudio combinado de marcadores séricos y ecográficos durante el primer trimestre (edad materna, translucencia nugal pregnancy associated plasma protein A" (PAPP-A) y subunidad B de la gonodotrofina corionica humana (Free B-hCG).

Los marcadores bioquímicos se ven influenciados por la edad gestacional, la raza, el peso o enfermedades concomitantes maternas-como la diabetes mellitus-y parece que las enfermedades que afectan al sistema inmunitario también podrían afectarlos. Parece que las mujeres infectadas por el VIH tienen una tasa de cribados positivos superior a la población general como resultado de la alteración de algunos de estos marcadores. Los múltiplos de la medida (MoMs) de hCG alfafetoproteína (AFP) son más elevados en mujeres infectadas por el VIH 101 mientras que las mujeres con CD4 más bajas tienen una mayor tasa de falsos positivos del test de cribado102 dado que el valor de la HCG se relaciona de forma inversamente proporcional con la cifra de CD4, mientras que la AFP lo hace directamente proporcional a la carga viral.

La AFP también parece afectarse por la ingesta de inhibidores de la proteasa, dado que las mujeres tratadas con IP tienen MoMs de AFP más bajos que las mujeres tratadas con otros fármacos.

13.6.6. Control de la gestación

Lo más importante a tener en cuenta es que estamos ante un embarazo de alto riesgo y debe manejarse con algunas peculiaridades distintas a un embarazo normal.

El objetivo fundamental durante este embarazo será tratar adecuadamente a la madre para lograr la supresión viral del VIH y evitar de este modo la transmisión del VIH a su recién nacido

El adecuado seguimiento de la madre incluye

- ❖ Historia Clínica de la infección VIH:
- ❖ Antecedentes de clínica relacionada con la infección VIH, infección oportunistas o tumores.
- ❖ Su medir de CD4 (menor n de CD4 a lo largo de su vida)
- ❖ Historia completa de la medicación antirretroviral incluyendo detalladamente los fármacos específicos. Efectos secundarios, toxicidad, duración del tratamiento, adherencia y respuesta al tratamiento.
- ❖ Signos y síntomas de la infección VIH:
- ❖ Linfadenopatías generalizadas, candidiasis oral, síndrome constitucional como fiebre, diarrea de más de un mes de evolución, herpes zoster con 2 o más episodios o afectación de más de un dermatomo, neuropatía periférica, caquexia, disfagia, disnea, lesiones mucocutaneas herpéticas persistentes, disfunción cognitiva.

Historia Clínica del embarazo:

Embarazadas previos y curso de los mismos, abortos, complicaciones durante los embarazos previos, tipo de partos previos, utilización de profilaxis antirretrovirales en embarazos previos, situación con respecto a la infección VIH de los niños.

Diagnóstico prenatal

Cribado de anomalías cromosómicas

No debemos olvidar que estas mujeres, al igual que todas las demás, requieren un control obstétrico que incluya la posibilidad de detectar anomalías cromosómicas, metabólicas o infecciones perinatales.

1.- Procedimientos invasivos:

Amniocentesis: Estudios realizados antes de la introducción del tratamiento TARGA, describieron un riesgo de transmisión aumentado en mujeres sometidas a procedimientos invasivos; así, se observó un incremento del riesgo de infección en mujeres sometidas a una amniocentesis en el tercer trimestre (OR: 4,1 IC95% 1,2_13,5).

Actualmente con el uso de TARGA estudios recientes muestran un riesgo de TV en mujeres sometidas a amniocentesis, bajo tratamiento antirretroviral, similar a las demás mujeres infectadas en las que no se realizan estos procedimientos. En un metanálisis reciente se concluyó esto último.

Durante la gestación se ofrecerán las condiciones óptimas para la realización de la amniocentesis en el caso de que fuera precisa, realización con carga viral controlada entre otras.

Es clave el control de la carga viral plasmática ya que en este factor se ha demostrado asociado a la transmisión vertical; a los 15 días del inicio del tratamiento antirretroviral. Bimensual una vez conseguida una CV indetectable.

Entre la semana 34 y 36 del embarazo para establecer la posibilidad de un parto por vía vaginal.

En el momento del parto o inmediatamente después del mismo.

Cordocentesis y biopsia corial:

También se ha estudiado la transmisión vertical en relación a otros procedimientos invasivos como son la cordocentesis y biopsia corial, ya que a veces es necesario no solo como métodos diagnósticos sino también con la gestante, estos marcadores son de tipo método de tratamiento (transfusión fetal

intraútero). Ocasionalmente, puede plantearse de una técnica fetal (electrocoagulación de las anastomosis de los vasos placentarios en las transfusiones gemelo, etc.). No hay suficientes estudios para analizar el riesgo específico por lo que ante la necesidad de estos procedimientos debe realizar una adecuada valoración del riesgo beneficio y en caso de necesidad, realizar el procedimiento bajo el mejor TARV posible para evitar la transmisión.

2.- Procedimientos no invasivos:

Existen otros marcadores menos invasivos y más seguros para aproximarse al estudio de las cromosopatías en la gestante, estos marcadores son de tipo sérico y ecográfico. Se deben realizar durante el primer trimestre. Y se basan en la edad materna, el estudio por Eco de la translucencia nucal, y los estudios analíticos de cribado de la realización en sangre materna de “pregnancy associated plasma protein A” (PAPP_A) y subunidad B de la gonadotrofina corionica humana (Free B_Hcg)

Se pueden influir por algunos factores que los hacen tener falsos positivos y falsos negativos. Las gestantes VIH tienen una tasa de determinaciones positivas superior a la población general. Los niveles de HCG y alfafetoproteina (AFP) son más elevados en mujeres infectadas por el VIH, teniendo las gestantes más inmunodeprimida mayor tasa de falsos positivos de los test de cribado.

