

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PREVALENCIA DE VIH EN RECIEN NACIDOS EN HOSPITAL
SANTA ROSA, PERÍODO 2011 – 2017**

**PREVALENCE OF HIV IN NEWBORNS AT HOSPITAL SANTA
ROSA, PERIOD 2011 - 2017**

Tesis para obtener el Título de

Médico Cirujano

AUTOR: Merino Ramos, John Anthony

ASESOR: Delgado Seminario, Paulo Cesar

REALIZADO: HOSPITAL II-2 SANTA ROSA DE PIURA, SERVICIO DE
PEDIATRÍA

Piura – Perú

2019

PRESIDENTE DEL JURADO

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA

**A MI FAMILIA POR HABERME APOYADO EN TODO MOMENTO, ASPECTO
FUNDAMENTAL PARA PODER ALCANZAR ESTE LOGRO.**

AGRADECIMIENTO

**AGRADEZCO A DIOS, A MIS PADRES, A MI FAMILIA, A MI ENAMORADA, Y A
TODOS LOS QUE ME APOYARON EN MI FORMACIÓN PROFESIONAL.**

**A TODOS LOS DOCTORES, QUE NOS BRINDARON SUS CONOCIMIENTOS Y
ENSEÑANZAS, ENFATIZANDO SOBRE TODO EN VALORAR LA VIDA HUMANA,
EN TENER BUEN TRATO HACIA LOS PACIENTES Y EN LUCHAR HASTA EL
FINAL PARA QUE SIEMPRE EL PACIENTE SALGA DEL HOSPITAL CON BUEN
ESTADO DE SALUD.**

**A MI ASESOR DE TESIS, EL DOCTOR PAULO DELGADO POR SUS
CONTRIBUCIONES Y APOYO.**

INDICE

	PÁG
ABSTRACT	6
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
MATERIAL Y MÉTODO	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	16
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	25
TABLAS Y GRAFICAS	29

ABSTRACT

Since the first cases of Human Immunodeficiency Virus (HIV) were reported until today, this condition remains as one of the most serious health and development problems around the world. Mother-to-child transmission (MTCT), also known as “vertical transmission” is significant in developing countries and may occur through intrauterine, intrapartum or postpartum infection.

However, early diagnoses and the adoption of prophylactic measures during pregnancy, childbirth, and new born stages are fundamental to prevention and control of infection risk. In 2004, Peru assumed the compromise of reducing at least 2% of mother -to- child transmission of HIV.

Objective: To determine the prevalence of HIV infection among infants born from HIV seropositive mothers.

Materials and Methods: Descriptive, observational, analytical and retrospective designed studies.

Results: The prevalence of HIV- infected new born babies was 2.00% of 100 registered births, 5.00 % of them were due to vaginal delivery while 95% were through cesarean delivery. Antiretroviral treatment coverage was 99%, 100% of pregnant HIV- infected women received prenatal care and 99% of new born received post-natal antiretroviral treatment

Conclusions: A low prevalence of HIV-infected new born babies was found, an evidence of a good care coverage in HIV-seropositive women during prenatal period and antiretroviral treatment in pregnant HIV -infected women and their newborns.

Keywords: Vertical transmission, antiretroviral, HIV carrier, pregnant and newborn.

RESUMEN

Desde su aparición hasta la actualidad, la infección por el VIH continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La transmisión vertical de madres a hijos es importante en los países en vías de desarrollo, puede ocurrir por 03 vías: Intrauterino, Intraparto y Post natal.

No obstante, el diagnóstico precoz y la adopción de medidas profilácticas durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, son fundamentales para su prevención. El Perú, en el 2004 asumió el compromiso de reducir a menos del 2% la transmisión materno infantil del VIH.

Objetivos: Determinar la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas. **Material y métodos:** Diseño descriptivo, observacional, analítico y retrospectivo. **Resultados:** La prevalencia de VIH en recién nacidos fue 2,00%; de 100 partos registrados, el 5,00% fue por parto vaginal y el 95,00% por cesárea; el tratamiento antirretroviral cubrió el 99,0%; el 100,0% de las gestantes recibieron control prenatal; el 99,00% de recién nacidos recibieron tratamiento antirretroviral. **Conclusiones:** Se encontró una baja prevalencia de VIH en recién nacidos; se evidencia una buena cobertura de atención a las gestantes VIH positivas durante la etapa prenatal, tamizado, control antirretroviral a la madre y al recién nacido.

Palabras claves: transmisión vertical, antirretroviral, portador VIH, gestante y recién nacido.

