



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR
VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO
2007-2021**

TESIS

Para optar el título profesional de Médica cirujana

AUTORA

Ibazeta Marino, Scarlett Dessiré (0000-0001-9240-7024)

ASESOR

Patrón Ordóñez, Gino (0000-0002-3302-360X)

LIMA – PERÚ

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

IBAZETA MARINO, SCARLETT DESSIRÉ

DNI: 72174407

ORCID: 0000-0001-9240-7024

Datos de asesor

PATRÓN ORDOÑEZ, GINO

DNI: 40787846

ORCID: 0000-0002-3302-360X

Datos del jurado

PRESIDENTE

ARANGO OCHANTE, PEDRO MARIANO

DNI: 06298761

ORCID: 0000-0002-3267-1904

MIEMBRO

PULIDO MURILLO, EDUARDO ALBERTO

DNI: 70436531

ORCID: 0000-0002-9039-3068

MIEMBRO

RUBÍN DE CELIS MASSA, VERÓNICA ELIANA

DNI: 06298761

ORCID: 0000-0002-8726-1830

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Scarlett Dessiré Ibazeta Marino, con código de estudiante N° 201511910, con DNI N° 72174407, con domicilio en pasaje Punta Balcones 109, distrito de San Miguel, provincia de Lima y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que: La presente tesis titulada; “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO 2007-2021.”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Gino Patrón Ordoñez, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 7% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 18 de marzo de 2024



Scarlett Dessiré Ibazeta Marino

DNI N° 72174407

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO 2007-2021

ORIGINALITY REPORT

7 %	9 %	2 %	4 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	hdl.handle.net Internet Source	3 %
2	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	1 %
3	www.scielo.cl Internet Source	1 %
4	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe Internet Source	1 %
5	cdigital.uv.mx Internet Source	1 %
6	Submitted to Universidad de Montemorelos A.C. Student Paper	1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza para afrontar cualquier adversidad.

A mis padres y hermana por el sacrificio y apoyo incondicional.

A mis mascotas por la compañía a lo largo de esta carrera.

Gracias por impulsarme a ser mejor, a lograr mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTOS

Primero agradecer a mi Dios por permitirme permanecer aquí, por brindarme salud, por tomar de mi mano en los momentos más difíciles y por cuidarme todos estos años de lucha constante.

A mis padres Leila y Jorge por siempre motivarme a seguir adelante con su ejemplo, por su sacrificio diario para poder culminar esta maravillosa carrera, por brindarme estabilidad y fortaleza en todo momento. Por inspirarme a ser una mejor persona, responsable, honesta y empática. Gracias por permitirme llegar hasta aquí y ser parte de un hito importante en mi vida. Por confiar en mi y en mis capacidades cuando muchas veces ni yo misma lo hacía.

A mi hermana Ruth por la convivencia en esta etapa crucial, por el apoyo moral, por la comprensión y por ser esa persona que está siempre dispuesta a escuchar y a brindar un consejo. A mi hermano Daniel por enseñarme el valor de la paciencia y la resiliencia.

A mi tía Gina Córdova y prima Solange por ser siempre esa voz de apoyo, por su cariño, por su alegría y hospitalidad. Por estar siempre cerca aún en la distancia y por celebrar siempre cada logro obtenido.

A Elmer Luján por formar parte de un momento importante en este proceso y por apoyarme a cumplir mis metas e inspirarme a no rendirme.

Al Hospital Amazónico por brindarme las facilidades y el apoyo para la elaboración y culminación de esta investigación.

RESUMEN

Introducción: La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), forma parte de un gran problema de salud pública alrededor del mundo, afectando diversas poblaciones humanas, entre ellas, las mujeres y niños. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 1,4 millones de mujeres que se infectan con este virus y que iniciaron gestación, presentan un riesgo de 15% y 45% de transmitirlo a sus hijos. **Objetivo:** Identificar las complicaciones obstétricas asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021. **Métodos:** Es un estudio de tipo cuantitativo, transversal, observacional, retrospectivo, analítico de tipo cohorte. Fue estudiada una población de 563 gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de enero de 2007 a diciembre de 2019. Datos fueron obtenidos mediante fichas de recolección, y posteriormente, analizados en el programa programa R (versión 3.14) **Resultados:** Se realizó una regresión lineal de Poisson con varianza robusta entre las variables de complicaciones obstétricas y la variable de infección por VIH. De todas estas variables las que tienen VIH tienen IRR: 1,42 de tener preeclampsia (IC 95% 0.67 – 2.99, p= 0.357); IRR: 1,49 de parto prematuro (IC 95% 0.65 – 3.43 p=0.346); IRR: 1.25 de ruptura prematura de membranas (IC: 95% 0.66 – 2.38, p= 0.495), en comparación a las que no presentan la infección. Sin embargo, este resultado no es estadísticamente significativo en ninguno de los casos.