El valor de la HCG se relaciona de forma inversamente proporcional con la cifra de CD4, mientras que la AFP lo hace de forma directamente proporcional a la carga viral.

La AFP puede afectarse por la toma de fármacos antirretrovirales entre los que están los inhibidores de las proteasa.

Por lo tanto para ser más preciso y poder tener una apreciación más cercana a la realidad deben complementarse los test de cribado con los estudios ecográficos, en el primer trimestre la determinación del pliegue nucal y en el segundo trimestre el estudio del hueso nasal.

Así, un test de cribado de primer trimestre publicado en el año 2004 que incluye estudio bioquímicos y ecográficos detecta un 88% de las trisomías 21 y el 75% de las trisomías 18 con solo un 3,3% de falso positivos; los test bioquímicos son la determinación de la PAPP_A y freeB_HCG libre alrededor de la semana 10 de embarazo y los ecográficos la determinación del pliegue de nuca alrededor de la semana 12.

De este modo se puede detectar con la suficiente antelación los embarazos con riesgo de anomalías cromosómicas más frecuentes para introducir la terapia antirretroviral y disminuir al máximo la carga viral de la paciente antes de la realización del procedimiento invasivo para confirmar el hallazgo previ3 como

es una amniocentesis en el segundo trimestre y siempre, que fuera posible, evitando el paso transplacentario.

13.6.7. Control de la gestación en la mujer infectada por

el VIH. 1. Primera visita

- ❖ Control obstétrico y de la infección VIH: se detallara a la paciente las implicadas de la infección VIH durante la gestación.
- ❖ Anamnesis completa.
- ❖ Exploración clínica general y obstetricia peso, talla y tensión arterial.
- ❖ Realización de citología cervicovaginal.
- ❖ Descartar enfermedades de transmisión sexual: Gonococia, inf, Chlamydia.
- ❖ Determinar el estadio clínico de la infección por el VIH.
- ❖ Historia de uso de ARV, anterior o actual.
- ❖ Determinaciones analíticas generales de la gestación.

- ❖ Grupo sanguíneo yRH Hemograma y bioquímica para descartar toxicidad por antirretrovirales. Serologías: HBsAg, lúes, toxoplasma (IgG inicial y repetir si $<100\text{CD4}/\text{mm}^3$ y sintomatología) y rubeola. Urocultivo.
- ❖ Determinación analítica específica. VHC, citomegalovirus (sobre todo en pacientes con $<100\text{CD4}/\text{mm}^3$).
- ❖ Determinación de Mantoux, serología E, Chagas (si procedencia de zona endémica)
- ❖ Estudios específicos de la infección por el VIH (repetirlos cada 3 meses):
- ❖ Determinación de la carga viral del VIH en plasma.
- ❖ Recuento de linfocitos

C 2. Visitas sucesivas

16-20 semanas de gestación:

- ❖ Ecografía. Determinación de la edad gestacional y cribado de malformaciones.
- ❖ Test de cribado de anomalías cromosómicas.

- ❖ Screening alt tubo neural y pared abdominal: Alfa feto proteína (>2,5 múltiplo de la media requiere evaluaciones posteriores.)
- ❖ Triple screening: hCG Gestriol no conjugado, alfa fetoproteína (Alt tubo neural, pared abdominal, trisomía 18 y S. Down)

24-28 semanas de gestación

- ❖ Hemograma, bioquímica general
- ❖ Serología Lúes
- ❖ Test de sobrecarga oral de glucosa: glucemia una hora después de 50 gr de glucosa y si sale alterado hacer test más completo. (Importante sobre todo en mujeres con inhibidores de proteasa)
- ❖ Valoración de vaginosis bacteriana sobre todo si antecedentes de prematuridad.

32-36 semanas de gestación

- ❖ Test vaginal de chlamydia y gonococo.
- ❖ Cultivo de exudado vaginal para estreptococos grupo B. (si tiene factores de riesgo de necesitar profilaxis en el parto se puede obviar). Si saliera el

cultivo positivo: administrar penicilina G intravenosa 2,5 mil U cada 4 horas.

- ❖ CD y carga viral de VIH (influye en la decisión de tipo de parto) Serología Lúes

13.6.8. Complicaciones obstetricias

Las complicaciones que son másfrecuentes se han asociado a la infección VIH son prematuridad, bajo peso y preclampsia. Previo al empleo de TARGA los estudios mostraron que existía un mayor número de estas complicaciones. Esto no ha sido comprobado en estudios realizados en el área post TARGA donde se ve que la evolución de embarazo es similar al de la mujer no VIH. Así los recién nacidos de bajo de peso han disminuido en la mujer con TARGA y en un meta-análisis que estudia la incidencia de preclampsia sobre 7 estudios publicados no encuentran una mayor incidencia de esta

Las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de aborto espontaneo que se asocia directamente con el estadio de la enfermedad e inversamente con el número de CD 4 Y el tiempo de progresión de la infección

Prematuridad

Según los distintos grupos de estudio se observan: El grupo colaborativo Europeo encuentra asociación entre prematuridad y TARGA, aun después de ajustarlo por número de CD4 y uso de drogas ilegales, encontrando mayor asociación con prematuridad grave (<34 semanas) cuando el tratamiento se inicia antes del embarazo. Las cohortes americanas, sin embargo, no encuentran diferencias entre las mujeres tratadas con ZDV sola y las tratadas con TARGA. Tampoco en el WITS (Women and infantsTransmissionStudy) se encuentra diferencia entre mujeres tratadas, ya sea con ZDV sola o con terapias combinadas con o sin IP.