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición hasta la actualidad, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según el último informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2017) (1), se estima que, en el 2016, a nivel mundial, las personas que vivían con el VIH eran 36.7 millones (30,8 – 42,9 millones); además, se reportan 1,8 millones (1,6 – 2,1 millones) de nuevos casos de personas contrajeron la infección, 17,8 millones (15.4 – 20.3 millones) de mujeres mayores de 15 años infectadas y 2,1 millones (1,7 – 2,6 millones) de niños menores de 15 años infectados. Así mismo, se estima en 76,1 millones (65,2 – 88,0 millones) el número total de personas que contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia; mientras que el total de personas fallecidas desde el comienzo de la epidemia, se estima en 35,0 millones (28,9 – 41,5 millones); las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 47% desde 2010, desde 300.000 [230.000–370.000] en 2010 hasta 160.000 [100.000–220.000] en 2016. A nivel mundial, África es el continente donde se registra el mayor número de personas que viven con el VIH (más de 25.5. millones).

Los autores Alonso G. (2) Alvarado J. (3) - Díaz J. (4), coinciden en indicar que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), afecta el sistema inmunológico del ser humano y se transmite entre las personas a través del contacto sexual, sanguíneo y vertical. El MMWR (5), hace referencia que en el caso de la transmisión vertical, en diciembre de 1982, se publican los primeros casos de SIDA en pacientes pediátricos, se trataba de 04 lactantes que habían adquirido la infección por ésta vía. Mientras que los autores Rawlison K. y et al. (6), indican que en 1984 se describió el primer caso documentado de SIDA y embarazo, que tuvo lugar en una paciente afecta de sarcoma de Kaposi diseminado. Por su parte los autores Tobin N.(7) y Díaz A. y et al.(8), sostienen que la transmisión vertical, puede ocurrir por 03 vías: 1) Intraútero, por diseminación directa hematogena transplacentaria, o por infección ascendente de las membranas y líquido

amniótico; 2) Intraparto, perinatal o al momento del parto, por contacto mucocutáneo del infante con la sangre materna, líquido amniótico y secreciones cervicovaginales durante el paso por el canal del parto; por infección ascendente desde el cuello uterino; o por transfusión materno-fetal a partir de las contracciones uterinas durante el parto; y 3) Post natal o durante la lactancia materna.

Para Newell (9), ésta es una forma de contagio importante en los países en vía de desarrollo, donde la relación hombres infectados y mujeres infectadas es 1:1. Debido a ello, hay un alto número de casos de transmisión vertical que constituye la primera causa de infección por VIH-1 en la población pediátrica, estimándose que entre el 25 - 35% de las mujeres embarazadas seropositivas al VIH transmitirán el VIH a sus recién nacidos. Por su parte, los autores Damasceno y et al. (10), coinciden en señalar que el diagnóstico precoz del VIH y la adopción de medidas profilácticas durante el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido, son fundamentales para la prevención de la transmisión vertical.

Según Berhan Z. y et al (11), y Arikawa S. y et al (12), el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Cuando los medicamentos antirretrovirales están disponibles como prevención, la transmisión general del VIH puede reducirse a <5%.

Según la NTS N°108-MINSA/DGSP (13), el noventa y uno por ciento (91%) de los casos ocurre en países en desarrollo, y África es el continente que aporta la mayor parte de los niños a la enfermedad. En América Latina, que finaliza en 2005, 850 mil mujeres infectadas con VIH / SIDA e infectadas mujeres jóvenes en edad reproductiva afectan un aumento del 1%.

Por lo expuesto, se aprecia que el VIH es una amenaza para la salud de las mujeres y sus hijos y, por lo tanto, un problema de salud pública. Además, por la revisión bibliográfica se puede apreciar que hay una falta de estudios a nivel local y escasez de información a nivel nacional, debido

a ello se decidió realizar este estudio, que consiste en conocer la prevalencia de VIH en recién nacidos en el Hospital Santa Rosa, lo cual podría orientar y/o incentivar a los profesionales de la salud para que enfatizen medidas apropiadas para el manejo, prevención y tratamiento de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio corresponde a un diseño descriptivo, observacional, analítico y retrospectivo. En el cual nuestra población es todos los recién nacidos con madres portadoras de VIH, durante el período 2011 – 2017 en el Hospital Santa Rosa”.

Al momento de la selección de pacientes se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Todos los recién nacidos con madres portadoras de VIH nacidos en el Hospital Santa Rosa durante el período 2011 – 2017.
- Pacientes que tengan historia clínica completa.