Conclusiones: No se encontró asociación entre la infección por VIH en gestantes y la presencia de preeclampsia, parto pretérmino y rotura prematura de membranas.

Palabras claves: VIH; embarazada; complicaciones del embarazo; preeclampsia, ruptura prematura de membranas; parto pretérmino.

ABSTRACT

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection is part of a major public health problem around the world, affecting various human populations, including women and children. According to the World Health Organization (WHO), approximately 1.4 million women who become infected with this virus and who begin pregnancy have a 15% and 45% risk of transmitting it to their children. **Objective:** To identify obstetric complications associated with HIV infection in pregnant women treated at the Amazonian Hospital of Pucallpa in the period January 2007 to December 2021. **Methods:** It is a quantitative, cross-sectional, observational, retrospective, analytical cohort study. A population of 563 pregnant women treated at the Amazonian Hospital from January 2007 to December 2019 was studied. Data were obtained through collection forms, and subsequently analyzed in the R program (version 3.14). **Results:** A linear regression of Poisson with robust variance between the obstetric complications variables and the HIV infection variable. Of all these variables, those who have HIV have IRR: 1.42 of having preeclampsia (95% CI 0.67 – 2.99, $p=0.357$); IRR: 1.49 for premature birth (95% CI 0.65 – 3.43 $p=0.346$); IRR: 1.25 for premature rupture of membranes (CI: 95% 0.66 – 2.38, $p=0.495$), compared to those without infection. However, this result is not statistically significant in any of the cases. **Conclusions:** No association was found between HIV infection in pregnant women and the presence of preeclampsia, preterm birth and premature rupture of membranes.

Keywords: Hiv, pregnant women, pregnancy complications, pre-eclampsia. Premature ruptura of membrane and premature birth. (MESH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.6 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	7
2.2 BASES TEÓRICAS.....	14
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUAL.....	20
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	20
3.1 HIPÓTESIS.....	20
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	22
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	22
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
4.3 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
4.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
5.1 RESULTADOS.....	25
5.2 DISCUSION DE RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
6.1. CONCLUSIONES.....	29
6.2. RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	37

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	37
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	38
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	39
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	40
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	41
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	42
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA	43
ANEXO 8: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	46
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	47
ANEXO 10. BASE DE DATOS (EXCEL) O EL LINK DEL ENLACE A BASE DE DATOS EN EL INICIB-URP.....	48

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aún en estos tiempos sigue siendo parte de un gran problema de salud pública, generando que la vida de las personas vulnerables como muchas mujeres y niños se encuentren en peligro⁽¹⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 1,4 millones de mujeres que adquieren la infección antes de iniciar la gestación, tienen un riesgo de un 15% y 45% de transmitir este virus a sus hijos, transmisión que se puede dar durante el parto o también posterior a ella como es el caso de la lactancia materna. En escenarios más graves, esta infección por VIH puede producir catastróficos desenlaces como la muerte fetal⁽²⁻⁴⁾. Es por eso que uno de los objetivos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) es el de poder erradicar este problema para el año 2030, ya que es de vital importancia proteger y cuidar la salud no solo de las gestantes sino también de sus hijos por nacer. Pese a los avances en promoción de la salud y a los grandes esfuerzos de conseguir mejorías en este campo, el ritmo actual y los procesos que tienen los diferentes países tanto los que tienen mayor desarrollo como los que no; no está avanzando de manera rápida como se esperaba^(5,6).

En América Latina, la pobreza y la falta de educación de salud sexual y reproductiva son factores muy importantes y esenciales que influyen en el incremento de nuevos casos de infección por VIH, lo que implica un gran impacto en la salud, en especial en esta población tan importante como son las gestantes. La falta de oportunidades primordiales como el acceso a una atención prenatal adecuada, la falta de acceso a un método anticonceptivo, así como el desconocimiento de muchas mujeres para realizarse exámenes de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), genera que esta problemática persista y conlleve a posibles alteraciones en la salud⁽⁷⁾. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del 2010 al 2019, se ha incrementado en un 21% los casos de infección por VIH⁽⁸⁾. En el Perú, en los años 2000 al 2021 la vía de transmisión con mayor porcentaje es el de la vía sexual con el 98.39%, en segundo lugar, la transmisión madre-niño (vertical) con 1.38% y 0.23% por vía parenteral, razón por la que muchas gestantes presentan mayores complicaciones por la falta de detección y/o tratamiento de manera temprana. Por lo que es de vital importancia tomar acción en esta situación que está afectando a diversos países, en especial, el nuestro⁽⁹⁾.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sigue uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, ya que ha generado la muerte de 40,4 millones de vidas. Su transmisión aún permanece en todos los países. En diversos países los nuevos contagios están en aumento, cuando anteriormente estaban disminuyendo. En el año 2022 fallecieron 630 000 personas por motivos asociados a la infección con VIH y 1,3 millones obtuvieron la infección con el virus⁽¹⁰⁾.