Preeclampsia.

En mujeres no tratadas, la preeclampsia era una Patología muy poco frecuente. Así mismo, un estudio realizado en Sudáfrica no muestra ningún efecto de la infección VIH sobre la incidencia de preeclampsia. Otro estudio realizado en Brasil muestra un descenso de la tasa de preeclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales.

Estudios realizados en nuestro ámbito muestran un incremento de las tasas de preeclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales. El descenso en la época de pre tratamiento se atribuye a un déficit de la respuesta inmune provocada por la

propia enfermedad incremento, en la época de tratamiento, a la reconstrucción de la misma.

En un metanálisis que estudia la incidencia de preeclampsia sobre 7 estudios publicados no encuentra una mayor incidencia de esta.

No obstante se recomienda hacer un seguimiento de las alteraciones hipertensivas y del bienestar fetal.

Estos controles se realizaran ecográficamente (controles seriados de crecimiento y Doppler fetal) y mediante monitorización fetal

Infecciones

Candidiasis vulvovaginal:

Durante el embarazo es frecuente la colonización e infección por especies de cándida y también la infección VIH hace que la inmunosupresión asocie un aumento de esta infección

Preeclampsia:

En mujeres no tratadas, la preeclampsia era una patología muy poco frecuente. Así mismo, un estudio realizado en Sudáfrica no muestra ningún efecto de la infección VIH sobre la incidencia de preeclampsia. Otro estudio realizado en

Brasil muestra un descenso de la tasa de preeclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales.

Estudios realizados en nuestro ámbito muestran un incremento de las tasas de preeclampsia en mujeres tratadas con antirretrovirales. El descenso en la época de pretratamiento se atribuye a un déficit de la respuesta inmune provocada por la propia enfermedad y el incremento, en la época de tratamiento, a la reconstitución de la misma.

Vaginosis bacteriana:

La vaginosis bacteriana ha sido relacionada con alteración en el curso del embarazo incluyéndose los partos prematuros, la rotura prematura de bolsa amniótica, el bajo peso, la corioamnionitis y la infección del líquido amniótico, la endometritis postparto y postaborto así como la transmisión VIH perinatal.

La infección VIH favorece la vaginosis bacteriana, su persistencia y severidad lo cual se correlaciona de forma inversa con el número de CD4.

Desde mediados de 1995 se ha demostrado que el tratamiento con metronidazol o clindamicina disminuye el índice de prematuridad en las gestantes con vaginosis bacteriana, en el caso de presentar infección VIH se debe preguntar a la mujer gestante si tiene síntomas relacionados con una vaginosis bacteriana.

No se ha encontrado asociación entre el tratamiento con metronidazol en el tercer trimestre y el desarrollo de anomalías en el recién nacido.

Herpes simplex genital

El herpes simplex genital asocia aborto espontáneo y prematuridad. La infección congénita intrauterina es poco frecuente pero si lo es la infección en el canal del parto manifestando en el recién nacido como infección sintomática afectándose la piel, ojos y sistema nervioso central e incluso pudiendo diseminarse a otros órganos. Esta infección además de tener una importante y frecuente morbilidad también tiene una elevada tasa de mortalidad.

El riesgo de herpes simple neonatal es mayor cuando la infección genital materna es primaria y se adquiere cercana al parto. 30% vs 3%. No obstante como las recurrencias son más frecuentes que la infección primaria estas son responsables del mayor número de casos.

Ante la existencia de herpes genital se debe realizar cesárea ante pródromos de parto o rotura de membranas. Si el herpes simple no es genital no está indicada la realización de cesárea.

La infección VIH asocia con mayor frecuencia recurrencias y episodios más prolongados y sintomáticos. Es también más frecuente la reactivación del herpes en la mujer gestante VIH

Debe utilizarse tratamiento supresivo antiviral de la infección sintomática y la terapia sorpresivaprofiláctica para evitar las recurrencias frecuentes en la mujer VIH. El riesgo de herpes en el recién nacido de mujer VIH cuya recurrencia de herpes zoster se produce en el embarazo es elevado y debería tratarse por expertos. El empleo de aciclovir de forma profiláctica al final de embarazo ha demostrado suprimir la replicación viral y con ello la recurrencias y por tanto la realización de cesáreas por esta causa. No obstante esta estrategia no se ha estudiado en la mujer –VIH que suele tener con más frecuencias recurrencias con algunas de las cuales son asintomáticas. No se recomienda el empleo de aciclovir como profilaxis en la mujer gestante VIH para evitar la realización de cesáreas

VIRUS papiloma humano:

El virus del papiloma humano origina verrugas genitales que en algunas circunstancias como durante el embarazo se vuelven friables y aumentan de tamaño. Estos pueden hacer que intervengan mecánicamente en la obstrucción al

canal del parto además de poder suponer una posibilidad de infección, la papilomatosis laríngea para el recién nacido.

Para evitar la infección en el recién nacido, dada la poca posibilidad de infección de este, no está indicado la realización de cesárea. Si se debe realizar esta cuando hay dificultades mecánicas para el parto.

Durante el embarazo debe hacerse una citología vaginal y en el caso de que esta se encuentre alterada es recomendable la realización de colposcopia y biopsia cervical.

No se debe hacer curetaje endocervical por el riesgo de sangrado y la colposcopia en caso de que la previa estuviera alterada se debe repetir entre la 34-36 semanas de gestión. La mujer con lesiones cervicales preinvasivas puede tener un parto vaginal pero si hay sospecha de cáncer de cérvix se debe remitir a esta a un ginecólogo oncólogo

La infección por el papiloma virus humano es más frecuente en la mujer VIH debido a la inmunosupresión.