Al mismo tiempo se utilizaron estos criterios de exclusión:

- Todos los recién nacidos con madres portadoras de VIH nacidos en el Hospital Santa Rosa durante el período 2011 - 2017, en las que no se pudo recolectar todos los datos necesarios para nuestro estudio.
- Todos los recién nacidos con madres no portadoras de VIH.

La muestra está constituida por la historia clínica de cada paciente atendido en el Hospital Santa Rosa durante el período 2011 – 2017 y que cumplan con los criterios de selección.

Respecto a ser portador de VIH en el recién nacido, se consideró al que se le realizó las 3 pruebas rápidas (al nacer, a los 3 meses y 6 meses) y al año y medio se le realizó ELISA, saliendo estos positivos.

Se enrolaron todos los casos que cumplieron los criterios de selección. No se tomó una parte de ellos sino a todos. Al no haber muestra, no se aplica

cálculo de tamaño muestral, ni técnica de muestreo, ni marco muestral.

La recolección de datos se realizó por el propio investigador, que consistió en la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos con madres portadoras de VIH del Hospital Santa Rosa e ingresarla a nuestra ficha de recolección de datos, que fue elaborada por el autor y consta de dos apartados, cada uno contiene 5 ítems (Anexo 3), con previo permiso de las autoridades directivas (Anexo 1 y 2).

Posteriormente, se procedió a llenar la base de datos para su posterior procesamiento en el programa SPSS versión 17.0., empleando diferentes parámetros como tablas de frecuencias y porcentajes según necesidad. Por último, se tabularon los datos y se elaboraron las tablas correspondientes.

Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las tablas, para determinar los resultados y redactar las conclusiones con correspondencia con los objetivos establecidos para lograr la validez de ésta investigación. Después de obtener toda la información necesaria, se elaboró el Informe final.

El trabajo éticamente se realizó respetando las recomendaciones que guían la investigación biomédica en seres humanos.

Se realizó bajo consentimiento de los jefes y/o directivos de las áreas encargadas de la administración y organización de las historias clínicas, y bajo consentimiento del docente tutor.

Los datos que se recolectaron se guardaron con absoluta confidencialidad y serán usados con fines productivos y se tendrá en cuenta una privacidad en los pacientes.

Las limitaciones que se presentaron en este trabajo fue el mal llenado de las historias clínicas o algunas de ellas pueden presentar información poco legible o deterioro de ellas debido a la forma de archivar las historias clínicas.

RESULTADOS

Durante el presente estudio se han revisado un total de 104 historias clínicas, de las cuales se tuvieron que excluir 4, debido al mal llenado de estas, letra no legible y datos insuficientes, se analizaron y procesaron 100 historias clínicas de partos de mujeres portadoras de VIH, sucedidos en el Hospital Santa Rosa durante el período 2011 al 2017.

Los años en que se registraron el mayor número de partos de mujeres portadoras de VIH, se registró en los años 2016 y 2017, con 17 casos en cada uno de ellos. En segundo lugar, se tiene al año 2015 con 16 casos; seguido del año 2012 con 15 casos. Seguidamente se tiene al año 2013, con 13 casos; mientras que los años en que se registraron el menor número de casos, corresponde a los años 2011 y 2014, con 11 casos cada uno. (Tabla 01).

En cuanto a la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas, de las 100 historias clínicas evaluadas, solo se han presentado 02 casos, los cuales corresponden a los años 2011 y 2013. En el año 2011, de los 11 partos de mujeres VIH positivas, en uno de ellos se presentó la transmisión del VIH al recién nacido (en el intraparto), representando el 9.1% con respecto al número total de partos de madres VIH positivas. Así mismo, tenemos que en el año 2013, de los 13 partos de mujeres VIH positivas, en uno de ellos se presentó la transmisión del VIH al recién nacido (en la lactancia), representando el 7.7% con respecto al número total de partos de madres VIH positivas. (Tabla 2).

Con respecto al tipo de partos, se tiene que, de los 100 partos registrados durante el periodo de evaluación, 05 han sido por parto vaginal, mientras que los 95 restantes han sido por parto por cesárea (Tabla 03).