Aproximadamente 1,4 millones de mujeres que se infectan con VIH terminan gestando, presentando un riesgo de 15% y 45% de transmitir este virus a sus hijos, lo que se conoce como transmisión materna infantil (TMI), teniendo como límite superior de riesgo un porcentaje que es bastante alto. Esta transmisión como bien sabemos puede ocurrir durante el parto o la lactancia materna, en casos graves la infección por VIH en la gestación puede producir un escenario fatídico para el neonato como el de la muerte⁽²⁻⁴⁾.

Las gestantes con infección por VIH o que adquieren el virus en el transcurso del embarazo tienen mayor riesgo de morbilidad y también de mortalidad materna y perinatal que las que no cursan con esta infección, máxime si el virus no cuenta con un tratamiento adecuado y no está bien controlado⁽⁵⁾. Existe también el riesgo de transmisión vertical (al feto durante la gestación) así como en el trabajo de parto y el puerperio a través de la lactancia, lo que demuestra que la infección por VIH compromete la salud tanto de la madre como del hijo durante el embarazo. Es por esta razón que, uno de los objetivos de desarrollo sostenible es erradicar esta problemática para el 2030, aunque, pese a la determinación y gran empeño por lograrlo, el ritmo que se lleva hoy por hoy en los diferentes países desarrollados y en los subdesarrollados es demasiado lento^(5,6). Tal es el caso de África occidental y central, sector que presentan una de las más pobres coberturas del mundo en prevención de TMI, siendo las más afectadas por esta falta de prevención, las mujeres y niñas. Estas mujeres y niñas

representan el 63 % del total de las nuevas infecciones por el VIH en el año 2021. Lo que nos demuestra que son una de las poblaciones más expuestas y vulnerables.^(11,12).

En el continente de Asia, lugar con más habitantes en el mundo, los datos de El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) revelan que los nuevos casos de infecciones por VIH, en la última década, van en aumento en vez de la disminución esperada. Los países de Filipinas y Malasia presentan un incremento inquietante de casos de enfermedades infecciosas, entre ellas, la causada por el VIH, especialmente en poblaciones desvalidas y que presentan un riesgo mayor⁽¹³⁾.

En China, se han puesto en efecto programas para la prevención de TMI del VIH. El funcionamiento de este programa ha sostenido la tasa de transmisión vertical del VIH concernientemente baja, sin embargo, pese a la oportuna y adecuada prevención, no se ha podido aún eliminar por completo este tipo de transmisión y sus posibles consecuencias para la salud tanto de la madre y la de su hijo. Las consecuencias más destacadas para la salud fetal son la transmisión vertical del VIH y los riesgos potencialmente mayores de resultados adversos del embarazo, lo que provocan una minoración de la calidad del nacimiento de los hijos de las madres con infección por VIH. Evidenciando que las gestantes con VIH, a diferencia de las no portadoras de este virus, enuncian un mayor índice de tasa de mortalidad fetal^(14,15).

En América Latina, el escenario no es vario, siendo la pobreza y la falta de adiestramiento y enseñanza de salud sexual y reproductiva factores que influyen en el aumento de nuevos casos de infección por VIH lo que implica un gran impacto en la salud de la población. La falta de adquisición a métodos anticonceptivos como el de barrera, la falta de acceso de la población a una atención prenatal conveniente, el desconocimiento de muchas mujeres para realizarse exámenes de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) de pronta manera y la falta de controles prenatales mínimos y básicos, conllevan a la ampliación de nuevos casos de infección por VIH⁽⁷⁾.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se valora que los nuevos casos se han amplificado del 2010 al 2019 en un 21%⁽⁸⁾; en el caso de Brasil se localizó una adición de 100 mil casos en el año 2010 a 120 mil caso nuevos en el año 2019 de gestantes infectadas con VIH, el riesgo de transmisión vertical durante el parto fue de aproximadamente del 65%, mientras que el riesgo de este tipo de transmisión durante el embarazo o la lactancia es del 35% y 22%, respectivamente. Como en México que se estima que un 36% de las mujeres culminan su gestación sin una prueba de tamizaje para VIH y sífilis, sumando con estas cifras preocupantes, escenarios para esta época en la que se supone debería haber más accesibilidad de mecanismos de prevención de la salud en especial en este tipo de patología. Por lo que consecuentemente genera un mayor riesgo de transmitir el VIH a través de la gestación generado por el mismo problema que presentan otros países, el de la falta de atención y acceso a servicios de salud adecuados y pertinentes y sobre todo de calidad⁽¹⁶⁾.