Sífilis:

La sífilis es más prevalente en la gestante VIH que en la no VIH. Esta debe detectarse y forma parte del screening en el embarazo normal y en el de la mujer

VIH porque el tratamiento de la misma evita la infección del feto y la morbi-mortalidad que en el produce, 50% de prematuridad, aborto y recién nacido muerto.

La serología durante el embarazo debe realizarse en el primer reconocimiento de salud o primera visita durante el embarazo y repetirse en la semana 28 de gestación.

Una serología para sífilis también debe hacerse si ha sucedido un aborto después de la semana 20 de gestación así como ante el desarrollo de síntomas neurológicos.

El tratamiento se realiza con penicilina parenteral dependiente el régimen del estadio de la sífilis. Se recomienda una segunda inyección una semana después de la primera en los casos de sífilis primaria, secundaria o latente precoz debido a una posible falta de actitud del y tratamiento estándar con penicilina en el embarazo y también es recomendable esta actitud en la infección VIH. En la gestante con sífilis latente tardía o sífilis de duración desconocida se debe realizar estudio de líquido cefalorraquídeo y en caso de ser este positivo el tratamiento se base en penicilina intravenosa durante 7-10 días.

Si por ecografía se documenta la existencia de hidrops fetal o hepatoesplenomegalia sugestivo de sífilis congénita el fracaso del tratamiento incrementa por lo que debe hacerse un seguimiento en este caso por expertos.

El tratamiento efectuado en la segunda mitad del embarazo se asocia con una reacción de Jarisch-Herxheimer en el 40% de casos que pueden hacer que se desencadene un parto prematuro o pérdida de bienestar fetal.

En caso de alergia a penicilina se debe realizar desensibilización a la misma para poder efectuar tratamiento con esta en el embarazo ya que es el único tratamiento que se ha mostrado eficaz incluso habiendo realizado un tratamiento correcto, debe realizarse controles tras el parto para asegurarse que el recién nacido no ha resultado infectado.

El seguimiento clínico y analítico debe hacerse en el tercer trimestre y los 3, 6, 9, 12 y 24 meses tras el tratamiento. Si existe fracaso del tratamiento debe realizarse estudio de LCR y retratamiento.

Algunos autores recomiendan la realización de test serológicos mensuales y si se produce un ascenso de estos considerarlo un fracaso en el tratamiento y volver a tratar.

Citomegalovirus:

Citomegalovirus (CMV) es la etiología más frecuente responsable de infección congénita en Estados Unidos.

Alrededor del 2% de los lactantes adquieren la infección de forma perinatal. La infección materna suele ser asintomática y en algunos casos pueden cursar de forma sintomática con un cuadro mononucleosico.

La infección además de por vía oral se puede adquirir por contagio sexual o por inyección de drogas por vía parenteral.

La infección se puede adquirir intraútero en un 1-2% de los hijos de las madres con infección por CMV previo al embarazo, 25-50% Intraparto y de un 40-60% durante la lactancia.

Si la infección se produce intraútero suele original sintomatología neonatal o durante el periodo de lactante. El 90% de los lactantes infectados son asintomáticos. Si la infección se produce en el primer trimestre suele cursar con más frecuencia con síntomas.

Incluso aun naciendo asintomáticos, muchos lactantes desarrollaran sordera neurosensorial, retraso mental o alteraciones del desarrollo psicomotor.

La sintomatología clínicamás severa incluye alteración en el crecimiento de forma simétrica (CIR o crecimiento intrauterino retardado), hepatoesplenomegalia, coriorretinitis, microftalmia, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales.

En el caso de la gestante VIH, las tasas de transmisión vertical son superiores a la mujer no VIH 4,5% vs 1-2%. Si bien suelen ser infecciones asintomáticas al nacer ya se tratan de mujeres con infecciones previas al embarazo.

Hay estudios previos a la era TARGA que analizan que la progresión de la infección VIH es mayor en el lactante coinfectado por CMV e incluso en el caso de una gestante muy inmunodeprimida (<100 CD4) test de detección de la infección que determinan la presencia del virus como antigenemia o PCR.

Los métodos para reducir la infección en el recién nacido incluyen la realización de prácticas sexuales protegidas, lavado de manos y transfusión de sangre o hemoderivados solode donantes CMV negativos.-

Ante la mujer con inmunodepresión grave (<100 CD 4), la profilaxis primaria no estáindicada de forma rutinaria. No obstante tras enfermedades por CMV (retinitis o enfermedades invasiva) que ha tenido reconstitución inmune con CD4 superiores a 150/mm³ durante 3-6 meses tampoco estaría indicada la profilaxis durante el embarazo.

Toxoplasmosis:

La tasa de infección en la mujer embarazada depende del país, así como ejemplo en Estados Unidos se encuentran en torno a un tercio sucediendo la infección primaria en un 1-5% siendo las tasas de infección más elevadas en zonas o países de bajos recursos.

La infección congénita es más frecuente si la gestante pasa la primera infección durante el tercer trimestre que durante el primer trimestre de embarazo (59% vs 9%), si bien este periodo la infección congénita cursa con más frecuencia de forma asintomática.

Aunque la mayoría de las infecciones congénitas cursan de forma sintomática al nacimiento, la mayoría desarrollan secuelas con el paso de tiempo, dos tercios de los lactantes infectados después del primer trimestre presentarán clínica severa y se producirán un 5% de abortos o fallecimientos en el periodo perinatal.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la toxoplasmosis congénita son coriorretinitis, microcefalia, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales.