La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas según tipo de parto, los resultados nos muestran que el tipo de parto no incide en

la transmisión de VIH al recién nacido, ya que de los 02 casos registrados, 01 corresponde parto vaginal (registrado en el año 2011) y 01 a parto por cesárea (registrado en el año 2013). (Tabla 4)

En el caso del tratamiento antirretroviral durante la gestación, se tiene que, de los 100 casos evaluados, 99 recibieron tratamiento antirretroviral de los cuales 75 fue por monoterapia (AZT) y 24 por TARGA; mientras que 1 no recibió ningún tratamiento (Tabla 5). En la Tabla N° 5, se registran los datos de tipos de tratamiento antirretroviral por año, evidenciándose que el que el tratamiento antirretroviral de Monoterapia (AZT) ha sido el más utilizado en todos los años, siendo el 2016 el año donde se realizó el mayor tratamiento con un 82,4%, mientras años donde se realizó menor tratamiento fueron los años 2011 con un 81,8% y el 2013 con un 69,2%. Mientras que en el caso del tratamiento antirretroviral por TARGA, en el año 2017 se realizó el mayor tratamiento con un 41,2% y el año 2014 se realizó el menor tratamiento con un 9.1%. Así mismo, se tiene que en el año 2013 las gestantes no recibieron ningún tipo de tratamiento antirretroviral, con un 7.7%.

Para el caso de la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas según tipo de tratamiento antirretroviral, se tiene que con el tipo de tratamiento antirretroviral de Monoterapia (AZT) no se ha registrado ningún caso, mientras que con el tratamiento antirretroviral viral por TARGA se reportó 01 caso, el cual nació de parto vaginal, en la historia clínica refiere que aspiraron secreciones sanguinolentas, el recién nacido recibió tratamiento antirretroviral a las 8 horas de nacer y en las madres que no recibieron ningún tratamiento también se ha registrado 01 caso, el cual fue de parto cesárea, el recién nacido no recibió tratamiento antirretroviral a las 8 horas de nacer y recibió leche materna. (Tabla 6)

En cuanto al control prenatal en las madres VIH positivas, los resultados nos muestran que el 100% tuvo algún tipo de control prenatal. Sin embargo, es importante mencionar que el 99% de las madres recibió su primer control

prenatal en el primer trimestre de gestación, mientras que el 1,00% restante lo recibió en el segundo trimestre de gestación. (Tabla 7).

Con respecto al tamizaje, se tiene que todas las madres se realizaron el tamizaje para VIH, el 92,00% de las madres fueron tamizadas para VIH en el primer trimestre de gestación, el 5,00% previo al embarazo, el 2,00% en el trabajo de parto y finalmente 1,00% en el segundo trimestre de gestación. Mientras que la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas según el momento en que se realizó el tamizaje, los resultados nos muestran que los 02 casos de VIH en recién nacidos, el tamizaje se realizó en el primer trimestre de gestación. (Tabla 8)

Un aspecto importante, es el tratamiento antirretroviral en los recién nacidos, los resultados obtenidos indican que el 99,00% de los recién nacidos recibieron tratamiento antirretroviral (Zidovudina) después de las 8 horas de nacer, mientras que el 1% restante no recibió tratamiento después de las 8 horas de nacer. En cuanto a la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas según momento en que se realizó el tratamiento antirretroviral post parto del recién nacido, se tiene que, de los 02 casos de VIH en recién nacidos, un caso recibió tratamiento antirretroviral después de las 8 horas de nacer, mientras que el otro no recibió el tratamiento antirretroviral. (Tabla 9).

Finalmente, los resultados de la prevalencia con respecto al tipo de lactancia, tenemos que de los 02 casos positivos, uno recibió leche materna y el otro fórmula láctea. (Tabla 10).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio, se ha determinado que la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas en el Hospital Santa Rosa durante el período 2011 – 2017, ha sido de 2,00%. Éste resultado coincide con el objetivo asumido por el Perú en el año 2004, reducir a menos del 2% la transmisión materno infantil del Virus de Inmunodeficiencia Humana; así mismo se debe mencionar que es inferior a los resultados obtenidos por Palomino H. (14) que fue de 9,09%, de Berhan Z. y et al (15) con 10,10% y de Carrizales C. (16), quien encontró una prevalencia de 19,98 %. Las diferencias en estos resultados pueden deberse a que el tamaño de los casos evaluados han sido diferentes.

De los 100 partos registrados en el presente estudio, 5,00% han sido por parto vaginal, mientras que el 95,00% fue por cesárea. Éste resultado coincide con los obtenidos por Carrizales C. (16), que en su estudio encontró que 94.8 % de los neonatos nacieron por cesárea y los de Laines G, M. (17), que encontró que el 92.2% de los neonatos nacieron por cesárea. Éstos resultados son reconfortantes, debido a que esta medida es muy importante para poder disminuir el riesgo de Transmisión Materno Infantil del VIH. Cabe mencionar, que el MINSa mediante la Resolución Ministerial N° 619-2014-MINSa, establece que la cesárea es la vía de parto de elección para toda gestante diagnosticada con infección por VIH.