Estos datos son alarmistas, por lo que se torna importante conocer la situación existente en el territorio peruano⁽¹⁷⁾.

En el Perú, diversos componentes como el desconocimiento, la falta de acceso a controles prenatales y falta de uso de métodos anticonceptivos son las razones principales de la aparición de nuevos casos de VIH. En el período 2000 al 2021 la vía de transmisión con mayor porcentaje es el de la vía sexual con el 98.39%, cifra que refuerza la problemática mencionada, en segundo lugar, la transmisión madre-niño (vertical) con 1.38%, mecanismo relevante que se debe tener en cuenta para una prevención más exhaustiva, y 0.23% por vía parenteral. Muchas gestantes presentan mayores complicaciones por la falta de detección y/o tratamiento de manera temprana⁽⁹⁾.

Una de las preocupaciones de presentar infección por VIH en la gestación además del contagio vertical madre a hijo, son las complicaciones que esta misma pudiera generar. Las complicaciones obstétricas más frecuentes que puede asociarse a este grupo de riesgo según la literatura actual son la preeclampsia, anemia, insuficiencia placentaria

crónica, desprendimiento de placenta y parto prematuro si bien no se explica el mecanismo o la fisiopatología de la asociación de estas patologías, si se evidencia un mayor porcentaje de estas complicaciones en las pacientes expuestas a este virus que las que no han estado expuestas. Además de las posibles complicaciones obstétricas también puede generar infecciones oportunistas, debido a una carga viral alta o en casos más extremos, inmunodeficiencia. Esto permite que aumenten las probabilidades de complicaciones perinatales tales como el de muerte fetal, bajo peso al nacer o lactantes que son muy pequeños para su edad gestacional afectando de esta manera la expectativa y la calidad de vida tanto de la madre como el del hijo^(18,19).

Por lo presentado, sabemos que la infección por VIH puede derivar en una mayor tasa de complicaciones materno-fetales siendo hasta 3 veces mayor que en gestantes que no lo portan. Como consecuencia, las gestantes presentarían más riesgo de manifestar resultados obstétricos y perinatales desfavorables, por lo que es de vital importancia conocer las complicaciones que aquejan a las gestantes con VIH. Con esto, a futuro se podrían establecer medidas para la prevención y reducción de morbilidad materna^(20,21).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se encuentra dentro de las líneas de investigación en Salud en el Perú 2019 – 2023 del Instituto Nacional de Salud (INS) y de las prioridades de la Universidad Ricardo Palma 2021 – 2025, específicamente en el ámbito de: Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA y Salud materna, perinatal y neonatal.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El estudio de la infección por VIH en la gestación es crucial debido a las posibles complicaciones que puede acarrear tanto para la madre como para el feto. La infección por VIH representa una gran amenaza para nuestras gestantes ya que están expuestas a un riesgo elevado de complicaciones obstétricas, como preeclampsia, anemia, insuficiencia placentaria y parto prematuro. Estas complicaciones, agravadas por infecciones oportunistas, por falta de controles adecuados y una carga viral elevada, aumentan significativamente las probabilidades de resultados perinatales desfavorables.

Además de la transmisión vertical, la infección por VIH durante la gestación contribuye a un mayor índice de morbilidad materna y neonatal. Las gestantes con VIH tienen hasta tres veces más riesgo de complicaciones comparadas con aquellas sin la infección. Este aumento en la morbilidad subraya la necesidad de un enfoque integral que aborde no solo la transmisión vertical sino también las complicaciones maternas asociadas.

El desconocimiento, la falta de acceso a controles prenatales y la escasa utilización de métodos anticonceptivos son factores que perpetúan la aparición de nuevos casos de VIH durante la gestación. Estudiar esta problemática es esencial para diseñar intervenciones efectivas que aborden no solo la transmisión del VIH sino también las condiciones que predisponen a complicaciones durante el embarazo.

La investigación y el estudio de la infección por VIH en gestantes son fundamentales para comprender y mitigar las complicaciones obstétricas asociadas. Este enfoque puede contribuir a desarrollar estrategias preventivas, mejorar la detección temprana y proporcionar un tratamiento adecuado, reduciendo así la morbilidad materna y neonatal en poblaciones afectadas por esta problemática.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se llevó a cabo en pacientes gestantes de todas las edades en el Hospital Amazónico en Pucallpa durante el periodo 2007-2021.