La transmisión vertical de la toxoplasmosis de una madre VIH positiva con anticuerpos de toxoplasmosis previos al embarazo puede suceder si bien no

es muy frecuente (0-3,7%) aunque no hay estudios realizados para demostrar esto en el caso de las gestantes más inmunodeprimida.

Durante el embarazo de la mujer VIH positiva se debe realizar test serológicos de toxoplasmosis. IgM e IgM con avidéz. Si la IgG es positiva la IgM negativa o la IGM es positiva con IgG de alta avidéz se considera que la mujer se infectó previa al embarazo y no se necesita tratar a no ser que tuviera toxoplasmosis sintomática. La profilaxis primaria no está indicada ni tampoco la secundaria.

En la mujer embarazada que presente sintomatología clínica consistente en fiebre, escalofríos, malestar, Linfadenopatias, mialgias y cefalea debe realizar una serología para toxoplasma para descartar primo infección por toxoplasma.

Debe realizarse controles ecográficos en el feto para detectar manifestaciones clínicas de toxoplasmosis.

Los recién nacidos de mujeres con infección VIH y seropositivas para toxoplasma deben ser examinados para descartar toxoplasmosis congénita si el lactante se presenta para evitar la infección por toxoplasma se debe comer carne muy cocinada y verduras también cocinadas. Los gatos domésticos no deben salir de casa y deben alimentarse con comida comercial, la arena con los excrementos se deben cambiar diariamente por personas diferentes a la gestante.

13.6.9. Tratamiento de la mujer gestante infectada por el

VIH Diagnóstico de la infección por VIH en la gestación

A fin de prevenir la TV del VIH es imprescindible que tanto las mujeres embarazadas como aquellas que panifiquen un embarazo conozcan su posible condición de infectadas por el VIH. Poe ello es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y la realización de la serología frente al VIH. Este primer paso es básico para poder disminuir la TV.

Cualquier profesional de la salud que atienda a una mujer que planifique quedarse embarazada debe explicarle la trascendencia del conocimiento de su seroestado frente al VIH y ofrece la realización de la prueba antes de la concepción.

La serología frente al VIH se debe indicar en la primera visita, tras ofrecerle una información adecuada al respecto, y ha de realizarse lo antes posibles.

Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto, o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de pruebas serológicas rápidas. La factibilidad y utilidad de estas pruebas se ha demostrado en un estudio multicentrico americano en el que el tiempo medio transcurrido entre la extracción de sangre para la determinación

del VIH y el resultado de la misma fue de 66 minutos 71. La FDA también ha aprobado técnicas rápidas de determinación de anticuerpos en saliva, aunque probablemente su especificidad es menor 72.

En las mujeres con prácticas de riesgo para la infección por el VIH durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada o tiene riesgo de estarlo, es importante educar a las pacientes en la adopción de medidas preventivas que disminuyen dicho riesgo. Además, se debe repetir la prueba al menos una vez cada trimestre. Si no es posible hacer este seguimiento, se indicara una prueba rápida antes del parto.

En el caso de que la mujer se negara a realizarse la serología del VIH, dada la potencial trascendencia de esta decisión, debe reflejarse por escrito en la historia clínica.

Información a la mujer gestante

En la práctica clínica se pueden encontrar tres grupos diferentes de embarazadas con infección por el VIH: las que conocían su infección antes de la gestación, las diagnosticadas como parte del cribado al inicio del embarazo y aquellas en las que el diagnóstico se realiza en fases avanzadas del embarazo o en el periparto.

13.7. Parto y transmisión vertical

El parto es el periodo en el que se producen la mayor parte de los casos de infección neonatal⁸¹, aunque en la era del TARGA se ha detectado un aumento relativo de la proporción de infecciones intraútero. Por ello, en el momento del parto es esencial la aplicación de medidas terapéuticas y profilácticas

Durante el parto, el feto se ve expuesto a la sangre y a las secreciones maternas que pueden contener el VIH. Aunque el mecanismo exacto por el que se produce la TV no ha sido identificado, las posibles causas incluyen las microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones, el ascenso del virus a través de la vagina y el cérvix una vez que las membranas se han roto, y la absorción del virus a través del tracto digestivo del niño¹⁹⁷.

Aunque el factor aislado que mejor predice la transmisión es la CVP materna en distintos se ha demostrado una resolución consistente en las tasas de TV. Cuando se realiza una cesárea electiva; esto es, ante del inicio del parto y antes de que se produzca la rotura de la bolsa amniótica. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la disminución de la CVP y a la programación del modo del parto.

Recomendaciones para el manejo en la gestante seropositiva

El principal objetivo es alcanzar el momento del parto con la CVP más baja posible, para ello la terapia más eficaz es la TARGA. Durante el embarazo se ha de administrar tratamiento independiente de la CVP basal de la madre, puesto a que se ha comprobado una menor transmisión con la terapia incluso con cargas virales basales muy bajas. A continuación se detalla el manejo propuesto del parto, según las distintas situaciones.

Pacientes que reciben TARGA y con 36 o más semanas de gestación:

- ❖ El primer objetivo es alcanzar, en el momento del parto, la CVP más baja posible. Se recomienda realizar una última determinación entre las semanas 34 y 36 de gestación. (Nivel B).
- ❖ En caso de CVP baja (<1.000 copias/MI) la cesárea electiva no parece ofrecer una reducción de la TV. La paciente debe conocer los riesgos y beneficios tanto de la cesárea (aumento de morbilidad y mortalidad) como del parto vaginal y debe poder decidir sobre el tipo de parto. (Nivel B).
- ❖ Si opta por un parto vaginal se han de aplicar las medidas obstétricas que contribuyen a minimizar la TV: no emplear electrodos colocados en el cuero cabelludo del feto, no realizar micrótomos fetales, evitar los partos

instrumentales y la episiotomía e intentar mantener la bolsa amniótica íntegra el mayor tiempo posible. (Nivel B).