Sobre la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas según tipo de parto, los resultados del presente estudio, indican que de los 02 casos registrados, 01 fue por parto vaginal (50%) y 01 por parto por cesárea (50%). Estos datos difieren de los resultados obtenidos por Palomino H, R. (14), en cuyo estudio obtuvo que la prevalencia del VIH en niños nacidos de madres VIH positivas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período 2014-2017 según tipo de parto fue de 5,7% en cesárea y 42,9% en parto eutócico; así como a los de Laines G, M. (17), quien reportó 4,3% nacidos por cesárea y 0,0% parto eutócico.

Para el tratamiento antirretroviral durante la gestación, se tiene que de los 100 casos evaluados, el 99% recibieron tratamiento antirretroviral y el 1,0% no recibió ningún tratamiento. Éste resultado difiere ligeramente de los resultados obtenidos por Carrizales C, M. (16) y Soriano A, A. y et al (18), quienes indican que el 94.8% y 91,3% (respectivamente) de las gestantes recibieron tratamiento profiláctico durante el embarazo. Lo cual corrobora, lo señalado por el Boletín Epidemiológico N°39 del MINSA, en el que indica que la cobertura del uso de profilaxis antirretroviral en la gestante, se ha incrementado durante los últimos años, siendo mayor al 90%.

Para el caso de la prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas según tipo de tratamiento antirretroviral en las madres, se reportó 01 caso de recién nacido VIH positivo que representa el 1,01% del total de recién nacidos de madres VIH positivas que recibieron tratamiento antirretroviral durante la gestación. Éste resultado es coincidente con lo afirmado por Wang Q. et al (19), que afirman que la terapia antirretroviral en madres disminuye en 58% el riesgo de prevalencia de VIH positivo en los recién nacidos. Igualmente concuerdo con lo manifestado por los autores Abarzúa C, F. (20), quien sostiene que la terapia antiretroviral de alta potencia logró una efectiva profilaxis de la transmisión perinatal, y González N, I. y et al (21), en un trabajo realizado en el año 2014 en Cuba, indica la importancia que tiene el diagnóstico precoz en la embarazada con VIH y la administración de antivirales en la etapa prenatal para disminuir la transmisión. Teniendo en cuenta estos factores, a partir de 2007 en Cuba se decidió administrar a todas las gestantes con VIH, Zidovudina (AZT) a ella y al niño recién nacido, como establece el protocolo 076, lo que disminuyó considerablemente el número de niños infectados.

Con respecto al tratamiento antirretroviral en los recién nacidos, los resultados nos muestran que 99,0% de los recién nacidos recibieron tratamiento antirretroviral y el 1% restante no recibió tratamiento; encontrándose 02 casos de VIH en recién nacidos, 01 de ellos recibió tratamiento antirretroviral y el otro no. Comparando éstos resultados con

los obtenidos por Carrizales C, M. (16), tenemos que, hay una diferencia significativa entre éste estudio (99%) y de Carrizales (88.8%); sin embargo para el caso de recién nacidos con VIH, los valores son similares (1,0% y 1,1% respectivamente). El hecho de que se tengan recién nacidos HIV positivos a pesar de recibir el tratamiento antirretroviral, puede deberse a otros factores de riesgo para la transmisión materno infantil del VIH como por ejemplo el tipo de parto, una mayor carga viral, etc.

Otro de los resultados del presente estudio que cabe resaltar es la realización del tamizaje, ya que al 100% de las madres se les hizo el tamizaje para VIH. Éste resultado es superior al reportado por Reyes V, M. (22), en cuyo estudio determinó que el 81.7% de gestantes se les había realizado la prueba de VIH; así como al 84%, que es la proporción estimada de gestantes tamizadas para VIH en establecimientos del MINSA. Por su parte Shetty A, K. (23), menciona que existen lugares en los que las gestantes se niegan a realizarse la prueba de tamizaje, señalando como motivos la necesidad percibida de obtener el permiso de su pareja o el miedo al estigma y discriminación.

En el caso del control prenatal en las madres VIH positivas, se tienen que el 100% tuvo algún tipo de control prenatal. Sin embargo, es importante mencionar que el 99% de las madres recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación, mientras que el 1,00% restante lo recibió en el segundo trimestre de gestación.