1.6 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones obstétricas asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características socio-demográficas sexo, edad y grado de instrucción en gestantes.
- Identificar si la preeclampsia es una complicación obstétrica asociada a infección por VIH en gestantes.
- Determinar si el parto pretérmino es una complicación obstétrica asociada a infección por VIH en gestantes.
- Evaluar si la ruptura prematura de membranas (RPM) es una complicación obstétrica asociada a infección por VIH en gestantes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Yee, LM, et al, en 2023 realizó un estudio de cohorte en donde evaluaron la asociación entre el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) y el tipo de TAR con el riesgo de presentar trastornos hipertensivos del embarazo (HDP) en personas con VIH. El 9% tenía un trastorno hipertensivo del embarazo (HDP) de nueva aparición, el 10%

presentaba hipertensión crónica y el 81% no presentaba hipertensión. El recuento de células CD4+ en el primer y/o segundo trimestre menor a 200 células/ μ l (RRa 1,99) fueron asociado con un mayor riesgo de HDP de nueva aparición. Este riesgo no tuvo mayor diferencia según la clase de antirretroviral, pero los que empezaron el TAR después de las veinte semanas de gestación tuvieron un riesgo mayor (aRR 1,93) en comparación con aquellos que recibieron TAR en el momento de la concepción⁽²²⁾.

Richard Khondowe, en 2023 realizó un estudio transversal y descriptivo en Zambia en 360 participantes. En donde se encontró que el 91,6% fueron pacientes con infección por VIH que fueron diagnosticado con esta infección antes de su gestación, el 98,3% recibieron profilaxis Antirretroviral y 96,1% recibió como tratamiento cotrimoxazol. Así mismo, el 60% de participantes presentó parto prematuro, el 96,1% no presentó complicaciones maternas y el 0,61% presentó hemorragia posparto ⁽²³⁾.

Fentie EA, en 2022, realizó un estudio transversal en Etiopía, en 474 gestantes donde se encontró que, la prevalencia de niños con bajo peso al nacer (BPN) fue del 13,9% y la prevalencia de las madres VIH positivo con 17,7% fue mayor que las madres VIH negativo con 10,1%. Las madres con edad gestacional menor a 37 semanas [AOR 7,34] se asociaron con BPN en madres VIH positivo⁽²⁴⁾.

Wu Meng M et al. En el año 2022 se realizó un estudio prospectivo, en China donde se evaluó un total de 638 embarazos entre gestantes que viven con el VIH. En el estudio se presentó que los resultados adversos del embarazo (APO) más frecuentes fueron: el parto prematuro con 3,8 %, el embarazo ectópico con 3,4 %, el aborto espontáneo con 2,0 % y la detención del embrión con 1,7 %. Así mismo se asoció una disminución de las APO con la edad ≤ 30 años ($P = 0,012$)⁽²⁵⁾.

Worku WZ, Azale T. et al. En su artículo de cohorte prospectivo, en el año 2022, se estudió un total de 704 mujeres embarazadas donde se encontró que, la incidencia acumulada de bajo peso al nacer (BPN), parto prematuro y muerte fetal fue del 21,4 %, 9,4 % y 4,1 %, respectivamente. La incidencia de BPN fue del 24,7% entre las mujeres

VIH positivas y del 17,8% entre las mujeres VIH negativas. La incidencia de parto prematuro fue del 10,7% entre las mujeres VIH positivas y del 7,9% entre las mujeres VIH negativas y la incidencia de muerte fetal fue del 3,7 % y del 4,6 % entre las mujeres seropositivas y seronegativas ⁽²⁶⁾.

Olivia Brandon et al. En su estudio de cohorte retrospectivo realizado en 2022, se estudió a 116, en donde se evidenció que la tasa de diagnóstico de VIH aumentó en un 73% al 90 % antes de producirse la concepción y la proporción de mujeres con VIH en TAR combinada. La proporción de mujeres con VIH con una carga viral menor a 50 copias/mL al momento del parto fue de 87% a 94%, evidenciándose un aumento. Dentro de los resultados perinatales se evidenció un caso de transmisión perinatal del VIH con 0,86 %, parto prematuro con 11%, niños pequeños para la edad gestacional 15% y mortinatos con un 2%. Hubo una relación entre carga viral mayor a 50 copias/mL en el parto y el parto pretérmino⁽²⁷⁾.

