



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÍA**

TESIS

**COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES EN PACIENTES
PORTADORAS VIH POSITIVA QUE RECIBEN TARGA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CAÑETE
EN EL PERIODO JULIO – DICIEMBRE DEL 2018**

LINEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PUBLICA

PRESENTADO POR

**DENNISE AZUCENA CALDERON QUINO
DANIEL CARHUAVILCA JANAMPA**

**INVESTIGACION DESARROLLADA PARA OPTAR EL
GRADO DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

ASESOR:

AQUIJE CARDENAS GIORGIO ALEXANDER

CODIGO ORCID: 0000-0002-9450-671X

**CHINCHA – PERÚ
2022**

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y bendición para alcanzar mis metas como persona y como profesional.

A mi querida madre, mi fuente de inspiración y motivación, estoy segura que donde estés, te sentirás muy orgullosa de este logro.

A mis hermanos, pilares fundamentales en mi formación como profesional, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer, por su paciencia, por su confianza, por brindarme los recursos para lograrlo y sobre todo por haberme forjado como la persona que soy ahora, muchos de mis logros se los debo a ustedes así que siéntanlo como propio, los amo.

A mis sobrinas, que esto sea un ejemplo y estímulo para continuar adelante, recuerden que hay mucho camino por recorrer.

A todos que Dios los bendiga.

Dennise Azucena Calderón Quino.

Esta tesis está dedicada al Dr. Sixto, una persona muy capacitada y profesional, por haber apoyado en mi carrera profesional durante varios años.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi padre, a pesar de la distancia siempre me a dado su apoyo.

A mis hermanas que siempre me han dado su apoyo incondicional, por estar conmigo en todo momento gracias, y a toda mi familia por sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Y un agradecimiento a todos mis docentes de la Universidad Autónoma de Ica, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi carrera profesional.

Daniel Carhuavilca Janampa

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
a. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
c. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
d. HIPÓTESIS	13
e. VARIABLES DE ESTUDIO	14
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
IV. MARCO TEÓRICO	16
V. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS	28
VI. RESULTADOS	31
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
A. Conclusiones.....	50
B. Recomendaciones.....	50
BIBLIOGRAFÍA	52

LISTA DE TABLAS

	PAG.
TABLA N°1: EDAD EN GESTANTES	33
TABLA N°2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN	34
TABLA N°3: ESTADO CIVIL	35
TABLA N°4: PARIDAD	36
TABLA N°5: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	37
TABLA N°6: ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO	38
TABLA N°7: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	39
TABLA N°8: ANTECEDENTE DE ABORTO	40
TABLA N°9: ANEMIA	41
TABLA N°10: TIPO DE ANEMIA	42
TABLA N°11: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	43
TABLA N°12: TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO	44
TABLA N°13: INFECCION DEL TRACTO URINARIO	45
TABLA N°14: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	46

LISTA DE GRÁFICOS

	PAG.
GRAFICO N°1: EDAD EN GESTANTES	33
GRAFICO N°2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN	34
GRAFICO N°3: ESTADO CIVIL	35
GRAFICO N°4: PARIDAD	36
GRAFICO N°5: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	37
GRAFICO N°6: ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO	38
GRAFICO N°7: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	39
GRAFICO N°8: ANTECEDENTE DE ABORTO	40
GRAFICO N°9: ANEMIA	41
GRAFICO N°10: TIPO DE ANEMIA	42
GRAFICO N°11: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	43
GRAFICO N°12: TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO	44
GRAFICO N°13: INFECCION DEL TRACTO URINARIO	45
GRAFICO N°14: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	46

LISTA DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
ANEXO N°02: INSTRUMENTO	66
ANEXO N°03: MATRIZ DE CONSISTENCIA	68

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Conocer cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que recibe TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

MATERIAL Y MÉTODO: En la presente tesis es de tipo observacional; porque estudia la correlación entre las diversas complicaciones y las gestantes con VIH; es de tipo retrospectivo porque se utiliza datos recolectados en historias clínicas, y por último transversal porque estudia las variables en un determinado intervalo de tiempo. La muestra de estudio estuvo conformada por 78 pacientes, de las cuales se recolectaron sus respectivas historias clínicas, por ello la técnica de recojo de información empleada, fue el análisis documental.

RESULTADOS: Existen las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete. En cuanto a los resultados obtenidos, se ha podido apreciar que el 33,33% presentan cifras bajas respecto tener antecedentes de parto pretérmino, mientras que el 25,64% presentaron amenaza de parto pretérmino, por lo que, se puede demostrar que ambos diagnósticos no se encuentran asociados a otros procesos de infecciones con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana).

Palabras clave: Complicaciones, gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia.

ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE: To know what the complications in pregnant patients are carrying the HIV virus - AIDS who receive HAART to be performed at the Cañete Hospital.

MATERIAL AND METHOD: In this thesis it is observational; because it studies the correlation between the various complications and pregnant women with HIV; it is retrospective because it uses data collected in medical records, and finally cross-sectional because it studies the variables in a certain time interval. The study sample consisted of 78 patients, of whom their respective medical records were collected, therefore the information collection technique used was documentary analysis.

RESULTS: There are complications in pregnant patients carrying the HIV - AIDS virus on HAART to be performed at the Cañete Hospital. Regarding the results obtained, it has been possible to appreciate that 33.33% present low figures regarding having a history of preterm birth, while 25.64% presented threat of preterm birth, so it can be shown that both diagnoses they are not associated with other infection processes with HIV (Human Immunodeficiency Virus).

Keywords: Complications, pregnant women carrying the immunodeficiency virus.

I. INTRODUCCIÓN

Todas las mujeres embarazadas con VIH deben tomar medicamentos contra el VIH durante el embarazo para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. (La transmisión del VIH de madre a hijo también se conoce como transmisión perinatal del VIH). Los medicamentos contra el VIH funcionan al prevenir que el VIH se multiplique, lo que reduce la cantidad de VIH en el cuerpo (también llamada carga viral). Una baja carga viral durante el embarazo reduce las posibilidades de que el VIH pase de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Para una mayor comprensión del presente trabajo, se dividió en cinco capítulos:

En el I capítulo, se realiza la identificación y formulación del problema, en el cual se describe las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que recibe TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

En el II capítulo, se desarrolla el marco teórico, iniciando con los antecedentes los cuales nos muestran desarrollos de otros estudios investigados enfatizando las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que recibe.

En el III capítulo, se desarrolla la parte de materiales y métodos. Para lo cual en la presente investigación se realizó un estudio básico, de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo y diseño observacional.

En el IV capítulo se concluye los resultados para posteriormente analizar las conclusiones y recomendaciones.

Y por último en el V capítulo son las conclusiones y recomendaciones respectivas.

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

a. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Existe una gran cantidad de gestantes que se encuentran infectadas por el VIH y que cuyo tratamiento es a través de una terapia antirretroviral (TAR), en el caso de las mujeres que no han recibido tratamiento previo, el inicio temprano de la terapia antirretroviral está asociada a un mayor riesgo de supresión viral en el momento del parto y con un menor riesgo de transmisión.¹⁻³

Las mujeres gestantes que aún no han iniciado el respectivo tratamiento antirretroviral se observan que la tasa de control virológico, después del inicio del TAR es semejante que en el caso de las mujeres no embarazadas. Es así, que, por ejemplo, en un estudio realizado a 519 gestantes que no llegaron a recibir tratamiento, un 93% había llegado a alcanzar niveles virales de VIH <400 copias / ml en el primer trimestre de tratamiento, estos datos disponibles llegan a sugerir, que el inicio del tratamiento de ART está asociado con una mayor probabilidad de supresión viral en el momento del parto. En una muestra de 671 mujeres gestantes sin tratamiento previo en los EE.UU, que iniciaron TAR durante el embarazo, se tuvo como resultado una carga viral > 400 copias / ml en el parto, lo que se documentó en un 13% y que esto se asociaba a la iniciación de antirretrovirales a una edad gestacional posterior, el 24% de las mujeres que habían iniciado el régimen durante el tercer mes, poseían una carga viral detectable.⁴⁻⁵

Como consecuencia, el inicio del TARV en un momento temprano, se asocia con un menor riesgo de transmisión perinatal. En un estudio de 8075 mujeres que recibieron ART antes del parto, en Francia, entre los años 2000 al 2011, tuvieron como resultados una tasa de transmisión del 0,7%, no lográndose a producir transmisión en 2651 bebés nacidos de mujeres que recibieron ART antes de la concepción, Así mismo, continuaron con el TAR durante todo el desarrollo del embarazo teniendo una carga viral <50 copias / ml en el momento del parto,

independientemente de la carga viral; por otro lado, la tasa de transmisión aumento en un 0,2% para las mujeres que recibieron el TAR ante de la concepción a un 0,4%; 0,9% y 2,2% para las gestantes que iniciaron el TAR en el mes uno, dos y tres respectivamente.⁶

Muchas veces, algunas mujeres optan por retrasar el TAR hasta después de culminado el primer trimestre, cuando el feto es menos susceptible a los posibles efectos teratogénicos de los medicamentos suministrados, sin embargo, la iniciación a destiempo del TAR puede tener menor efectividad en la reducción de la transmisión del VIH en el útero, además si el TAR se llega a retrasar por in tiempo mayor al de las 28 semanas de la gestación, existe mayor posibilidad de que el ARN del VIH no se fea afectado completamente en el parto, sino que pueda incrementar el riesgo de transmisión perniatal.⁶⁻⁷

b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema General

¿Cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete desde julio a diciembre del 2018?

Problemas Específicos

- ¿Es la rotura prematura de membrana una complicación en las gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?
- ¿Es la preeclampsia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?
- ¿Es el parto pretermino una complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?
- ¿Es la anemia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital

Cañete?

c. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como se sabe, la muerte materna es un indicador importante que evidencia la salud pública en el país, dentro de este contexto las gestantes portadoras del VIH denotan un gran riesgo para ellas mismas dentro de la situación de la gestación y también para el futuro recién nacido.

Las diversas complicaciones que derivan de la patología subyacente a su gestación, repercuten de una manera directa al gato público en salud, por el tiempo de hospitalización, los recursos humanos que conlleva el monitoreo de dichos pacientes, etc.

Por lo dicho anteriormente, se tiene la imperiosa necesidad de contar con investigaciones que describa las diversas patologías relacionado con el VIH en la gestación, para poder con ello tener un mayor control y así evitar futuros decesos tanto de la madre con del recién nacido .⁸⁻¹⁰

DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

DELIMITACION ESPACIAL

El desarrollo del proyecto de investigación se llevará a cabo en el Servicio de emergencia en el Hospital Cañete

DELIMITACION TEMPORAL

El desarrollo del proyecto de investigación se llevará a cabo durante el periodo julio – diciembre 2018.

DELIMITACION SOCIAL

El desarrollo del proyecto de investigación se llevará a cabo en las gestantes que reciben TARGA que acudan al servicio de emergencia con una muestra de 180 pacientes.

DELIMITACION CONCEPTUAL

El desarrollo del proyecto de investigación se llegará a determinar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el servicio de emergencia en el Hospital Cañete.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS HUMANOS

El investigador llegara a realizar las pruebas dentro del Hospital Cañete

HISTORIAS CLÍNICAS

Datos de las Historias Clínicas incompletos, así como Historias Clínicas que no fueron encontradas para la recolección de información.

RECURSOS MATERIALES

Todo material será usado y conseguido por el investigador.