Los resultados obtenidos por Sánchez C, M. (24), demostró que el control prenatal iniciado a una edad gestacional temprana permite un adecuado control de la entidad de base. El tratamiento ARV, iniciado en forma oportuna redujo significativamente la transmisión perinatal del VIH; en madres con tratamiento de ARV no hubo casos de hijos infectados. Por el contrario, el 23.5% de madres sin tratamiento tuvieron hijos seropositivos al VIH. Whitmore S. y et al (25), establecieron que hasta el 8.2% de las madres sin tratamiento puede transmitir la enfermedad.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas en el Hospital Santa Rosa, fue de 2,00% y el tipo de parto más frecuente fue cesárea.
- El tratamiento de antirretroviral durante la gestación en mujeres VIH positivas ha cubierto el 99,0%, mientras que el 1,0% no recibió ningún tratamiento. El tratamiento antirretroviral más utilizado, ha sido el de monoterapia (AZT) con un 75,0%, seguido del tratamiento por TARGA con 24,0%.
- El 99,00% de los recién nacidos recibieron tratamiento antirretroviral (Zidovudina) después de las 8 horas de nacer, a pesar de ello 01 de los 02 casos de transmisión vertical, se presentó en éste grupo, mientras que el otro representa el 1,0%, el cual no recibió tratamiento antirretroviral después de las 8 horas de nacer.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere capacitar al personal del Hospital Santa Rosa encargados del llenado de historias clínicas; así como, auditar las historias clínicas periódicamente para evitar lo sucedido en uno de los casos del presente estudio, que no contó con la información necesaria y no se pudo actuar de forma inmediata, y el recién nacido terminó siendo portador de VIH.
- Mantener en el Hospital Santa Rosa, los niveles de cobertura en atención prenatal, tamizado, inicio del tratamiento antirretroviral en madres y recién nacidos VIH positivos, parto por cesárea, para así mantener los niveles de transmisión materno infantil del VIH, por debajo o igual al registrado en el presente estudio (2,0%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Hoja informativa – día mundial del SIDA 2017. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Alonso González, Mónica; Avedillo Jiménez, Pedro. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional. 3. ed. Washington, D.C.: OPS, 2014.
3. Alvarado Alva Juan. APUNTES DE OBSTETRICIA. Amp ediciones, tercera edición, Lima 2014, pp: 257 – 261.
4. Díaz Anaiz, Jorge. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud, Chile 2013, pp: 1 -140.
5. MMWR. Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants –New York, New Jersey, California. MMWR Morb Mort Wkly Rep 1982, 31: 665-7.
6. Rawlison K, Zubrow A, Harris M, Jackson V, Chao S. Disseminated Kaposi's sarcoma in pregnancy: a manifestation of Acquired Immunodeficiency Syndrome. Obstet Gynaecol 1984; 25:63-65.
7. Tobin, N. H., & Aldrovandi, G. M. (2013). Immunology of pediatric HIV infection. Immunol Rev, 254(1), 143-169. doi: 10.1111/imr.12074.
8. Díaz Vega, Aurora; González Santes, Mario; Domínguez Alfonso, Araceli y Arias Contreras, Asdrúbal. Factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS de Veracruz. Perinatología y reproducción humana Volumen 27, Número 4, 2013, pp: 229-234.

9. Newell ML. Mechanisms and timing of mother-to-child transmission of HIV. AIDS 1998; 12:831- 837.
10. Damasceno, Karla Santana Azevedo; Alves dos Prazeres, José Carlos; Araújo, Maria Alix Leite y Valdanha Netto, Américo. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, septiembre - diciembre, 2013, 9(3):363-371.
11. Berhan Z, Abebe F, Gedefaw M, Tesfa M, Assefa M, Tafere Y. Riesgo de VIH y factores asociados entre los bebés nacidos de mujeres VIH positivas en la región de Amhara, Etiopía: un estudio retrospectivo basado en las instalaciones. 2014 Dec 4; 7:876. doi: 10.1186/1756-0500-7-876.
12. Arikawa S, Rollins Y., Newell M-L., and Becquet R. Riesgo de mortalidad y factores asociados en niños no infectados y expuestos al VIH. 2016 Jun; 21(6): 720–734.
13. NTS N°108 - MINS/DGSP, Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis. 2014; pp: 1 – 17.
14. Palomino H, Rubén S. Prevalencia de VIH en recién nacidos de madres VIH positivas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2014-2017. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano – Universidad Privada San Juan Bautista. Lima – Perú, 2018; pp: 26 – 38.
15. Berhan Z, Abebe F, Gedefaw M, Tesfa M, Assefa M, Tafere Y. Riesgo de VIH y factores asociados entre los bebés nacidos de mujeres VIH positivas en la región de Amhara, Etiopía: un estudio retrospectivo basado en las instalaciones. 2014 Dec 4; 7:876. doi: 10.1186/1756-0500-7-876.
16. Carrizales C, Mayra A. Prevalencia de neonatos perinatalmente expuestos al virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Nacional