Al Hasani NAS et al. En su estudio transversal descriptivo en el año 2021 en Omán, se estudió 13 688 mujeres con 104 281 gestaciones. La prevalencia de las gestantes omaníes con VIH fue del 0,1%; el 78,6% tenían conocimiento de ser portadoras del VIH, mientras que el 21,4% eran casos con un diagnóstico nuevo. La tasa de natalidad fue del 90,3%, hubo 9,7% de abortos espontáneos y todos pertenecían a madres seropositivas que conocían su diagnóstico. De los nacidos vivos, el 10,7% eran madres que desconocían su diagnóstico ⁽²⁸⁾.

Venkatesh- Kartik K. et al. En el año 2021 realizó un estudio de cohorte en donde se evaluaron 2868 partos de mujeres con VIH y recibiendo TAR y 211 910 partos de mujeres sin VIH. Las mujeres con infección por VIH tenían ligeramente una probabilidad menor de tener complicaciones obstétricas en comparación con las que no tenían VIH (ambas 17 %; AOR: 0,8), sin embargo, en segundo lugar, tenían mayores probabilidades de presentar un parto prematuro menor a 37 semanas. El ingreso de manera tardía a la atención prenatal y el inicio de TAR en una era anterior se asociaron con una menor probabilidad de mayor o igual o mayor de dos comorbilidades crónicas

y complicaciones obstétricas. La carga viral detectable en el parto se asoció con una mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas⁽²⁹⁾.

Shiri sinar, et al. En el año 2021 realizaron una revisión sistemática y meta-análisis en donde se evaluaron 12 636 mujeres en gestación. El riesgo que se presentó tanto en el parto prematuro y bajo peso al nacer en este estudio fue alto; en los países de recursos altos como en los países que no lo son, con un OR para parto prematuro de (1,8) para pequeño para la edad gestacional un OR de (1,60) y bajo peso al nacer de (2,15) con un (IC del 95 %) respectivamente. Así también se evidenció que la terapia antirretroviral antes de la concepción se asoció con un incremento en el riesgo de parto prematuro en comparación con el inicio de la etapa prenatal. Concluyendo que los OR fueron más significativos en las gestantes que vivían con VIH que en gestantes sin VIH⁽³⁰⁾.

Loyola F. et al. En una revisión narrativa en el año 2021, en Chile se seleccionaron 318 artículos, reportando que en Brasil el 81,6% de las mujeres fueron diagnosticadas con infección por VIH durante la atención prenatal. Por otro lado, un estudio con mujeres de Malawi, Zambia y Tanzania muestra que el 1,8% de las madres con infección por VIH perdieron la vida, el 83% de las muertes ocurrieron después del parto y el 17% antes del parto. Por otra parte, no se encontró una relación directa o estrecha entre los estados hipertensivos del embarazo en las mujeres infectadas; aun así, estas mujeres presentan un mayor riesgo de contraer estas condiciones que las mujeres embarazadas sin VIH⁽³¹⁾.

Jacobson DL. et al. En su estudio realizado en el año 2021, en E.E.U.U., se reportó que de 267 mujeres que viven con el VIH, el 16% de las mujeres seropositivas dieron a luz antes de término. La anemia en las gestantes se asoció con una prevalencia 2 veces mayor (RPa) de partos prematuros⁽³²⁾.

Floridia M. et al. En su estudio de análisis multivariable realizado en el año 2021 en Italia, Se estudio una población de 934 mujeres, aquellas que iniciaron su gestación

con un cociente CD4 y CD8 menor a 0,3, en comparación con las mujeres con un cociente mayor igual a uno, tenían aproximadamente una disminución de la probabilidad en 4 veces de tener ARN del VIH menor a 50 copias/ml en el tercer trimestre, y más del doble de probabilidades de presentar un parto prematuro⁽³³⁾.

Gonzales NBV et al. En su estudio retrospectivo en el año 2020, se halló en 80 gestantes de edades mayor a 35 años las complicaciones maternas más frecuentes, estas fueron: ruptura prematura de membranas con un 25 %, trastornos hipertensivos en 16,2 % y aborto espontáneo con 13,7 %; dentro de las complicaciones fetales se encontraron: prematuridad con 17,5 %, bajo peso al nacer con 17,5 % y síndrome de dificultad respiratoria con 11,2%⁽³⁴⁾.

Elenga N. et al. En su estudio que tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre los diferentes tipos de terapia antirretroviral (TAR) y el parto prematuro en el año 2020, se encontró que en las gestantes con infección por el VIH tenían más probabilidades de presentar un parto prematuro (odds ratio ajustado= 3,9) que las que no. Se asoció una tasa más alta de nacimientos prematuros con el TAR enfocado en inhibidores de la proteasa que cuando utilizaban un régimen de TAR basado en inhibidores de la transcriptasa inversa. Debido al reducido tamaño muestral, este desenlace debe considerarse con prudencia y cautela⁽¹⁹⁾.