TIEMPO

Se tendrá en cuenta el tiempo para la recolección de información.

d. HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existen las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

Hipótesis específica

- La rotura prematura es una complicación en gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete
- La preeclampsia es una complicación en gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA influyen en las a realizarse en el Hospital Cañete
- El parto pretermino es una complicación en gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete

- La anemia es una complicación en gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete

e. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

Complicaciones en las pacientes embarazadas con VIH – SIDA

Variable independiente

Pacientes gestantes con VIH- SIDA que reciben TARGA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Grupos de problemas que se da en las gestantes por el diagnóstico de VIH o producido por el uso de ciertos fármacos en el esquema del TARGA.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Patologías producidas por el diagnostico de VIH y el uso de ciertos medicamentos en el esquema del TARGA

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a. Objetivo general

- Conocer cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que recibe TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

b. Objetivos específicos

- Identificar la rotura prematura de membrana como complicación en gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.
- Identificar la preeclampsia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

- Identificar el parto pretermino como complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.
- Identificar la anemia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

PROPÓSITO

El actual proyecto de investigación tiene como propósito conocer las complicaciones en gestantes portadoras de VIH que reciben TARGA.

IV. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Mark H. Yudin et al (2016). Realizaron una investigación, siendo un trabajo de revisión con una muestra de 142 embarazadas donde los resultados refieren que el 90% de los embarazos presentaron cargas virales en un promedio de 1000/ml de copias al momento del parto, así mismo el 95% de las mujeres han recibido terapias antirretroviral, por otro lado se visualizó una presencia de coinfecciones en una categoría baja y 41 mujeres que representa el 29% presentaron comorbilidades; el 73% de los embarazos que son 104 presentaron detección genética en donde el 4% arrojó tener pantallas anormales, por otro lado en cuanto a las tasas de hipertensión, diabetes gestacional y las restricciones del crecimiento fetal se mostraron en un nivel bajo y el 32% presentaron estreptococos del grupo B. Llegando a la conclusión que el trabajo realizado logró fortalecer los resultados en cuanto a las mujeres embarazadas con VIH-positiva con un buen grado de atención prenatal y un manejo adecuado¹¹.

Polansky M, et al (2017). Dentro de su trabajo de investigación, el cual fue aplicado en mujeres embarazadas, donde los resultados determinaron que los síntomas depresivos prenatales sí influyen en el sentimiento de felicidad de estar embarazada así como el sentimiento de poder completar sus estudios de educación secundaria. Con ello se concluye que la depresión durante el embarazo se relaciona significativamente con el sentimiento de estar embarazada¹²

Khuu V. N. (2016) con su trabajo de investigación, que tuvo el objetivo de identificar los motivos que tuvo la muestra de aplicar las pruebas de VIH tardíamente, el cual se aplicó a una muestra de 160 mujeres de las cuales los resultados reportaron que el tratamiento antirretroviral facilita las pruebas de VIH en las mujeres durante la etapa de gestación, dentro del análisis se concluyó que a las pruebas tardías se asocian 6 variables

como la edad, nivel de educación, oficio, lugar de residencia, así mismo la población de mujeres embarazadas confirmo que para ellas las pruebas de VIH son importantes durante el embarazo¹⁴.

Shivamurthy G. et al. (2017). En su trabajo de investigación, encontró como resultados que la India es uno de los países con la mayor prevalencia de VIH en mujeres de edad fértil las cuales debido a la morbilidad presentan mayor riesgo en un nivel alto, los cuales se asocian a los resultados de mujeres infectadas con VIH en edad gestacional. Llegando a la conclusión que las infecciones por VIH presentan mayor incidencia en la obstetricia y el recién nacido¹⁵.

Monique L. Mounce et al. (2017) refieren que no se reportaron incidencias dentro de la seguridad de los pacientes que han sido tratados en INSTI con los pacientes de IP, es decir la aplicación del INSTI logra reducir las enfermedades por transmisión del VIH¹⁶.

Inka Aho et al. (2018). En su trabajo de Finlandia el empleo de WLWH ayuda como control virológico administrándose por vía vaginal, lo cual ayuda a reducir las posibles morbilidades que se puedan relacionar con el CS¹⁷.

Tejada R., et. al. (2015) realizaron un estudio en Perú dentro de los resultados hayados se pueden observar una gran incidencia entre las complicaciones infecciosas con el diagnóstico de VIH en las mujeres presentándose en un 14%, así mismo se determinó que no existe relación significativa con la presencia de CI y el VIH. Por otro lado, cabe mencionar que las complicaciones que suelen presentar las gestantes se asocian con otras complicaciones como la anemia o el empleo de antirretrovirales¹⁸.

Tejada R., et. al. (2016) realizaron un estudio, demostrando que dentro de sus resultados que si existe ciertas diferencias entre una gestante del TARGA con otra que no participa de este programa. Así mismo debido al

tratamiento antirretroviral el 11% de estas gestantes presentaron complicaciones al momento del parto y gestación¹⁸.

MARCO TEÓRICO

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel global las mujeres representan cerca de la mitad de la población mundial que se encuentra infectada por el VIH, especialmente en el continente africano donde viven la mayoría de mujeres infectadas (Africa Subsahariana), es la exposición heterosexual la principal causa de esta transmisión, en otros continentes como el europeo o en Norteamérica, la transmisión se produce entre hombre, debido a relaciones homosexuales, siendo esta la causa más común, además que, las mujeres se constituyen en estas zonas como una población menor de infectados. ¹⁹

En el país de los Estados Unidos de un total de 40 000 nuevos casos diagnosticados con VIH, el 19% de ellos son mujeres, y el 24% de aproximadamente 18 00 casos diagnosticados con SIDA, desde los primeros informes iniciales de VIH de las mujeres americanas de poblaciones minoritarias, son las que mas se han visto afectadas. De todas las mujeres que fueron diagnosticadas con VIH en el año 2016, el 61% de ellas son afroamericanas, el 19% blancas y un 16% eras hispanas-latinas, sin embargo, pese a estas cifras, en los últimos años se ha evidenciado una disminución significativa, estos diagnosticas han podido disminuir hasta en un 14% en las mujeres hispanas y latinas, aunque las cifras en mujeres blancas se mantuvieron. ²⁰

Cada vez más mujeres llegar a infectarse por VIH, debido al consumo de drogas que se suministran a través de jeringas, en el ámbito mundial se aha evidencia un incremento de hasta el 33% de los casos en que las mujeres se infectan por el uso de drogas a través de las jeringas, en los Estados Unidos la cantidad de mujeres que se infectan de sida es tan igual que a la de lo hombres, esto debido al uso de jeringas. Las rutas de contaminación lograr prevalecerse debido a la raza: Ejm: en los Estados unidos, el 92% de

las mujeres afroamericana, han logrado infectarse de VIH, a través de la practica sexual, solo el 68% de as mujeres blancas lo hacen. ²¹

No se disponen de cifras exactas de las mujeres transgénero que poseen VIH a nivel mundial, en la realización de un metaanálisis de diversos estudios realizados en países como Estados Unidos u otros de Asia, América latina y Europa, se tiene que, entre los años del 2000 al 2011, la prevalencia combinada del VIH entre 11,066 mujeres transgénero a nivel mundial fue del 19,1%, las posibilidades de que una mujeres transgénero pueda infectarse de VIH es 48% mas altas entre los adultos mayores, los adultos en edad reproductiva. ²¹

GESTANTES CON VIH

En las mujeres que requieren iniciar a terapia retroviral (TAR), en el embarazo, la selección y el procedimiento es tal cual se realiza para las pacientes no gestantes, excepto en los agentes, con excepción a que de ciertos ¹⁹⁻²⁰agentes que en la población son aceptados, como es el caso de dolutegravir, elvitegravir, la tecnología, entre otros. Las mujeres que tienen experiencias previas en el tratamiento con un producto antivirus, no son especificaciones, salvo en los casos que este régimen contenga Elvetegrvis y cobcistat u otros. ¹⁹⁻²⁰

Es importante, que tanto las mujeres que nunca han recibido tratamiento, como aquellas que ya tienen experiencia, tener en cuenta que los cambios farmacocinéticos en el embarazo pueden, en muchos casos, requerir una mayor administración de dosis, o de uso frecuente, aun en otros casos, el refuerzo de ciertos medicamentos, en especial los inhibidores de la proteasa. ²¹

La eficacia inmunológica ni virológica, ha llegado a ser evluados en ensayos clínicos aleatorizados y se dispone de pocos datos de tipo comparativo para que pueda demostrarse su mayor efectividad. ²²⁻²³

La fuente refiere que la mayoría de los datos disponibles, se enfocan en la seguridad y eficacia de los medicamentos antirretrovirales, para evitar el contagio al bebe, los mismos que se anteponen a la eficacia de estos medicamento para el tratamiento en si de las mujeres con VIH que se encuentran embarazadas.

FACTORES DE RIESGO PARA LA ADQUISICIÓN DEL VIH

Los factores de riesgo sexuales tienen al tipo de contacto heterosexual como el más comúnmente reportado para las mujeres, debido a que han superado el uso de drogas inyectables. Entre hombres y mujeres se comparten varios factores de riesgos, entre los que se incluyen la presencia de infecciones ulcerosas de transmisión sexual, mayor carga viral y relaciones sexuales sin la debida protección.³⁶

Se ha propuesto que, durante el ciclo menstrual normal, hay un período de aproximadamente 7 a 10 días cuando la inmunidad innata, humoral y mediada por células son suprimidas por estradiol y / o progesterona, lo que aumenta el potencial de adquisición de VIH por parte de las mujeres.³⁷⁻³⁸

La conjetura expresada por la fuente requiere la realización de mayores estudios, aunque aun si ello representara un mayor riesgo, se hace necesario los refuerzos de prevención primaria para que las mujeres puedan ir enfatizando la necesidad de una adherencia consistente a las practicas sexuales responsables y seguras, independientemente del ciclo menstrual en el que se encuentre la mujer.

Riesgo asociado con la anticoncepción: Diversos estudios realizados han mostrado en sus conclusiones la gran preocupación de que ciertos métodos anticonceptivos, en especial, los de tipo hormonal, como el acetato de medroxiprogesterona de deposito (DPMA), se encuentran asociados a un mayor riesgo de contraer VIH, aunque los datos son mixtos y la disminución del uso del preservativo en las mujeres que emplean anticonceptivos hormonales pudo haber llegado ser un potencial factor de confusión. Estos resultados de los estudios siguen siendo inciertos como para llegar a

justificar la limitación de ciertos métodos anticonceptivos a las mujeres en riesgo de infección por VIH, sin embargo, es necesario que a las mujeres en situaciones de riesgo, se les pueda recomendar el uso del condón, independientemente del tipo de método anticonceptivo que emplee.³⁸

En revisión realizadas de diversas fuentes científicas y metadatos, que han investigado y evaluado el riesgo del VIH, con el uso de los anticonceptivos como también del uso del preservativo, se demostró que no existía una asociación evidente entre la infección por VIH y la anticoncepción oral, pero si un riesgo de contraer VIH con el DMPA.

La anticoncepción intrauterina no es un factor de riesgo para contraer VIH en los usuarios de otros métodos anticonceptivos, tanto el DIU como el la T de cobre, llegan a disminuir las poblaciones de celular de VIH en el tracto genital femenino, por lo que, es posible llegar a disminuir el riesgo de contraer el VIH, las mujeres en riesgo de infección por VIH, también se encuentran expuestas a contraer otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS).³⁹

Prevención de la infección por VIH: Algunas de las posibles alternativas de solución para minimizar el riesgo de contraer el VIH, es la realización de la profilaxis posterior a la exposición (PEP), después de una exposición de alto riesgo al VIH y la profilaxis previa a la exposición (PeEP), tanto para aquellas mujeres con un alto riesgo continuo de contraer VIH, como en aquellas relaciones sexuales discordantes o en las trabajadoras sexuales. Cabe destacar que los resultados que evaluaron la eficacia de la PrEP oral en mujeres han llegado a obtener resultados diversos.⁴⁰

COMPLICACIONES EN GESTANTE CON VIH

El aborto espontáneo se encuentra dentro de las complicaciones de las gestantes portadoras del VIH, se puede mencionar el riesgo a padecer aborto espontaneo, como se sabe la mayor incidencia de abortos en gestantes portadoras con VIH está íntimamente relacionado con la trasmisión vertical MF. El aborto espontáneo o también llamado aborto

natural es definido como la pérdida del embrión o feto dependiendo de las semanas, por alguna causa no provocada por un agente externo. El término ante mencionado es definido si y solo si se da antes de las 20 semanas.