- Hipólito Unanue 2010 – 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano – Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú, 2016; pp: 28 – 45.
17. Láinez G, M. Transmisión Vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en pacientes en seguimiento en las clínicas de atención a niños/as con exposición perinatal al VIH en el Hospital Bertha Calderón Roque y Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo Enero 2013-Agosto 2014. Tesis para optar el Título de Especialista - Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua - Nicaragua. 2014, pp: 59 – 71.
 18. Soriano A, A. y et al. El embarazo como una oportunidad de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres inmigrantes en Catalunya. *Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica – Elsevier*. España. 2018, pp: 1-7.
 19. Wang Q., Sun DY., Fan PY., Ma YM, Nan SIH., Li N., et al. Eficacia de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en la provincia de Henan, 2002-2013. 2017, 38(3):359-363.
 20. Abarzúa C, Fernando; Pérez C, Carlos; Callejas C, Claudio. Ausencia de transmisión perinatal de VIH en 40 embarazadas tratadas con terapia anti-retroviral de alta potencia. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*; 2014; 69(3):232-8.
 21. González Nuñez, Ida; Díaz Jidy, Manuel; Pérez Ávila, Jorge; Mengana. Terapia antirretroviral en gestantes seropositivas al VIH/SIDA en Cuba. *Rev. Cuba. Med. Trop*; 2014; 56(1).
 22. Reyes V, Mary. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. Tesis para optar el grado académico de Magíster en

Epidemiología – Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
2014, pp: 58 – 79.

23. Shetty, A. K. Epidemiology of HIV infection in women and children: a global perspective. *Curr HIV Res.* 2013, 11(2), 81-92.
24. Sánchez C, Y. y et al. Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.* Mayo-junio, 2017; vol 21(3)415-421.
25. Whitmore SK, Taylor AW, Espinoza L, Shouse R, Lampe MA, Nesheim S. Correlates of mother to child transmission of HIV in the United States and Puerto Rico. *Pediatrics.* 2012; 129 (1): e74-e81. (citado febrero 2016) disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22144694>.

ANEXOS

ANEXO 1

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

SOLICITO: Permiso para acceder a la
revisión de Historias Clínicas.

Piura, 27 de Diciembre del 2018

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA

DR. JOSÉ FERNÁNDEZ ANDRADE

Yo, JOHN ANTHONY MERINO RAMOS, identificado con DNI: 72405621, con objetivo de realizar una investigación en mencionado hospital durante el periodo de enero 2011- julio 2017, me presento ante Ud. y digo: Que, he presentado el proyecto de tesis TITULADO “PREVALENCIA DE VIH EN RECIEN NACIDOS EN HOSPITAL SANTA ROSA 2011 - 2017”. Solicito a Ud. Autorice a quien corresponda para poder acceder a la revisión de historias clínicas.

Por lo expuesto, ruego a Ud. Acceder a lo solicitado por ser de justicia.

Atentamente.

JOHN ANTHONY MERINO RAMOS
DNI: 72405621

ANEXO 2

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

SOLICITO: Permiso para acceder a la
revisión de Historias Clínicas.

Piura, 27 de Diciembre del 2018

SEÑOR JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN

DR. MANUEL GIRÓN SILVA

Yo, JOHN ANTHONY MERINO RAMOS, identificado con DNI: 72405621, con objetivo de realizar una investigación en mencionado hospital durante el periodo de enero 2011- julio 2017, me presento ante Ud. y digo: Que, he presentado el proyecto de tesis TITULADO “PREVALENCIA DE VIH EN RECIEN NACIDOS EN HOSPITAL SANTA ROSA 2011 - 2017”. Solicito a Ud. Autorice a quien corresponda para poder acceder a la revisión de historias clínicas.

Por lo expuesto, ruego a Ud. Acceder a lo solicitado por ser de justicia.

Atentamente.