- ❖ Pacientes con menos de 36 semanas de gestación o con otras pautas de tratamiento antirretroviral distintas del TARGA, o con CVPI >1.000 copias/ml o con diagnóstico tardío:
- ❖ Programar una cesárea electiva a las semanas 37-38 de gestación para evitar, por un lado, el distress respiratorio fetal y, por otro, el inicio espontáneo del parto y/o la rotura prematura de la bolsa amniótica.

13. 8 Transmisión del VIH a través de la lactancia

En varios estudios de cohortes, realizados en diferentes países, que incluían niños alimentados a pecho y con fórmula adaptada se ha demostrado que en todos los casos la tasa de TV es más alta en aquellos que lactaban.

Dunn y colaboradores publicaron en 1992 una revisión de diferentes estudios de TV; en ella se incluían cuatro en los que las madres habían adquirido la infección postnatalmente, y calcularon que el riesgo añadido de adquirir la infección por el VIH a través de la leche materna estaba en torno a un 14%, con un riesgo directo de contraer el VIH a través de la leche materna de un 29% en los casos de infección aguda de la madre.

En 2000 Nduati publica el primer estudio controlado, prospectivo y aleatorizado sobre el efecto de la lactancia materna en la transmisión del VIH.

En él se establece claramente y se cuantifica de forma fiable el riesgo de contraer la infección por esta vía, demostrándose una frecuencia acumulativa de transmisión del VIH de un 36,7% a los 2 años en el grupo con lactancia materna frente a un 20,5% en el grupo alimentado con fórmula, siendo atribuible a la leche materna un 16,2%. Esto significa que un 44%, casi la mitad de los infectados, contrajeron la infección a partir de la leche materna.

En el metanálisis publicado por Coutoudis y colaboradores en 2004, en el que se analizan 4.085 niños procedentes de 9 estudios, conociéndose en 539 de ellos el momento de la transmisión, se establece que el 42% de las infecciones se ha adquirido de forma postnatal, con un riesgo acumulativo, al cabo de 18 meses, de un 9,3% atribuible exclusivamente a la lactancia materna.

Coutoudis y colaboradores publicaron en 1999 un estudio controlado en el que la TV a los 3 meses fue menor en los niños con lactancia materna que en aquellos con lactancia mixta.

Momento y factores asociados a la transmisión del VIH asociada a leche materna

Se ha intentado determinar en qué periodos de la lactancia existe un mayor riesgo de transmisión del VIH a fin de desarrollar estrategias que permiten recomendar la lactancia materna en aquellos contextos en que esta es fundamental para mejorar la supervivencia de los recién nacidos.

14.- BIBLIOGRAFÍA

ARREDONDO, Anabella (2010) Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Niveles Actuales, Tendencias y Tipología de la Epidemia.

BARBA, R. (2009) SIDA y Embarazo. Transcripción en línea. Disponible en:

<http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2011/12/sida-embarazo/tratamiento-durante-embarazo.html>

CLAUDIA, FortunyGuadch, (2011), Manual Práctico de la infección por el VIH pediátrico (CEVIHP), segunda edición, Ed. ProusSciencience, impreso Prodisa, Barcelona.

DELGADO, Alfonso Rubio (2009) Profilaxis de la transmisión materno-fetal de la infección VIH.

GATEL JM. Guía práctico de SIDA, 8ava edición.

GE SIDA (2010), Terapia antirretroviral y enfermedades asociadas al VIH SEIMC, España.

KING S. (2012), Evaluation and treatment of the HUmanInmunodeficiency Virus -1, exposed infant, pediatrics.

KROONTZ Harold, Heinz Heinrich, (2011), Administración sexta edición, editorial Mc Graw Hill, México.

LÓPEZ Liliana: (2010), ¿Se puede prevenir el sida? Madrid: Biblioteca Nueva.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE (2009), Guía práctico. Precauciones universal con sangre y fluidos corporales en la atención de Gineco – Obstetricia y Neonatología, junio 2009.

MIÑO G (2010), Tablas y algoritmos para la atención de pacientes infectados por el VIH en el Ecuador. OPS.

ONUSIDA (2009). Estadísticas sobre el SIDA. Informe del Programa sobre el SIDA.

PNS (2009), Historia Clínica de mujeres embarazadas, expuestos perinatales VIH niños.

POTTER Perry, (2012), Fundamentos de Enfermería, volumen 1, 5ta edición Harcourt S.A., Editorial Edide, S.L., España.

POTTER Perry, (2012), Fundamentos de Enfermería, volumen 1I, 5ta edición Harcourt S.A., Editorial Edide, S.L., España.

SARZOSA Germania, Manual de la Enfermería, Editorial Cultural S.A., Madrid – España.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (2011)
Cesárea y riesgo de transmisión vertical de la infección VIH-1.
TheLancet (ed. esp.); España.

MSP- Ecuador, PNCTB/PNS. Guía de la Atención Integral de la Co-
Morbilidad TB/VIH-SIDA. Marzo 2009. De

MSP- Ecuador Guía de Prevención y control de la transmisión Materno Infantil
del VIH y Sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA

Aids epidemic Update 2009.UNAIDS, 2009.<http://www.unaids.org>.

.Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active
antiretroviral therapy. Clin infect Dis 2005; 40(3):458-465.