Hung TC et al. En su estudio de casos y controles, en el año 2020 se encontró 40 mujeres con VIH, 29 de ellas (72.5%) consumían drogas. De las mujeres con VIH positivo, las que recibieron el TAR antes de la primera visita perinatal fue el 17% y el 75,6% logró la supresión viral antes del parto. El peso fetal fue menor en los que estaban expuestos al VIH y TAR ($p < 0,001$). Las tasas de parto pretérmino fueron de 28,9% en las pacientes con VIH frente a 8,9 %, ($p = 0,015$) de las que no tenían infección por VIH y los hijos pequeños para la edad gestacional fue de 28,9 % frente a 8,8 % ($p = 0,003$)⁽³⁵⁾.

Li H. et al. En su estudio de cohorte prospectivo en el año 2020 en China, se evaluaron

483 embarazadas con VIH y 966 embarazadas no infectadas por el VIH. Se encontró que la incidencia de muerte fetal es de 3,9 % frente a 1,1 %, las gestantes con VIH tuvieron 8,9% de parto prematuro (PTB) 8,9 % frente a 3,7 % con las que no tenían, 12,2% tuvieron bajo peso al nacer (BPN) frente a 3,1 % y pequeño para la edad gestacional (SGA) 21,3 % frente a 7,0%, con OR ajustadas de 2.77 , 2.37 , 4.20 y 3.26 respectivamente⁽³⁶⁾.

Yohannes Ejigu et al. En su estudio de cohorte retrospectivo en el año 2019, se estudió a 1663 gestantes expuestas a terapia antirretroviral. De la población de estudio, el 17% tuvo un parto prematuro, el 19% tuvo bebés con bajo peso al nacer y el 32% tuvo un bebé pequeño para su edad gestacional. A diferencia de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) que se usa cuando se comienza la gestación, la monoterapia con zidovudina presentó menos probabilidades de generar un parto prematuro (OR ajustado 0,35) y bajo peso al nacer (OR ajustado de 0,48) ⁽³⁷⁾.

Sebitloane HM y Moodley J. En su estudio retrospectivo en el año 2017, se evidenció que las gestantes que recibieron TARGA, antes de quedar embarazadas, tenían un riesgo mayor de partos prematuros ($P = 0,004$) además de presentar resultados perinatales no favorables ($P = 0,002$); a pesar de que las complicaciones posparto disminuyeron, las gestantes con VIH que recibieron TARGA antes del embarazo presentaron mayor riesgo de preeclampsia ($P = 0,064$)⁽³⁸⁾.

Townsend CL. Et al. En un estudio realizado en el año 2017 en Reino Unido e Irlanda, se evidenció que gestantes VIH positivas (de 40 años o más), presentaron un crecimiento de 2,1% a 8,9% en los años comprendidos del 2010 al 2014 ($P < 0,001$). A diferencia de las gestantes más jóvenes, las de mayor edad presentaron presentaban más probabilidades de tener un parto prematuro, muerte fetal (odds ratio ajustada 2,39; $P = 0,004$) o anomalía cromosómica en sus bebés⁽³⁹⁾.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Reyes KFM, Peralta FDA y Vásquez CV. En su estudio descriptivo realizado en el año 2021, se halló que los factores de riesgo asociados a transmisión vertical del VIH son: en primer lugar, ausencia de una terapia antirretroviral en el proceso de atención prenatal con razón de (ORa) ajustada que varían entre 2,41 a 17,20; en segundo lugar, la ausencia de un programa de prevención de la transmisión de la madre al hijo con ORa de 4,6 a 40,6; por último, la ausencia de controles prenatales con ORa de 4,6; parto domiciliario con ORa de 3,35 a 8,10; presentar parto de emergencia por cesárea con OR de 4,32; falta de profilaxis antirretroviral al recién nacido ORa de 3,4 a 5,83 y una carga viral alta en la gestación entre 4,0 % a 8,5%⁽⁴⁰⁾.

Carlos Velásquez-Vásquez y Marcos Espinola-Sánchez. En su estudio descriptivo, en Lima, incluyó niños con infección por VIH por transmisión vertical, nacidos entre 2012 y el 2018, se halló que el 82% de las madres de los 68 casos considerados, no recibieron tratamiento antirretroviral y el 25% obtuvo una prueba de VIH negativa durante la gestación. De los niños, el 59% tenían diagnóstico de VIH después de 1 año⁽⁴²⁾.