A su vez, el aborto espontáneo podría ser retenido, eso es cuando no hay ningún tipo de eliminación, o completo cuando es eliminado todo el producto completamente.

Dentro de las causas más relevantes se puede mencionar la muerte fetal debido a anomalías cromosómica entre todas ellas las trisomías autosómicas del feto. Además, las enfermedades (VIH- SIDA, mal de Chagas, Toxoplasmosis, brucelosis, etc.), seguida por las enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis, traumatismos graves).

Para este caso en especial, la gestante con VIH puede disminuir si se realiza una atención por parte de la madre y una vigilancia médica adecuada. Además, el riesgo asociado a patologías sistémicas se combate tratándolas antes eventual gestación.

La anemia según el MINSA (Ministerio de Salud del Perú), estima que la mitad de las mujeres en etapa fértil presenta diagnóstico de anemia. En los reportes de los últimos años refiere que 6 de cada 10 mujeres anemia.

En este caso en especial, se puede mencionar estudios que refiere la asociación de dicha patología con el uso de Zidovudina (AZT), por lo que se sugiere hacer pruebas periódicas, además se debe recordar que a pesar de uso de este fármaco la Zidovudina (AZT) haya producido anemia en la gestante, el uso del intraparto es obligatorio.

Por otro lado, la Zidovudina (AZT) por la Estavudina (D4T), el día de la cesárea electiva no se debe usar la dosis de la mañana de Estavudina por el antagonismo con la Zidovudina.

Por lo tanto, las gestantes que tengan un tratamiento antirretroviral y diagnóstico con anemia grave ($Hb < 7$ g/dl) deberá modificar su esquema

excluyendo con la Zidovudina (AZT) e iniciar tratamiento de la anemia. Según los esquemas actuales, las opcionales son Abacavir (ABC) y Didanosina (ddi).

Los esquemas profilácticos que contienen AZT sólo deberán iniciarse después de haber corregido la anemia grave ($Hb > 7$ g/dl).²⁴

La amenaza de parto prematuro (APP) para este caso en especial, las gestantes con VIH, diversos estudios se encuentran una asociación entre el parto pretermino y la misma infección por el VIH. Lamentablemente los mecanismos y las diversas causas de la prematuridad en la infección por VIH y eso lamentablemente no se pueden garantizar la diferencia de prematuridad.

El riesgo de parto pretermino (APP) es que se dé antes de las 37 ss. El diagnóstico está basado por la contracción uterina y la aparición de cambios cervicales. Además, la infección por SIDA produce un deterioro del estado inmunológico o por el uso de TARGA en mujeres con esquemas definidos tanto antes y durante el embarazo.

Se recomienda que se realice un control prenatal adecuado en gestantes con VIH, se debe realizar un screening de las diversas infecciones ginecológicas, dado el mayor riesgo de APP.

Por otro lado, cuando se dan contracciones regulares, se recomienda la administración junto con el tratamiento tocolítico, de Zidovudina (AZT) EV 2mg/kg en la primera hora, 1mg/kg hasta que cede la dinámica.

La rotura prematura de membranas (RPM) es definida por la pérdida de la integridad de las diversas membranas ovulares que se da antes del comienzo del parto, con la pérdida posterior del líquido amniótico.

Se sabe que cuando la gestante con TARGA, estudios refieren que existe una relación entre la duración de la rotura y transmisión vertical (TV), el riesgo de dicha transmisión se incrementa 2% por cada hora que la bolsa rota en gestante con menos de 24 horas después de la rotura.

Cuando se dé un diagnóstico de Rotura Prematura de Membranas en gestantes con VIH las recomendaciones se da dependiendo de las semanas de gestación.

Menos de 26 semanas: para estas semanas se recomienda al tratamiento conservador, toda gestante debe seguir recibiendo TARGA y debe tener un adecuado control prenatal.

26 y 30 semanas: debe considerarse el estado materno y fetal, y la cantidad de concentración viral de la madre.

30 y 34 semanas: se recomienda finalizar a la gestación.

ENFOQUE TRATAMIENTO PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS

El régimen para mujeres embarazadas sin evidencia o sospecha de resistencia a los medicamentos es apropiado una combinación e NRTI preferido por un tercer agente periférico, es necesario considerar que este es un enfoque, pudiendo existir otras zonas, según las preferencias a requerir.

Selección de la espina dorsal de NRTI : Tenofovir disoproxil fumarato-emtricitabina (TDF-FTC o la TDF-lamivudina intercambiable) y abacavir-lamivudina son las requeridas por NRTI en la etapa gestacional, a menudo se emplea el TDF-FTC, salvo en los posibles casos en que los pacientes tengan problemas renales como una insuficiencia (tasa de filtración glomerular estimada $<60 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$), es en estos casos en lo que son se debe hacer uso de una combinación de TDF y es mejor el usp de abacavir-lamividina, debido a que la primera solo se debe emplearen los pacientes negativos para el alelo HLA.B5701, así como de las pruebas que pueden llegar a tomar varios días para la obtención de los resultados.

SELECCIÓN DEL TERCER MEDICAMENTO

Una de las primeras opciones, de las que por experiencia clínica se dispone es la proteasa potenciada, de los cuales uno de estos agentes en la primera opción, uno de los aspectos que se debe considerar para tomar como primera opción a la proteasa es tomar en cuenta la información contradictoria sobre el riesgo de parto prematuro que ella puede ocasionar, tanto en aquellas mujeres que presentan un alto riesgo como de aquellas con partos prematuros espontáneos y múltiples, es posible que evitemos los regímenes que contienen inhibidores de la proteasa²⁸.

Otra de las buenas opciones a poderse emplear es la Atazanavir-ritonavir, como un buen inhibidor de proteasa, ya que se administra una sola vez al día, por lo que minimiza los problemas de adherencia, además que hoy en día se tiene mucho más información y manejo sobre este tipo de inhibidor, aunque puede llegar a ocasión hiperbilirrubina de manera indirecta y asintomática.

Raltegravir, es otras de las buenas opciones de un tercer medicamento que puede ser empleado para poder usarse con el régimen dual de NRTI que a su vez esta asociada con una rápida disminución de la carga viral, es muy útil en lo casos que se tienen dudas en el uso de regímenes inhibidores de proteasa, pero, pese a lo indicado, esta debe ser suministrada solo dos veces al día durante el periodo gestacional.²⁹.

Efavirenz, no es considerado como un tercer agente periférico, porque se encuentra asociado con la alteración de los trastornos de salud mental y síntomas del sistema nervioso central, pero es efavirenz coformulado con TDF-FTC, quien sigue siendo una buena opción para que las gestantes puedan hacer uso de los inhibidores de proteasa y su administración es de una sola vez al día.

EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SIN SUPRESIÓN VIRAL

Es necesario evaluar a las gestantes que aun no logran la supresión viral con TAR, iniciado antes del embarazo, debido a razones de fracaso virológico. Es aquí donde el clínico debe comenzar preguntándole sobre su nivel de adherencia al medicamento, es esta falta de adherencia la que podría ocasionar a una supresión viral incompleta, esto debido a la falla de un adecuado nivel de fármaco.³⁴

Las pruebas de resistencia a los medicamentos son también importantes en este tipo de situaciones y la aplicación de un nuevo régimen de TAR debe adecuarse a cada tipo de mujer, según su perfil de resistencia y tolerabilidad individual a los medicamentos, en casos como estos los agentes que no son considerados como antirretrovirales de preferencia pueden estar justificados para ser usados en el embarazo.

La respuesta virológica debe ser controlada y monitoreada constante y cuidadosamente, aquellas gestantes que no muestran una respuesta virológica adecuada deben requerir una prueba de resistencia repetida.

MARCO CONCEPTUAL

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PREMATURA

Cuanto la ruptura ocurre en la semana 37 de gestación, las decisiones a considerarse sobre el momento del parto deben estar basadas en la ejecución de las mejores practicas obstétricas, considerando en todo momento el riesgo de prematuridad que esto representa al bebe. Así mismo, cuando se toma la decisión de dar a luz, la ruta de entrega debe darse según los establecido a las indicaciones obstétricas.

COMORBILIDAD.

Termino médico que hace referencia a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades que ocurre en una misma persona. }

VIH. Siglas que significan Virus de Inmunodeficiencia Huaman, es un virus que ataca al sistema inmunológico del organismo.

PREECLAMPSIA.

Complicación del embarazo, que se caracteriza por el incremento de la presión arterial y signos de daño en otros sistemas de órganos como el hígado y riñones.

ANEMIA.

Es una afección por la que el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos, estos que son los encargados de llevar oxígenos a cada uno de los tejidos corporales.

PARTO PRE TERMINO.

Es aquel parto que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación, entre sus principales síntomas se tienen contracciones, calambres, dolores de espalda y otros.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA):

Paciente que se encuentra recibiendo un esquema de tratamiento antirretroviral constituidos por la combinación de tres o más medicamentos en un determinado establecimiento de salud.

V. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se enmarca en el enfoque cuantitativo, el cual tiene como principales características hacer uso de la medición numérica a través del cuestionario de recolección de datos, emplear la estadística, tanto descriptiva como inferencial y formular hipótesis o conjeturas de investigación, las cuales son contrastadas.

En la presente tesis es de tipo observacional; porque estudia la correlación entre las diversas complicaciones y las gestantes con VIH; además es de tipo retrospectivo porque, la obtención de la información es de fuentes secundarias (historias clínicas), por lo que el hecho o fenómeno ya ha ocurrido, finalmente es de corte transversal, también llamado transeccional, ya que la información ha sido recolectada en un solo momento.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es correlacional o relacional, en este tipo de estudio se busca establecer la posible relación o asociación entre dos o más variables de estudio, como es el caso de la investigación, en la que se busca establecer la relación entre las gestantes con diagnóstico de VIH y las complicaciones de las gestantes.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Para la investigación, la población de estudio estuvo conformada por las mujeres embarazadas que, a su vez, son portadoras del VIH-SIDA que reciben TARGA serán un total de 78 mujeres quienes son atendidas en el Hospital Cañete durante el periodo 2018.

MUESTRA

En el presente trabajo, dado que la población posee un número pequeños de elementos, por lo que la muestra fue equivalente a la población, es decir estuvo conformada por las 78 pacientes, quienes formaran parte del estudio, mediante la recolección de sus respectivas historias clínicas. Estas mujeres fueron atendidas en el Hospital Cañete durante el periodo 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes que se atendieron en el Hospital Cañete

Gestantes con diagnóstico de VIH

Gestantes sin ninguna comorbilidad diagnosticada

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestantes que no se atendieron en el Hospital Cañete

Gestantes sin el diagnóstico de VIH

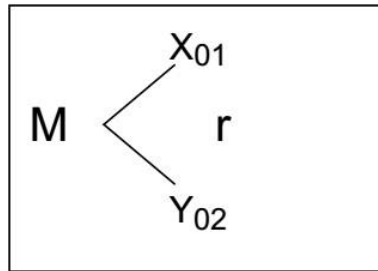
Gestantes con comorbilidad diagnosticada

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio se empleó el análisis documental como técnica de recolección de datos, mientras que el respectivo instrumento fueron las historias clínicas de las 78 mujeres que fueron atendidas en el Hospital Cañete durante el periodo 2018.

DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No experimental porque analizará el objeto de estudio en la situación en la que se encuentra actualmente, sin recurrir a tocar intencionalmente las variables. No generará condiciones para lograr el propósito.



M: Muestra de las pacientes.

X1: GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE VIH

Y2: COMPLICACIONES DE LAS GESTANTES DE VIH

r: Relación entre ambas variables

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Al plantear como se llevará a cabo el procesamiento y el análisis de los datos obtenidos, se decidió por crear la base de datos en el programa SPSS, esta se iba actualizando conforme se recogían los datos recopilados de los sujetos del estudio. Luego de recopilar la información, se realizó la codificación y procesamiento de los datos, para su presentación a través de tablas académicas y figuras, como parte de la estadística descriptiva, así mismo, se hizo uso de la estadística inferencial (Chi cuadrado), para determinar la asociación entre las variables de estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

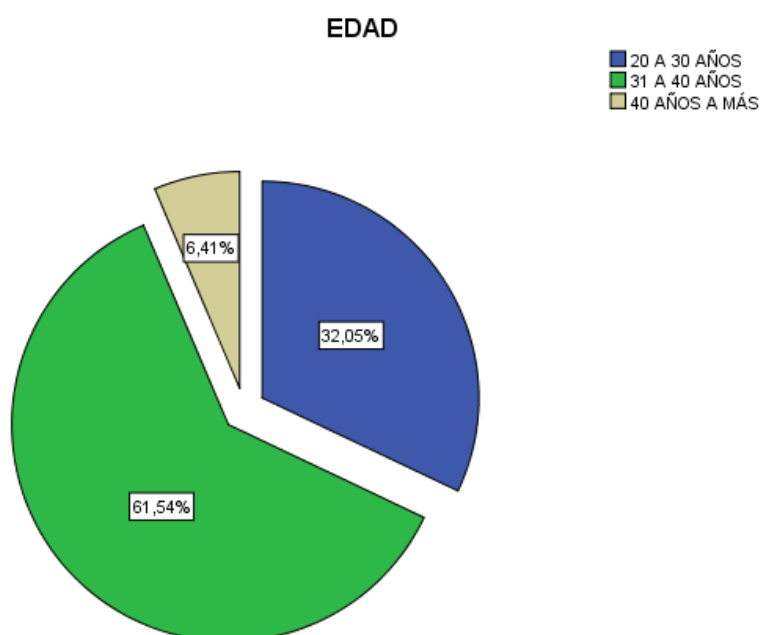
El siguiente trabajo cumple con los siguientes aspectos éticos; según el informe de Belmont, mantiene el respeto manteniendo la autonomía del desarrollo de la presente investigación. Además, con los principios de Beneficencia – no maleficencia, para las medidas próximas a tomar en los pacientes que padezcan de las patologías que se exhiben en la investigación actual. Se toma la Justicia con el equilibrio entre las cargas en los pacientes y los beneficios.

VI. RESULTADOS

TABLA N°01: EDAD EN GESTANTES

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 A 30 AÑOS	25	32,1	32,1	32,1
	31 A 40 AÑOS	48	61,5	61,5	93,6
	40 AÑOS A MÁS	5	6,4	6,4	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°01: EDAD EN GESTANTES

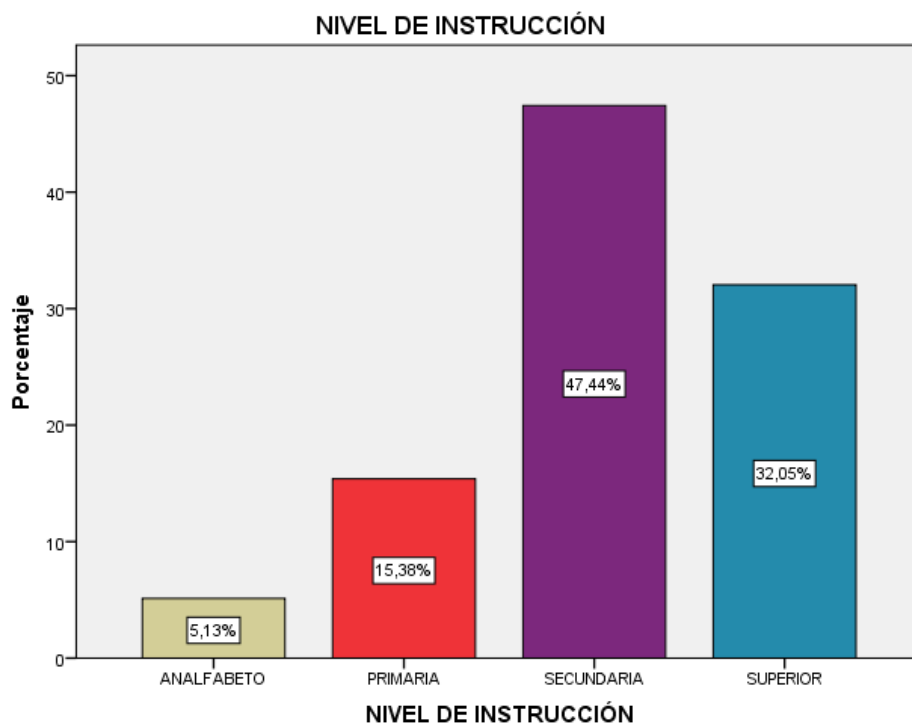


Respecto a la edad se llegó a demostrar que el 61.54% oscilan entre los 31 a 40 años, el 32.05% de 20 a 30 años y solo el 6.41% fueron de 40 años a más.

TABLA N°02: NIVEL DE INSTRUCCIÓN

		NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ANALFABETO	4	5,1	5,1	5,1
	PRIMARIA	12	15,4	15,4	20,5
	SECUNDARIA	37	47,4	47,4	67,9
	SUPERIOR	25	32,1	32,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°02: NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Se
a

llegó

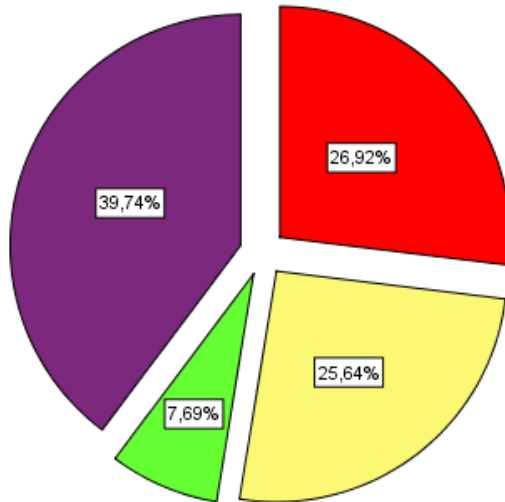
demostrar que respecto al nivel de instrucción, 47.44% tienen nivel de instrucción secundaria, 32.05% son superior, 15.38% son primaria y solo el 5.13% analfabeta.

TABLA N°03: ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADA	21	26,9	26,9	26,9
	CONVIVIENTE	20	25,6	25,6	52,6
	OTROS	6	7,7	7,7	60,3
	SOLTERA	31	39,7	39,7	100,0
Total		78	100,0	100,0	

GRAFICO N°03: ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL



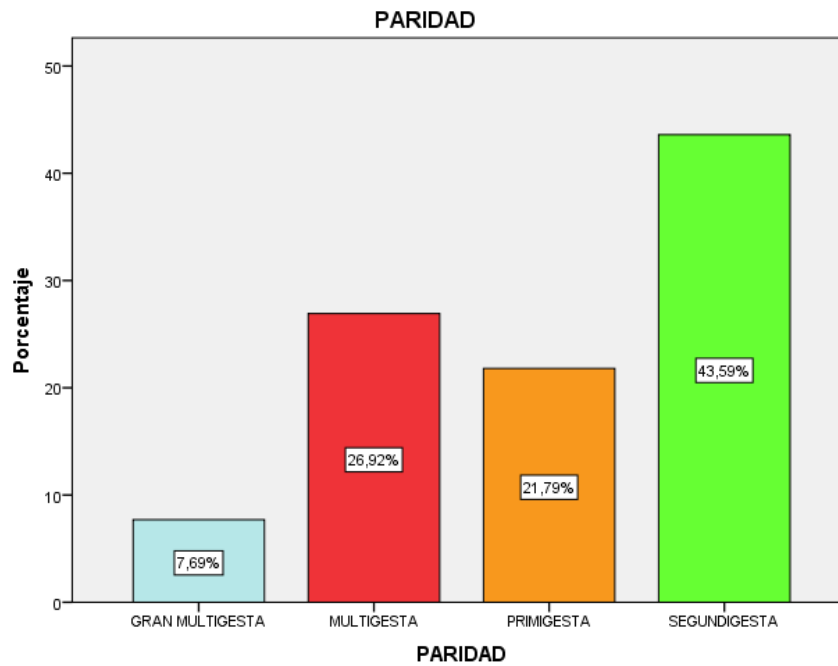
Se llegó a demostrar respecto al estado civil, que 39.74% son solteras, el 26.92% son casadas, el 25.64% conviviente, el 7.69% son otros.

TABLA N°04: PARIDAD

PARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido GRAN	6	7,7	7,7	7,7
MULTIGESTA	21	26,9	26,9	34,6
MULTIGESTA	17	21,8	21,8	56,4
PRIMIGESTA	34	43,6	43,6	100,0
SEGUNDIGESTA				
Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°04: PARIDAD

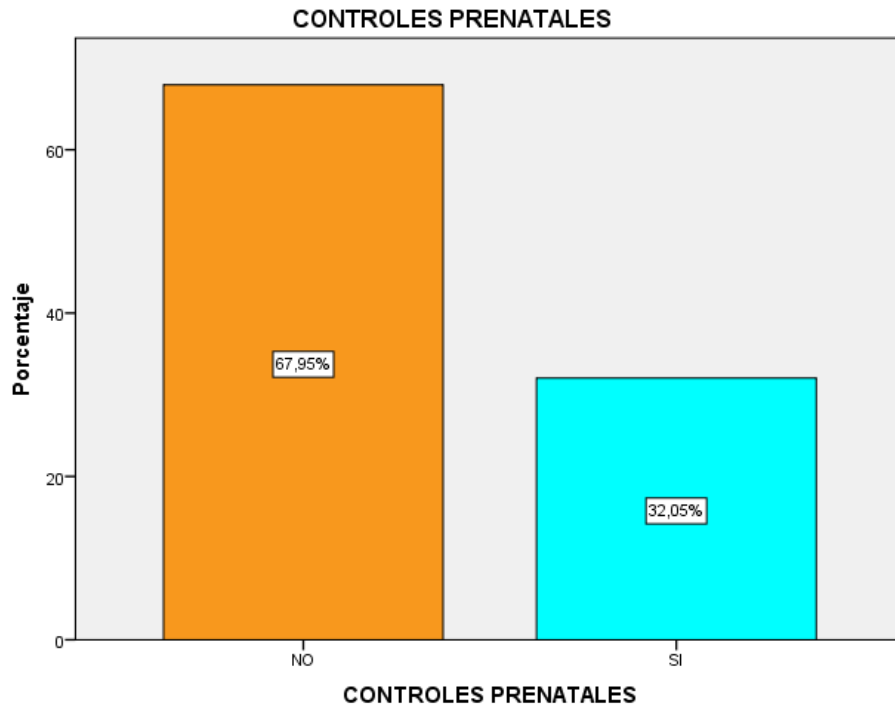


Se llego a encontrar respecto a la paridad, que el 43.59% fueron Segundigesta, el 28.92% son multigesta, el 21.79% son primigesta y solo e 7.69% son gran multigesta.