Shapiro D, Tuomala R, Pollach H, Burchett S, Read J, Cababasi M et al.
Mother-to-Child HIV Transmission Risk According to Antiretroviral Therapy,
Mode of Delivery, and Viral Load in 2895 U.S. Women (PACTG 367). 11th
Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, San Francisco,
February 8-11, 2009 (Abstract 99).

Situacione epidemiologica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida, 30 de junio de 2009. Secretaria del plan nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es>

Apilanez M, Iribarren JA, Echeveria J, Landa J, Arrizabalaga J, Larraz J et al. Evolucion de la transmisión vertical del VIH en Gipuzkoa: la experiencia de 20 años. XI Congreso de la SEIMC, Bilbao, 16-19 de mayo de 2010 (Abstract 26).

.Thorne C, Patel D, Malyuta R, Semenenko I, Newell M-L, for the European Collaborative Study. HIV-1 infected pregnant Women and, mother-to-child transmission in Europe: characteristics of the epidemic in Western, Central and Eastern Europe. Program and abstracts of the 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment; July 24-27, 2005; Rio de Janeiro, Brazil. Abstract TuOa0301.

CDC. Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. Perinatal Counseling and Guidelines Consultation MMWR 2001 November 9;50(RR19):59-86.

Adjorlolo-Johnson G, de Cock KM, EKpini E, et al; Prospective comparison of mother-to-child transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan, Ivory Coast. JAMA 1994; 272:462-473.

.Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 IN Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies. The Working Group on Mother-To-Child Transmission of HIV.J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 2010 Apr 15; 8(5):506-10.

.European Collaborative Study Mother-to-Child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy.HIV/AIDS 2009; 40:458-465.

Lopez Gay D, IzarrPerez C. BoletinEpidemiologico de la Comunidad de Madrid Volumen 11n3 Marzo 2009:50-59.

Padian NS, Shiboski SC, Glass SO, Vittinghoff E. Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Northern California: Results from a Ten-year Study. Am J Epidemiol 2009; 146:350-7.

Rottingen JA, Garnett GP. The Epidemiological and Control Implications of HIV Transmission Probabilities Within Partnerships. Sex Transm DIS. 29 (12): 818-27.

Sauer MV, Choi J. HIV seroconversion in a woman preparing for assisted reproduction: an inherent risk in caring for HIV-serodiscordant couples. ReprodBiomed Online 2009; 12:375-7

Castilla J, del Romero J, Hernando V et al. Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2009 40(1):96-101.

Mencaglia L, Falcone P, Lentini GM, Consigli S, Pisoni M, Lofiego V, Guidetti R, Piomboni P, DE Leo V. ICSI for treatment of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-serodiscordant couples with infected male partner. Hum Reprod 2009;20:2242-6.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	2013								2014																			
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
ACTIVIDADES																												
Análisis de los problemas detectados en forma cualitativa, para determinar donde se desarrollará la investigación	x	x	x	x	x	x																						
Determinación de la temática de la investigación a desarrollar.						x	x																					
Desarrollo y Aprobación del Perfil de Tesis.									x	x	x	x																



Universidad Técnica de Babahoyo
Vicerrectorado Académico



Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua

**1.- FORMATO DE ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD
DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA DE MILAGRO AREA DE GINECO-
OBSTETRICIA.**

Nombre Profesión Tiempo de servicio

Fecha Edad Sexo

OBJETIVO.

Conocer la opinión y los conocimientos del personal de enfermería del área de Gineco-obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro sobre transmisión vertical del VIH/ sida.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas del cuestionario que a continuación se presenta y conteste de forma honesta y concreta.

1 ¿La evaluación del desarrollo social del talento humano de enfermería del área de Gineco - Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de trasmisión vertical es?

Eficaz _____

Oportuna _____

Ineficaz _____

2 ¿El número de talento humano de enfermería para la atención y control de trasmisión vertical del VIH – SIDA en Área de Gineco-obstetricia es?

Suficiente _____

Insuficiente. _____

3 ¿La actitud laboral del personal de enfermería del área de Gineco-Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en el control de trasmisión vertical es?

Buena _____

Regular _____

Mala _____

4 ¿Cómo perciben el comportamiento de las pacientes con VIH-SIDA en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro (Madre-hijo)?

Agresiva _____

Pasiva _____

Asertiva _____

5 ¿El nivel de competencias del personal de enfermería del área de Gineco-

Obstetricia del Hospital León Becerra de Milagro en la atención de calidad

a las pacientes embarazadas con VIH es?

Alto _____

Medio _____

Bajo _____

6 ¿Qué tipo de atención brinda el personal de enfermería a pacientes con de VIH-SIDA (Madre-hijo)?

Buena _____

Regular _____

Mala _____

7 ¿La capacitación que ha recibido sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo).ha sido?

Eficaz _____

Oportuna _____

Ineficaz _____

Nunca ha recibido_____

8 ¿Cuál es el tipo de educación que brinda sobre la transmisión vertical del VIH-SIDA (Madre-hijo)?

Temporal _____

Continúa _____

9. ¿Sabe usted quienes son los responsables del programa Transmisión vertical del VIH/SIDA?

1.-Pediatra _____

2.- Enfermera _____

3.- Psicóloga _____.

4. Ginecóloga _____

5. Todas las anteriores_____

10. ¿Asiste usted con frecuencia a cursos de capacitación para actualización de conocimientos en Transmisión Vertical VIH/SIDA?

Sí _____ No_____

11. ¿Conoce usted el porcentaje de casos de Transmisión Vertical VIH/SIDA en el Hospital?

Alto_____ Medio _____ Bajo_____

12. ¿La gestante recibe información y/o consejería cuando se le solicita la prueba de Elisa?