JOHN ANTHONY MERINO RAMOS

DNI: 72405621

ANEXO 3

1. FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE TRABAJO

2. Formato N° _____

1.- Prevalencia de VIH en transmisión vertical en recién nacidos	
VIH	
Portador	
No portador	
Transmisión vertical	
Intrauterina	
Intraparto	
Lactancia	
No presente	
Fármacos antirretrovirales (Zidovudina)	
Tomo después de las 8 horas de nacer	
No tomo después de las 8 horas de nacer	
Lactancia	
Materna	
Formula	
Parto	
Vaginal	
Cesárea	

2.- Madres portadoras del VIH	
Control Prenatal	
Ha tenido controles prenatales	
No ha tenido controles prenatales	
Trimestre de primer control prenatal	
I (0–13 semanas)	
II (14-27 semanas)	
III (28–40 semanas)	
Tamizaje VIH	
Sí	
No	
Momento del tamizaje	
Trimestre I (0–13 semanas)	
Trimestre II (14-27 semanas)	
Trimestre III (28–40 semanas)	
En trabajo de parto	
En puerperio	
Previo al embarazo	
Tratamiento antirretroviral	
Monoterapia (AZT)	
Biterapia	
TARGA	
Sin tratamiento	

TABLAS Y GRAFICAS

Tabla N° 1: Prevalencia de VIH en recién Nacidos periodo 2011 - 2017

Año		VIH						
		Frecuencia		SI		NO		Total
			Porcentaje	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento
Válido	2011	11	11,0	1	9,1%	10	90,9%	11
	2012	15	15,0	0	0,0%	15	100,0%	15
	2013	13	13,0	1	7,7%	12	92,3%	13
	2014	11	11,0	0	0,0%	11	100,0%	11
	2015	16	16,0	0	0,0%	16	100,0%	16
	2016	17	17,0	0	0,0%	17	100,0%	17
	2017	17	17,0	0	0,0%	17	100,0%	17
Total		100	100,0	2		98		100

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 2: Transmisión vertical

Transmisión vertical			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presentó	98	98,0
	Intraparto	1	1,0
	Lactancia	1	1,0
Total		100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 3: Tipo de parto periodo 2011 – 2017

		PARTO			
		Vaginal		Cesárea	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Año	2011	2	18,2%	9	81,8%
	2012	1	6,7%	14	93,3%
	2013	0	0,0%	13	100,0%
	2014	0	0,0%	11	100,0%
	2015	0	0,0%	16	100,0%
	2016	1	5,9%	16	94,1%
	2017	1	5,9%	16	94,1%
TOTAL		5		95	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 4: Transmisión de VIH según tipo de parto

		PARTO			
		Vaginal		Cesárea	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
VIH	SI	1	50,0%	1	50,0%
	NO	4	4,1%	94	95,9%

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 5: Tratamiento antirretroviral periodo 2011 – 2017

Tratamiento antirretroviral seguido por la mujer cuando estaba en gestación									
		Monoterapia (AZT)		Biterapia		TARGA		Ninguno	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
	2011	9	81,8%	0	0,0%	2	18,2%	0	0,0%
	2012	13	86,7%	0	0,0%	2	13,3%	0	0,0%
	2013	9	69,2%	0	0,0%	3	23,1%	1	7,7%
Año	2014	10	90,9%	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%
	2015	10	62,5%	0	0,0%	6	37,5%	0	0,0%
	2016	14	82,4%	0	0,0%	3	17,6%	0	0,0%
	2017	10	58,8%	0	0,0%	7	41,2%	0	0,0%
Total		75		0		24		1	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 6: Transmisión de VIH según Tratamiento antirretroviral

Tratamiento antirretroviral seguido por la mujer cuando estaba en gestación									
		Monoterapia (AZT)		Biterapia		TARGA		Ninguno	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
VIH	SI	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
	NO	75	76,5%	0	0,0%	23	23,5%	0	0,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 7: Trimestre de primer control prenatal

Trimestre de primer control prenatal		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido I	99	99,0
II	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 8: Momento en que es realizado el tamizaje para VIH

	Frecuencia	Porcentaje	VIH		
			PORTADOR NO PORTADOR		
			PORTADOR	NO PORTADOR	
I	92	92,0	2	90	
II	1	1,0	0	1	
Válido	En trabajo de parto	2	2,0	0	2
	En puerperio	0	0,0	0	0
	Previo al embarazo	5	5,0	0	5
Total	100	100,0	2	98	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 9: Tratamiento antirretroviral en el recién nacido (Zidovudina)

	Frecuencia	Porcentaje	VIH	
			NO PORTADOR	
			NO PORTADOR	PORTADOR
Tomo después de las 8 horas de nacer	99	99,0	1	98
No tomo después de las 8 horas de nacer	1	1,0	1	0
Total	100	100,0	2	98

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor

Tabla N° 10: Tipo de Lactancia

	Frecuencia	Porcentaje	VIH	
			PORTADOR	NO PORTADOR
Fórmula	99	99,0	1	98
Válido Materna	1	1,0	1	0
Total	100	100,0	2	98

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaborado por el autor