TABLA N°5: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

		CONTROLES PRENATALES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	53	67,9	67,9	67,9
	SI	25	32,1	32,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°05: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

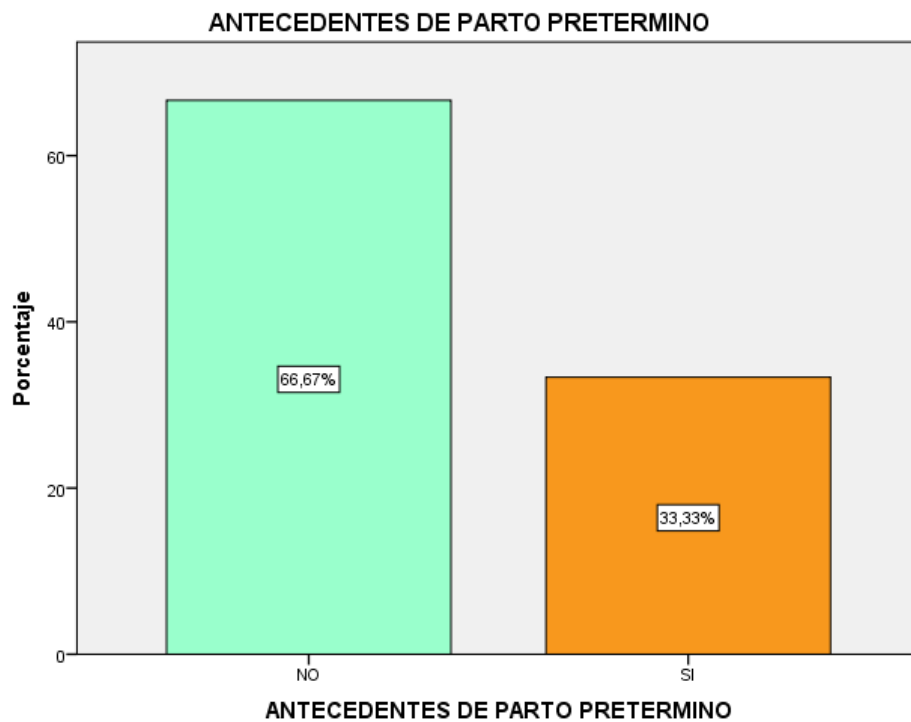


Se llego a demostrar respecto a los controles prenatales, el 67.95% no tuvieron y el 32.05% si tuvieron controles prenatales.

TABLA N°06: ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO

ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	52	66,7	66,7	66,7
	SI	26	33,3	33,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°06: ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO



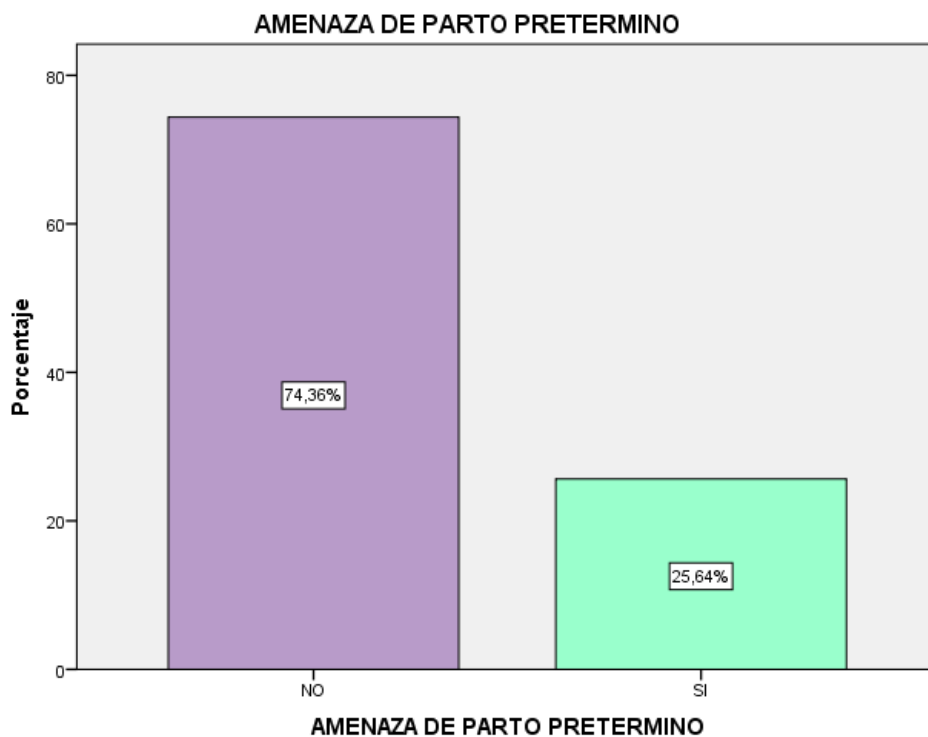
Se llego a demostrar respecto a los antecedentes de parto pretermino, el 66.67% no presentaron, y solo el 33.33% si presentaron antecedentes de parto pretermino.

TABLA N°07: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	58	74,4	74,4	74,4
	SI	20	25,6	25,6	100,0
Total		78	100,0	100,0	

GRAFICO N°07: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO



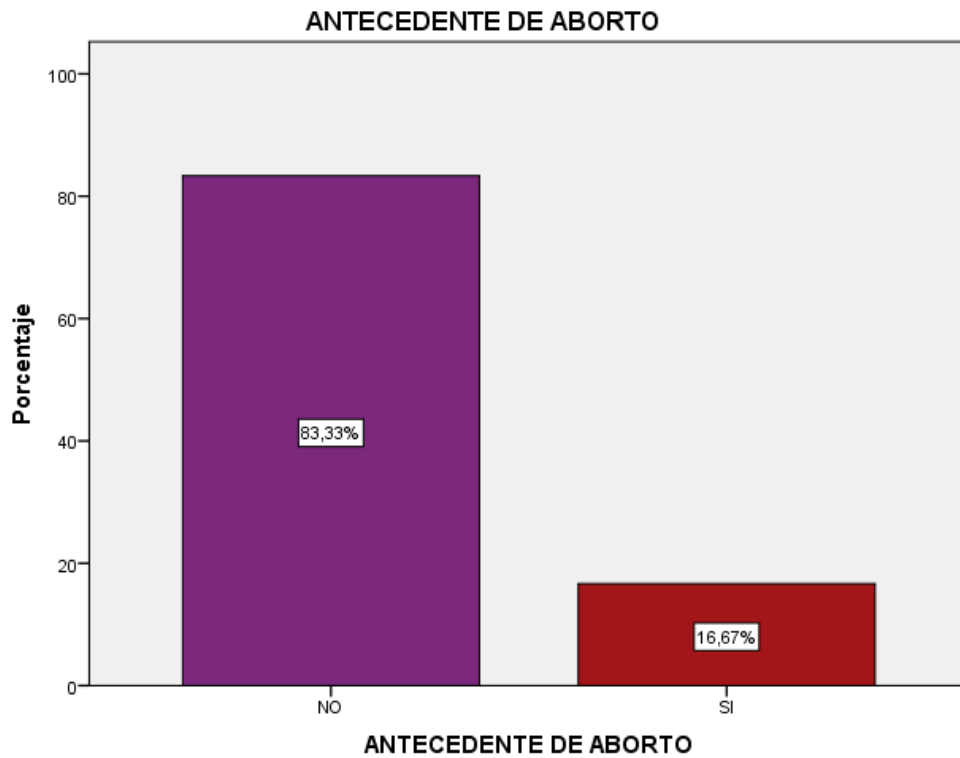
Se llego a demostrar respecto a la amaneza de parto pretermino, el 74.36% no lo presentaron y solo el 25.64% si presentaron amenaza de parto pretermino.

TABLA N°08: ANTECEDENTE DE ABORTO

		ANTECEDENTE DE ABORTO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	65	83,3	83,3	83,3
	SI	13	16,7	16,7	100,0
Total		78	100,0	100,0	

GRAFICO N°08: ANTECEDENTE DE ABORTO

Se llego a demostrar respecto a los antecedentes de aborto, 83.33% no



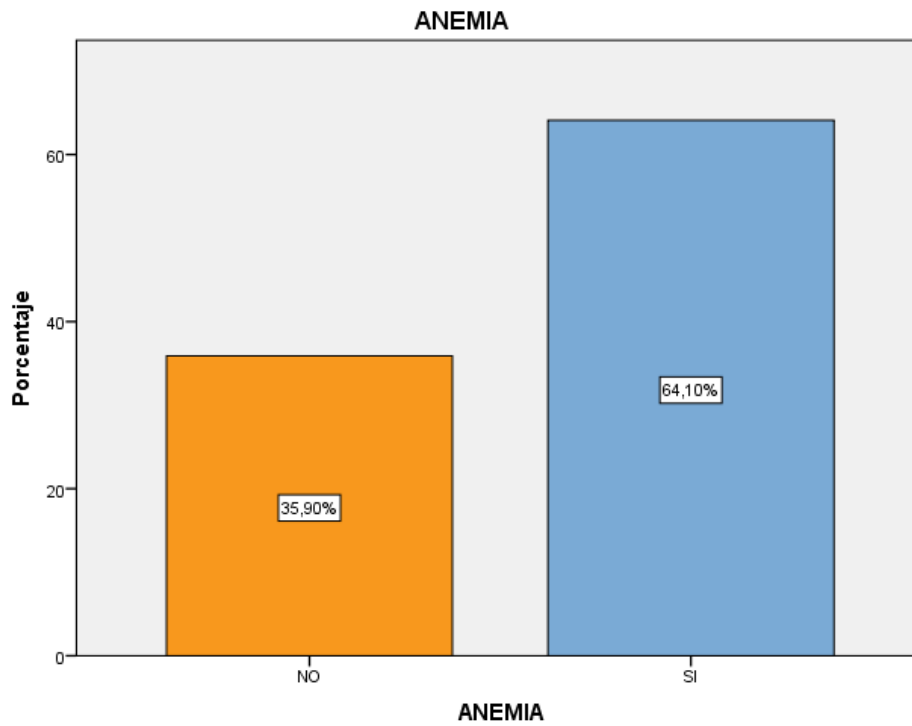
presentaron y solo el 16.67% si presentaron antecedentes de aborto.

TABLA N°09: ANEMIA

ANEMIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	28	35,9	35,9	35,9
	SI	50	64,1	64,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICON°09: ANEMIA



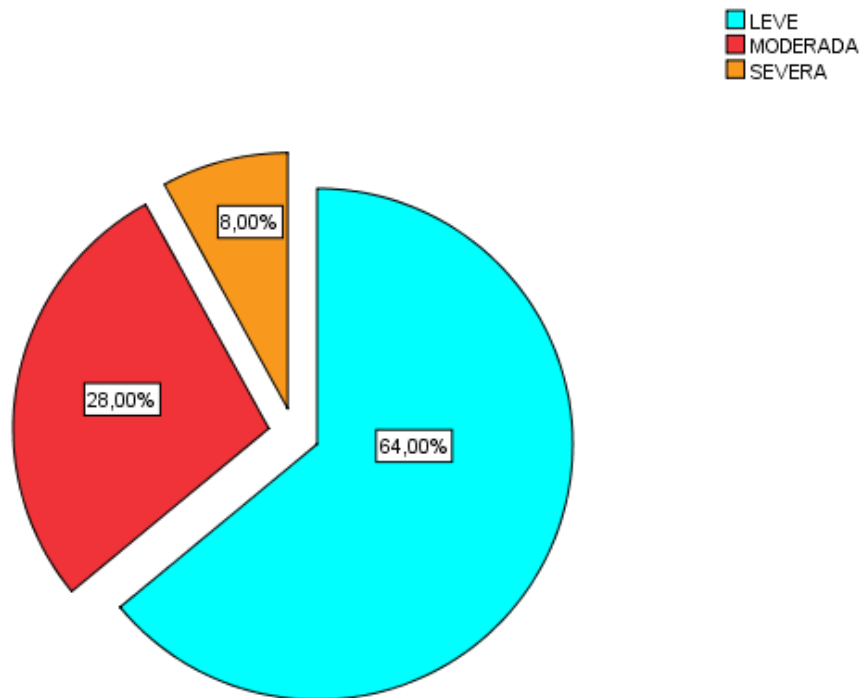
Se llego a demostrar respecto a la anemia, que el 64.10% si la presentaron y que solo el 35.90% no lo llegaron a presentarla.