Sí_____ No_____ A veces_____

13- ¿Conoce si existe alguna norma o directiva sobre prevención de la transmisión vertical del VIH?

Sí_____ No_____

14- ¿La gestante con VIH recibe algún tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión vertical?

Sí_____ No_____

Cual_____ Cuando_____

15.- ¿Cree usted que el centro de salud Hospital León Becerra de Milagro cuenta con talentos Humanos Económicos y materiales ante la alta incidencia de embarazadas con VIH?

Sí_____ No_____

Gracias por su colaboración



Universidad Técnica de Babahoyo
Vicerrectorado Académico



Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua

2.- FORMATO DE ENCUESTA A LAS USUARIAS DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO.

1. ¿Ha escuchado alguna vez de las enfermedades que pueden transmitirse por las relaciones sexuales?

Sí _____ No _____

2. ¿Sabe que enfermedades se puede transmitir al bebe durante?

Embarazo _____ Parto _____ Lactancia _____

Qué opina de la enfermedad _____

3. ¿Cuándo viene al Hospital ha recibido charlas sobre?

1.-Alimentacion _____

2.- Planificación Familiar _____

3.- Sida_____

Otras_____

4. ¿Asiste usted a consulta prenatal frecuente y si le informado sobre lo que

es la Transmisión Vertical del VIH-SIDA?

Sí _____ No _____

5. ¿Cómo es la atención en esta unidad de salud a paciente PVVS?

1.- Buena_____

2.- Regular_____

3.- Mala_____

4.- Discriminativo_____

6. ¿Conoce usted cuales son las vías de transmisión del VIH-SIDA?

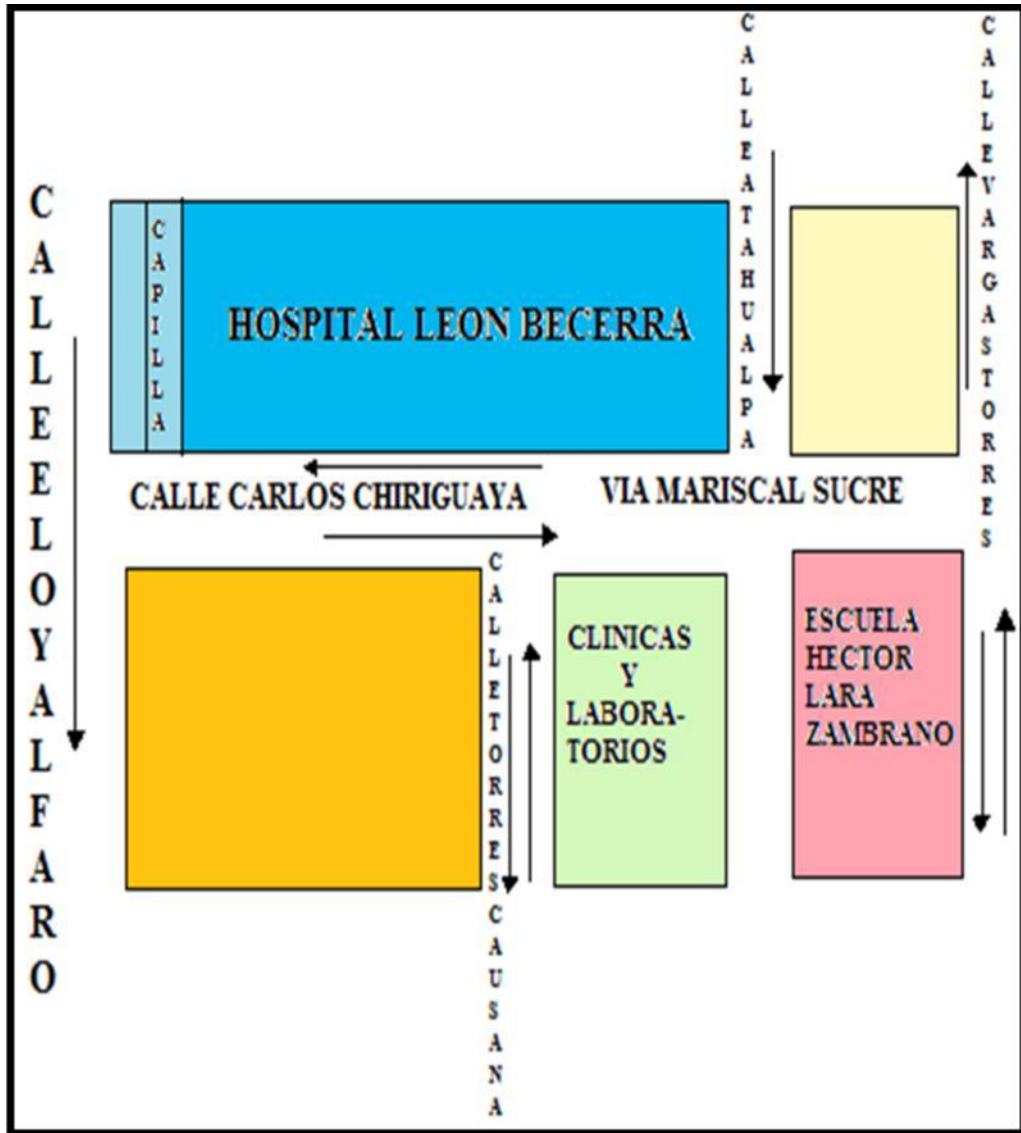
Sí _____ No_____

Gracias por su colaboración





CROQUIS DE SITUACION GEOGRAFICO DEL HOSPITAL LEON DE BECERRA DE MILAGRO



MAPA DE RIESGOS DE MILAGRO