TABLA N°10: TIPO DE ANEMIA

		TIPO DE ANEMIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LEVE	32	64,0	64,0	64,0
	MODERADA	14	28,0	28,0	92,0
	SEVERA	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

GRAFICO N°10: TIPO DE ANEMIA

TIPO DE ANEMIA



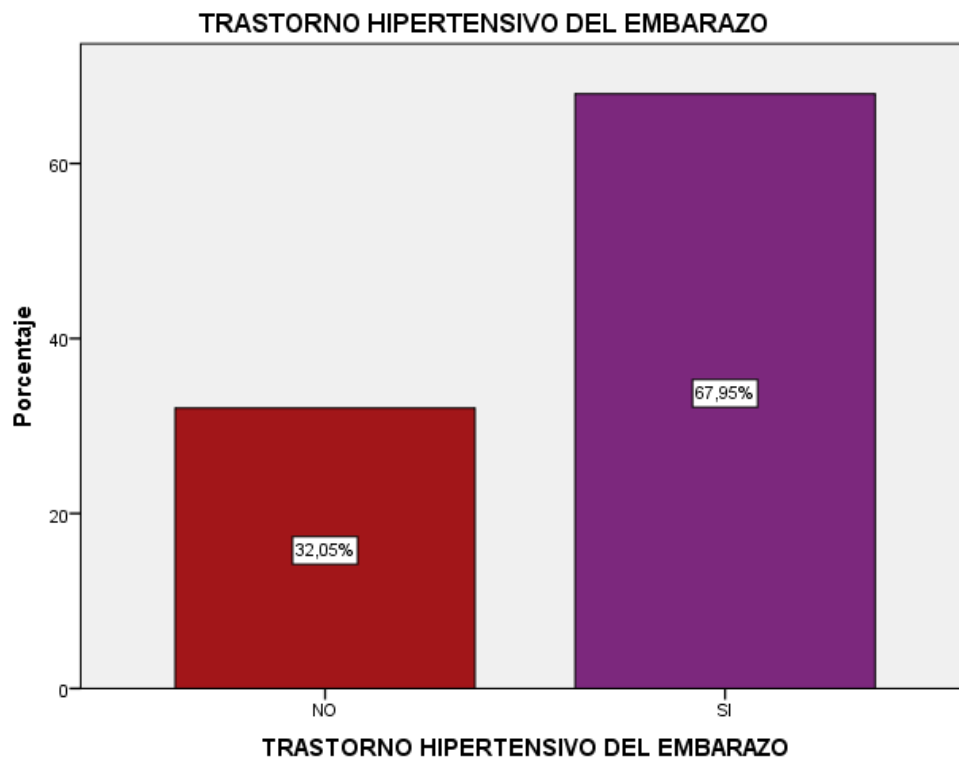
Se llego a demostrar respecto al tipo de anemia, que el 64% leve, 28% presentaron moderna, 8% presentaron severa.

TABLA N°11: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	25	32,1	32,1	32,1
	SI	53	67,9	67,9	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°11: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

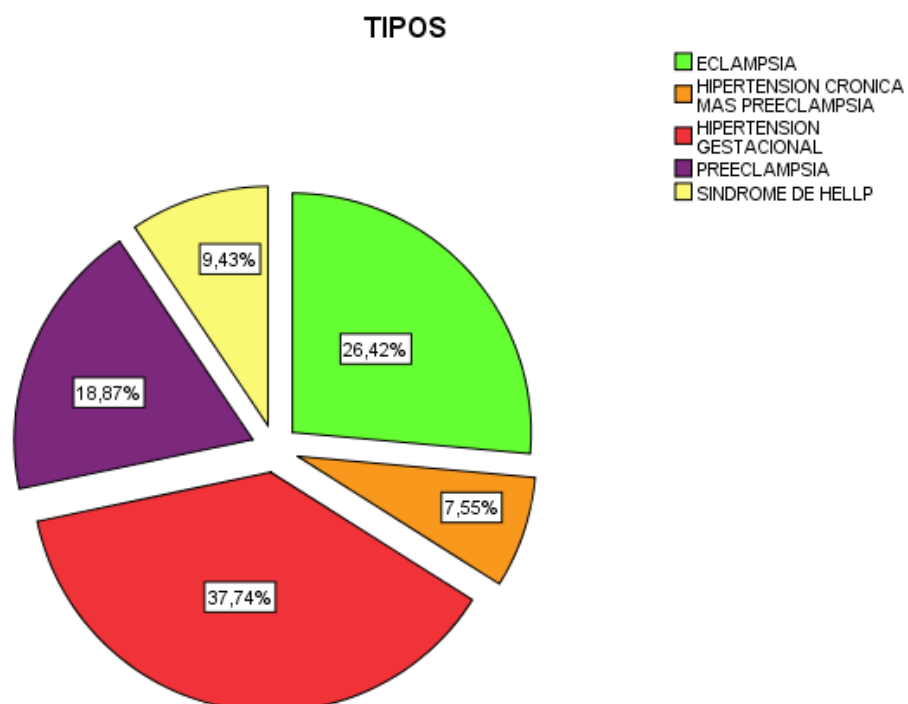


Se llego a demostrar que respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo, 67.95% si lo presentaron y solo el 32.05% no lo llegaron a presentarlo.

TABLA N°12: TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO

		TIPOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ECLAMPSIA	14	26,4	26,4	26,4
	HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA	4	7,5	7,5	34,0
	HIPERTENSION GESTACIONAL	20	37,7	37,7	71,7
	PREECLAMPSIA	10	18,9	18,9	90,6
	SINDROME DE HELLP	5	9,4	9,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

GRAFICO N°12: TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO

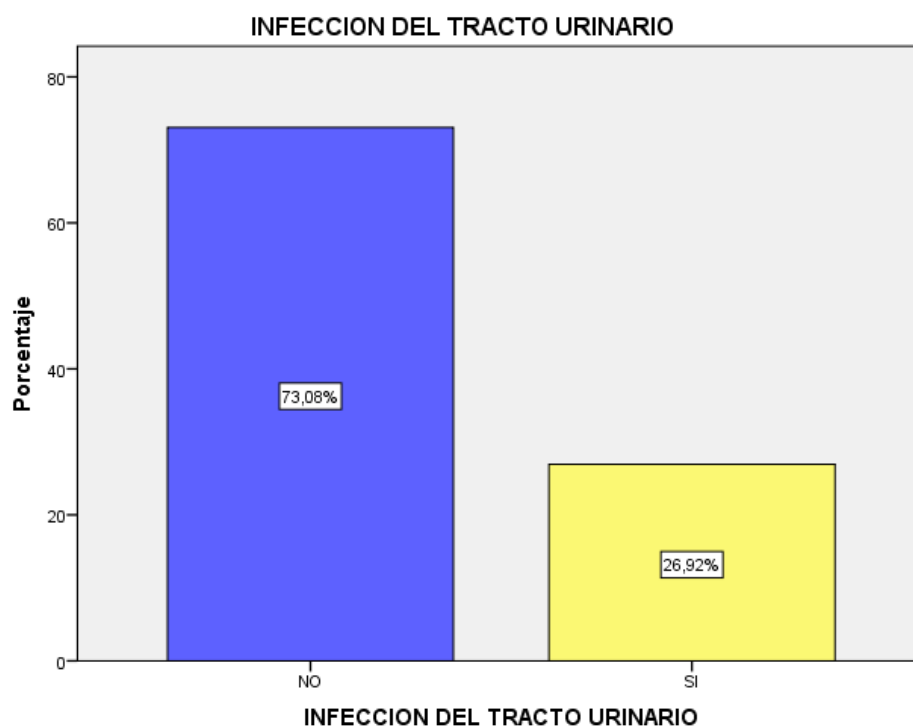


Se llegó a demostrar respecto a los tipos, que el 37.74% presentaron hipertensión gestacional, el 26.42% presentaron eclampsia, 18.87% presentaron preeclampsia, 9.43% presentaron síndrome de HELLP, y solo el 7.55% hipertensión crónica más preeclampsia.

TABLA N°13: INFECCION DEL TRACTO URINARIO

INFECCION DEL TRACTO URINARIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	57	73,1	73,1	73,1
	SI	21	26,9	26,9	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°13: INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

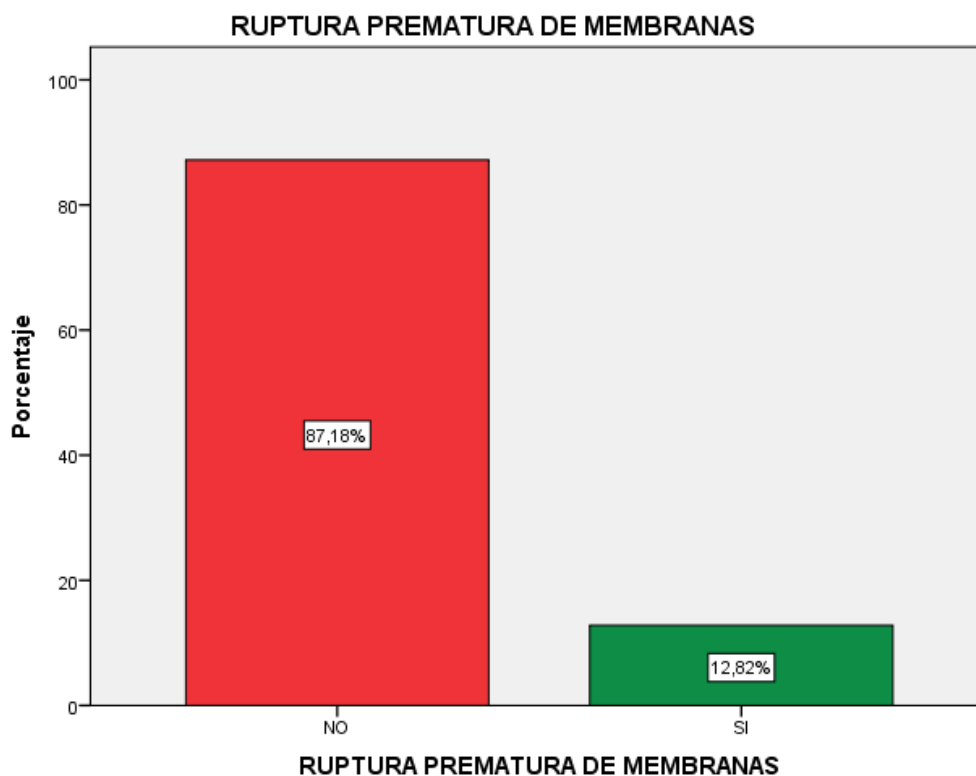


Respecto a la infección del tracto urinario, se llegó a demostrar que el 73.08% no lo presentaron y que solo el 26.92% si llegaron a presentarlo.

TABLA N°14: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	68	87,2	87,2	87,2
	SI	10	12,8	12,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

GRAFICO N°14: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA



Hi: Sí Existen las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

Ho: No Existen las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.

Se llegó a demostrar respecto a la ruptura prematura de membranas, el 87.18% no lo llegaron a presentarlo, 12.82% si llegaron a presentarlo.

CONTRASTE DE HIPÓTESIS

TABLA N°15:

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

$$F_e = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

N

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

Complicaciones en las pacientes embarazadas con VIH – SIDA	Pacientes gestantes con VIH- SIDA que reciben TARGA		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A 30	B 18	48
NO	C 15	D 15	30
TMC	45	33	78

$$F_e \text{ casilla A} = (48) (45) / (78) = 27.69$$

$$F_e \text{ casilla B} = (48) (33) / (78) = 20.30$$

$$F_e \text{ casilla C} = (30) (45) / (78) = 17.30$$

$$F_e \text{ casilla D} = (30) (33) / (78) = 12.69$$

TABLA N°16

Complicaciones en las pacientes embarazadas con VIH – SIDA	Pacientes gestantes con VIH- SIDA que reciben TARGA		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A fo = 30 fe = 27.69	B fo = 18 fe = 20.30	48
NO	C fo = 15 fe = 17.30	D fo = 15 fe = 12.69	30
TMC	45	33	78

Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{Fe}$$

TABLA N°17

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) ²	(fo - fe) ² / fe
A	30	27.69	2.31	5.33	0.192
B	18	20.30	-2.30	5.29	0.260
C	15	17.30	-2.30	5.29	0.305
D	15	12.69	2.31	5.33	0.420
	N = 78				Σ = 1.77

Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

gl = 3.841 (Tabla Confianza 95%)

$1.77 \geq 0.5$ $X^2_c \geq X^2_t$

⇒ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Se observa que la edad que posee mayor número de gestantes se encuentra entre 31 y 40 años de edad, con un porcentaje de 61.5%. Por otro lado, las gestantes que poseen más de 40 años presentan menor porcentaje, todo ello debido a que la gestación en etapas de vida avanzada el suceso de la menopausia disminuye las probabilidades de concepción.
2. En el presente trabajo se llegó a demostrar que respecto a la educación el 47.44% terminaron secundaria y un 32.05% presentó educación superior, demostrando así que las mujeres con cierto grado de educación buscan orientación, apoyo médico para un tratamiento y control oportuno, V. N. Khuu , en el 2016 evidencio que las mujeres con menor nivel de instrucción creían que las pruebas de VIH no eran importantes durante el embarazo , por lo que el diagnostico era tardío y poco se podía hacer para evitar la transmisión de la enfermedad al feto .
3. Respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo, 67.95% si lo presentaron y solo el 32.05% no lo llegaron a presentarlo, el 37.74% presentaron hipertensión gestacional, el 26.42% presentaron eclampsia, 18.87% presentaron preeclampsia, 9.43% presentaron síndrome de hellp, y solo el 7.55% hipertensión crónica más preeclampsia, nuestra investigación muestra cifras altas en comparación con la investigación realizada por el autor Mark H. Yudin y colaboradores en el 2016 donde refiere que las tasas de hipertensión, diabetes gestacional y restricción del crecimiento fetal fueron bajas, argumentando que en una gestante con VIH se logran buenos resultados con un adecuado control prenatal.
4. El 64.10% de gestantes si presentaron anemia y que solo el 35.90% no llegaron a presentarla, esto se evidencia en el estudio de Romina Tejada y colaboradores donde indica que puede ocurrir a que el consumo de zidovudina uno de los principales antiretrovirales tiene como efecto adverso anemia y neutropenia en algunos casos.

5. Con respecto a los antecedentes de parto pretérmino, se han obtenido cifras bajas, debido a que solo un 33,33% llegaron a presentarlo, mientras que el 25,4% de las participantes tuvieron amenaza de aborto pretérmino, estos diagnósticos, finalmente, no se encuentran asociados a otros procesos de infecciones como en el caso del virus de inmunodeficiencia humana.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

- Dentro de las complicaciones a estudiar en el presente trabajo se evidencia que en las gestantes portadoras de VIH en primer lugar a los trastornos hipertensivos con un 67.95%, en segundo lugar a la anemia con un 64.10% , en tercer lugar infecciones de tracto urinario con el 26.92% y finalmente a la amenaza de parto pretermino con tan solo 25.64%.
- Se concluye que la ruptura prematura de membranas en gestantes con VIH presenta un porcentaje de ocurrencia del 12.82%, representando cifras menores frente a un 87.18% que no presento esta patología.
- De los trastornos hipertensivos en el embarazo con un porcentaje de 67.95% , se llega a demostrar que solo el 9.43% presento preeclampsia una de las cifras minimas respecto a los demás trastornos hipertensivos .
- Para el parto pre termino como complicación en gestantes portadoras de vih, se estudió antecedentes de parto pretermino, el 66.67% no presentaron la patología, y solo el 33.33% si presentaron antecedentes de parto pretermino.
- Se concluye que las gestantes portadoras de VIH presentaron anemia en un 64.10%.

B. Recomendaciones

- En el presente trabajo se evidencio que las gestantes con infección de VIH presentan complicaciones tales como trastornos hipertensivos, anemia, infecciones de tracto urinario y amenaza de parto pretermino, por lo cual es importante el estricto control y el diagnóstico oportuno así como también realizar estudios en diversos grupos poblaciones para así demostrar asociaciones significativas y tomar medidas preventivas de acuerdo a los mismos.

- La paciente gestante con infección de VIH según estudios a nivel mundial presenta ligero incremento de complicaciones maternas, respecto a la ocurrencia de ruptura prematura de membranas se debe realizar la adecuada orientación y concientización de la gestante para poder identificarla y así pueda buscar ayuda oportuna evitando complicaciones mayores que dañen la integridad del feto.
- No hay estudios que expliquen la fisiopatología del porqué hay mayor ocurrencia de trastornos hipertensivos, pues diversas bibliografías evidencian mayor asociación a ocurrencia de preeclampsia, se debería buscar la causa o los factores que estarían relacionados con este evento, para poder trabajar en ello.
- Aunque no hayan cifras altamente significativas, y estudios actuales que demuestren alguna asociación directa en gestantes con infección de VIH y la ocurrencia de parto pre término, se debe tener en cuenta la causa de este suceso es idiopática y que muchos estudios indican relación con infecciones maternas por lo cual la importancia de la detección oportuna y pronto abordaje.
- Respecto al gran porcentaje de mujeres con anemia y la asociación directa en diversos estudios con el consumo de retrovirales se corrobora que la zidovudina y otros ITIAN (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos) puede producir alteraciones hematológicas como anemia, neutropenia e inclusive trombocitopenia, que se resolvería con el retiro de los mencionados antirretrovirales, que para este grupo sería inadmisibles, se debería trabajar en el monitoreo de estas gestantes y tomar en cuenta la sintomatología inicial presentada que incluye pérdida de apetito, cefalea, irritabilidad entre otras más, para evitar complicaciones y lograr un adecuado diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ndirangu J et al (2012) La infección materna por VIH se asoció con bebés pequeños para la edad gestacional pero no para partos prematuros: evidencia proveniente de zonas rurales de Sudáfrica. *Hum Reprod* 27 (6): 1846-1856
2. Schulte J et al (2007) Disminuye el bajo peso al nacer y el parto prematuro entre los bebés que nacieron de mujeres infectadas por el VIH durante una era de mayor uso de medicamentos antirretrovirales maternos: Espectro pediátrico de la enfermedad del VIH, 1989-2004. *Pediatría* 119 (4): e900-e906
3. Revello MG, Gerna G (2002) Diagnóstico y tratamiento de la infección por citomegalovirus humano en la madre, el feto y el recién nacido. *Clin Microbiol Rev* 15 (4): 680-715
4. Fowler KB et al (1992) El resultado de la infección congénita por citomegalovirus en relación con el estado de anticuerpos maternos. *N Engl J Med* 326 (10): 663-667
5. Arck PC, Hecher K (2013) Fetomaternal inmune cross-talk y sus consecuencias para la salud materna y de la descendencia. *Nat Med* 19 (5): 548-556
6. Newell ML et al (1996) Transmisión vertical del VIH-1: estado inmune materno y factores obstétricos. El estudio colaborativo europeo. *AIDS* 10 (14): 1675-1681
7. Prendergast A et al (2007) Perspectivas internacionales, progreso y desafíos futuros de la infección pediátrica por VIH. *Lancet* 370 (9581): 68-80

8. Gary Cunningham F, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom. Williams Obstetrics. 22nd ed. United States of America: Mc Graw –Hill Companies, Inc. 2005. p. 1313.
9. Williams SF, Keane-Tarchichi MH, Bettica L, Dieudonne A, Bardeguet AD. Pregnancy outcomes in young women with perinatally acquired human immunodeficiency virus-1. American Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2009 Feb; 200 (2): 149.e1-5. Epub 2008 Oct 30.
10. Rollins et al. Pregnancy Outcomes in HIV-Infected & uninfected women in Rural & Urban South Africa. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2007 Mar 1; 44 (3): 321-28.
11. Ellis et al. Human immunodeficiency virus infection is a risk factor for adverse perinatal outcome. American Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2002 May; 186 (5): 903-6.
12. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection & Perinatal outcome: a systematic review of the literature & meta-analysis. British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1998 Aug; 105: 836-48.
13. Stratton et al. (1989-1994) Obstetric & Newborn Outcomes in a cohort of HIV-infected pregnant women: A Report of the women & Infants Transmission study. Journal of Acquired Immune Deficiency syndromes & Human Retrovirology. 1999 Feb 1; 20 (2): 179-186.
14. Panel sobre Pautas Antirretrovirales para Adultos y Adolescentes. Directrices para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados por VIH. Departamento de Salud y Servicios Humanos.
15. Panel sobre el tratamiento de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH y la prevención de la transmisión perinatal. Recomendaciones para el uso de medicamentos antirretrovirales en mujeres embarazadas

infectadas por VIH-1 para la salud materna e intervenciones para reducir la transmisión perinatal del VIH en los Estados Unidos.

16. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 7: CD003510.
17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Logros en salud pública. Reducción de la transmisión perinatal de la infección por VIH: Estados Unidos, 1985-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2005; 55 (21): 592-7.
18. Romina Tejada et al. Asociación entre el estado de infección por VIH y complicaciones infecciosas poscesarea electiva. *Revista Perú Med. Exp. Salud publica* v.29 2015; N°4.
19. Aziz N, Sokoloff A, Kornak J, y col. Tiempo hasta la supresión de la carga viral en mujeres embarazadas infectadas por el VIH que no habían recibido tratamiento antirretroviral y habían recibido tratamiento antirretroviral de gran actividad: implicaciones para las mujeres embarazadas que se presentan tarde en la gestación. *BJOG.* 2013; 120: 1534-47.
20. Nesheim S, Taylor A, Lampe MA, y col. Un marco para la eliminación de la transmisión perinatal del VIH en los Estados Unidos. *Pediatría.* 2012; 130 (4): 738-44.
21. Markowitz M, Morales-Ramirez JO, Nguyen BY, et al. Actividad antirretroviral, farmacocinética y tolerabilidad de MK-0518, un nuevo inhibidor de la integrasa del VIH-1, dosificado como monoterapia durante 10 días en individuos infectados por el VIH sin tratamiento previo. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 43: 509-15.

22. Trahan MJ, Lamarre V, Metras ME, et al. Raltegravir para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Presentación oral en: 8ª Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH; 2015 del 19 al 22 de julio; Vancouver, Canada. Resumen TUAB0105.
23. Floridia M, Ravizza M, Masuelli G, y col. Perfil de atazanavir y lopinavir en mujeres embarazadas con VIH: resultados de tolerabilidad, actividad y embarazo en un estudio nacional observacional. *J Antimicrob Chemother.* 2014; 69: 1377-84.
24. Livingston EG, Huo Y, Patel K, Tuomala RE, Scott GB, Stek A, et al. Complicaciones y ruta de parto en un gran estudio de cohortes de mujeres infectadas por VIH-1: IMPAACT P1025. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 73 (1): 74-82. pmid: 2708250.
25. Estadísticas perinatales: parturientas, partos y recién nacidos 2015. Disponible en línea en: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024921> .
26. Estadística perinatal nórdica 2014. Disponible en línea en: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201603148739> .
27. Orbaek M, Thorsteinsson K, Helleberg M, Moseholm E, Katzenstein TL, Storgaard M, y col. Evaluación del modo de parto y predictores de la cesárea de emergencia entre las mujeres que viven con el VIH en un entorno de pares emparejados con mujeres de la población general en Dinamarca, 2002-2014. *VIH Med.* 2017; 18 (10): 736-747. Epub 2017 24 de mayo: 28544321
28. Registro Nacional de Enfermedades Infecciosas. 2017. Disponible en línea en: <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.pdf> . En finlandés.
29. Estudio de cohorte de maternidad finlandesa. Disponible en línea en: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja->

- ohjelmat/finnish-maternity-cohort-fmc-seerumipankki . 2017. En finlandés.
30. Kourtis AP, Ellington S, Pazol K, Flores L, Haddad L, Jamieson DJ. Complicaciones de partos por cesárea entre mujeres infectadas por VIH en los Estados Unidos. *SIDA*. 2014; 28 (17): 2609-18. pmid: 25574961
31. Peters H, Byrne L, De Ruiter A, Francis K, Harding K, Taylor GP, y col. Duración de las membranas rotas y transmisión del VIH de la madre al hijo: un estudio de vigilancia prospectivo basado en la población. *BJOG*. 2016; 123 (6): 975-81. Epub 2015 22 de mayo. Pmid: 26011825
32. Mark S, Murphy KE, Lee S, Bitnun A, Yudin MH. Transmisión de VIH de madre a hijo, modo de parto y duración de la ruptura de membranas: experiencia en la era actual. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012; 2012: 267969. Epub 2012 28 de mayo. Pmid: 22690108
33. Cotter AM, Brookfield KF, Duthely LM, González Quintero VH, Potter JE, O'Sullivan MJ. Duración de la ruptura de la membrana y riesgo de transmisión perinatal del VIH-1 en la era de la terapia antirretroviral combinada. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207 (6): 482.e1-5. pmid: 23103331
34. Plata RM. Implicaciones de la primera cesárea: salud reproductiva perinatal y futura y posteriores cesáreas, problemas de placentación, riesgo de ruptura uterina, morbilidad y mortalidad. *Semin Perinatol*. 2012; 36 (5): 315-23. pmid: 23009962
35. CE francés, Cortina-Borja M, Thorne C, Tookey PA. Incidencia, patrones y predictores de embarazos repetidos entre mujeres infectadas por el VIH en el Reino Unido e Irlanda, 1990-2009. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012; 59 (3): 287-93. pmid: 22227490

36. Floridia M, Tamburrini E, Masuelli G, Martinelli P, Spinillo A, Liuzzi G, et al. Tasa, correlaciones y resultados de embarazo repetido en mujeres infectadas por VIH. *VIH Med.* 2017; 18 (6): 440-443. pmid: 28000379
37. Chou R, Cantor AG, Zakher B, Bougatsos C. Detección del VIH en mujeres embarazadas: revisión sistemática para actualizar la recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. De 2005. *Ann Intern Med* 2012; 157: 719.
38. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, y col. Una revisión nacional de la transmisión vertical del VIH. *AIDS* 2012; 26: 757.
39. Liliana Puga et al. Transmisión de la infección del VIH de madre a hijo en la era de la terapia antirretroviral de gran actividad. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 458.
40. Peters VB, Liu KL, Robinson LG, y col. Tendencias en la prevención del VIH perinatal en la ciudad de Nueva York, 1994-2003. *Am J Public Health* 2008; 98: 1857.
41. Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, y col. No hay transmisión perinatal de VIH-1 de mujeres con terapia antirretroviral efectiva que comience antes de la concepción. *Clin Infect Dis* 2015; 61: 1715.
42. Abrams EJ, Ioannidis JP, Ammann A, y col. Transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 por mujeres embarazadas con cargas de virus de ARN <1000 copias / ml. *J Infect Dis* 2001; 183: 539.
43. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; : CD003510.
44. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, y col. Reducción de la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 con tratamiento con zidovudina. Grupo de estudio del protocolo 076 del

- Grupo de ensayos clínicos sobre el SIDA pediátrico. N Engl J Med 1994; 331: 1173.
45. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. Una sola dosis de nevirapina perinatal más zidovudina estándar para prevenir la transmisión del VIH-1 de madre a hijo en Tailandia. N Engl J Med 2004; 351: 217.
46. Fowler MG, Qin M, Fiscus SA, y col. Beneficios y riesgos de la terapia antirretroviral para la prevención del VIH perinatal. N Engl J Med 2016; 375: 1726.
47. Jackson JB, Musoke P, Fleming T, y col. Nevirapina en dosis única intraparto y neonatal en comparación con zidovudina para la prevención de la transmisión del VIH-1 de madre a hijo en Kampala, Uganda: seguimiento de 18 meses del ensayo aleatorizado HIVNET 012. Lancet 2003; 362: 859.
48. Marie Louise Newell et al. Eficacia de tres regímenes de zidovudina y lamivudina de corta duración para prevenir la transmisión temprana y tardía de VIH-1 de madre a hijo en Tanzania, Sudáfrica y Uganda (estudio Petra): un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Lancet 2002; 359: 1178.
49. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. Un ensayo de esquemas de zidovudina acortados para prevenir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana de madre a hijo tipo 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. N Engl J Med 2000; 343: 982.
50. Hoffman RM, Black V, Technau K, y col. Efectos de la duración y el régimen de la terapia antirretroviral altamente activa sobre el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo en Johannesburgo, Sudáfrica. J Acquir Immune Defic Syndr 2010; 54:35.

51. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Inicio temprano de TAR y disminución adicional de las tasas de transmisión de VIH de madre a hijo, 2000-2011. AIDS 2014; 28: 1049.
52. Leer PJ, Mandalia S, Khan P, et al. ¿Cuándo se debe iniciar HAART en el embarazo para lograr una carga viral indetectable del VIH por parto? AIDS 2012; 26: 1095.
53. Katz IT, Leister E, Kacanek D, y col. Factores asociados con la falta de supresión viral en el momento del parto entre mujeres muy activas con terapia antirretroviral sin tratamiento previo: un estudio de cohortes. Ann Intern Med 2015; 162: 90.
54. Rachas A, Warszawski J, Le Chenadec J, et al. ¿Afecta el embarazo la respuesta temprana a cART? AIDS 2013; 27: 357.

ANEXOS

ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: COMPLICACIONES			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
PARTO PRETERMINO	Amenaza de parto pretermino, antecedente de parto pretermino, antecedente de aborto	Nominal	Ficha de recoleccion de datos
PREECLAMPSIA	Hipertension gestacional, antecedente preeclampsia, eclampsia, Sd. Hellp	Nominal	Ficha de recoleccion de datos
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Menor a 18 horas, de 18 a 24 horas, mayor a 24 horas	Nominal	Ficha de recoleccion de datos
ANEMIA	Leve, Moderada y Severa	Nominal	Ficha de recoleccion de datos

ANEXO N°02: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5. Número de controles prenatales: sí () no (); ¿Cuántos? : __
6. Antecedentes de parto pretérmino : sí () no ()
7. Amenaza de parto pretérmino : sí () no ()
8. Antecedente de aborto : sí () no ()
- I. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:
9. Anemia (Hb) :sí () no ()
 - Leve: Hb de 10 a 10,9 g/dl ()
 - Moderada : Hb de 7 a 9,9 g/dl ()
 - Severa: Hb menos de 7 g/dl ()
10. Trastorno Hipertensivo del embarazo : sí () no ()
 - Hipertensión gestacional ()
 - Preeclampsia ()
 - Eclampsia ()
 - Hipertensión crónica más Preeclampsia()
 - Síndrome de Hellp ()
11. Infección del Tracto Urinario (ITU) : sí () no ()
12. Ruptura Prematura de Membrana (RPM): sí () no ()
13. Otros : si () no ()

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Cuáles son las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete desde julio a diciembre del 2018?</p> <p>Específicos</p> <p>PE1: ¿Es la rotura prematura de membrana una complicación en las gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?</p> <p>PE2: ¿Es la preeclampsia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?</p> <p>PE3: ¿Es el parto pretermino una complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?</p>	<p>General: Determinar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.</p> <p>Específicos</p> <p>OE1: Analizar la incidencia de rotura prematura de membrana asociado a gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete</p> <p>OE2: Identificar la preeclampsia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete</p> <p>OE3: Identificar el parto pretermino como complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete</p>	<p>General: Existen las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete.</p> <p>Específico</p> <p>HE1: La rotura prematura de membrana influye significativamente en las complicaciones en las gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete</p> <p>HE2: La preeclampsia es una complicación en las gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA influyen en las a realizarse en el Hospital Cañete</p>	<p>Variable Independiente: Complicaciones</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de parto pretérmino - Antecedente de aborto - Paridad - Edad gestacional al momento del parto - Anemia: variable cualitativa ordinal - Trastorno Hipertensivo del embarazo <p>Variable dependiente: Pacientes gestantes con VIH-SIDA que reciben TARGA.</p>

<p>PE4: ¿Es la anemia una complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete?</p>	<p>OE4: Identificar la anemia como complicación en las pacientes gestantes portadoras del virus VIH – SIDA en TARGA a realizarse en el Hospital Cañete</p>	<p>HE3: El parto pretermino es una complicación en las gestantes portadoras del virus VIH – SIDA</p> <p>HE4: La anemia es una complicación en las gestantes portadoras del virus VIH – SIDA</p>	
<p>Diseño metodológico</p>	<p>Población y Muestra</p>	<p>Técnicas e Instrumentos</p>	
<p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>TIPO DE INVESTIGACION: En la presente tesis es de tipo observacional; porque estudia la correlación entre las diversas complicaciones y las gestantes con VIH; es de tipo retrospectivo porque se utiliza datos recolectados en historias clínicas, y por último transversal porque estudia las variables en un determinado intervalo de tiempo.</p>	<p>Población: La población de nuestro estudio por parte de las embarazadas que también sean portadoras del virus VIH – SIDA que reciben TARGA serán un total de 78 mujeres que sean atendidas en el Hospital Cañete durante el periodo 2018 N=78</p> <p>Criterios de exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes que se atendieron en el Hospital Cañete • Gestante diagnóstico de VIH • Gestante ninguna comorbilidad diagnosticada <p>Criteerios de inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes que no se atendieron en el Hospital Cañete • Gestantes sin el diagnóstico de VIH • Gestantes con comorbilidad diagnosticada <p>MUESTRA: En el presente trabajo, dado que la población posee un numero pequeños de elementos, contaremos con la participación de 78 pacientes que se recolectaran sus historias clínicas, de las cuales fueron atendidas en el Hospital Cañete durante el periodo 2018.</p>	<p>Técnica: Ficha de recolección de datos</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>	