Peralta FDA. Et al. En su estudio retrospectivo, transversal, elaborado en el año 2017, en Perú con una población de 6475 gestantes añosas y 7645 gestantes adolescentes atendidas en el “Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes” evidencia que, las gestantes de edad avanzada presentaron con mayor frecuencia que las gestantes adolescentes complicaciones como: preeclampsia, anemia y ruptura prematura de membranas⁽⁴³⁾.

Leticia Mamani, en su estudio elaborado en el año 2017, en Lima, utilizó un total de 138 mujeres que presentaban VIH. En ella se evidenció que las complicaciones más habituales en gestantes que tienen son: la de anemia con 34,80 %, amenaza de Parto Prematuro con 31,20%, abortos Espontáneos con un 21,00%, infección de vías urinarias con un 5,10%, así como restricción de crecimiento Intrauterino con un 5,10% y otras complicaciones con 4,30%⁽⁴⁴⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH

El VIH/SIDA se ha convertido en uno de los principales problemas de salud a nivel global. Esta enfermedad, que ocasiona el fallo y el deterioro del sistema inmunológico humano, ha dejado aproximadamente 74,9 millones de personas infectadas en todo el mundo⁽⁴⁵⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) había 19,3 millones de féminas que presentaban esta infección en el 2020 a nivel mundial⁽⁴⁶⁾.

Actualmente, cerca de 38 millones de personas a nivel global padecen esta enfermedad, no obstante, la región más afectada por el VIH/SIDA es África Subsahariana, que presenta más de la mitad de los casos a nivel del mundo, con más de 25 millones de personas que tratan de convivir con esta infección. La diferenciación y la discriminación de las mujeres en este país y la falta de acercamiento a una educación y a salud, especialmente sexual y reproductiva, ha llevado a que casi el 25 % de las infecciones por el VIH en 2020 sean de mujeres en edad fecunda⁽⁴⁷⁾.

En el Caribe, las mujeres también conformaron parte de las nuevas infecciones con 35% del total de personas adultas. El escenario de Europa del Este y Asia Central no es diferente, las mujeres conforman el 31% del total de los nuevos casos por infección por VIH y en el Oriente Medio y África del Norte, el 38% de las nuevas infecciones también pertenecen a las mujeres. En Estados Unidos las cifras de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el año 2018, demostraron que, el 19% de los nuevos diagnósticos del VIH fueron entre mujeres⁽⁴⁸⁾.

En América Latina, la infección por VIH ha tenido un aumento de 21 % entre los años 2010 y 2019, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por lo que los casos de nuevas infecciones por VIH anuales han llegado a 120 mil en 2019 en comparación con 100 mil en el 2010⁽⁴⁹⁾. En los primeros 6 meses del 2020, se realizaron aproximadamente 4.000 diagnósticos menos de infección por el VIH que en el primer semestre del 2019 en ocho países de Latinoamérica y el Caribe (Guatemala, Haití,

Honduras, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, República Dominicana y Perú), debido a la falta de acceso a un adecuado tratamiento retroviral lo que afecta las poblaciones más vulnerables principalmente a las gestantes que tienen riesgos, no solo de presentar complicaciones sino de transmitir el virus de manera vertical hacia sus hijos, pudiendo generar nuevos casos⁽⁵⁰⁾.

El Perú en el 2018 tenía el 4% de los habitantes con VIH/sida respecto a América Latina, así también es el caso de la incidencia de transmisión materno infantil que representa aproximadamente el 4%; lo que está muy alejado de la meta que se planteó la OMS/OPS de tener el 2%. En la actualidad, solo 78 936 de los habitantes con VIH en nuestro país reciben tratamiento antirretroviral lo que incluye a las mujeres y gestantes que tienen este virus^(40,51,52).

2.2.2 Etiopatogenia de la infección por VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario del cuerpo humano produciendo una disminución en la capacidad de defensa contra las infecciones. El mecanismo que utiliza el VIH para debilitar el sistema inmune consta de infectar y destruir los linfocitos T CD4 progresivamente, lo que tiene como consecuencia la inmunodeficiencia del individuo, provocando infecciones oportunistas y la aparición de algunos tipos de cáncer⁽⁵³⁾.

Infecta a las células siguiendo el siguiente ciclo replicativo:

- Entrada del virus en la célula: El VIH se une a la molécula CD4, produciendo la fusión de la envuelta viral con la membrana celular.
- Transcripción inversa e integración: Tras la penetración del virus, se produce la liberación del genoma viral y se inicia la transcripción.
- Periodo de latencia: Tras la integración, el VIH puede permanecer latente, replicarse de forma controlada o sufrir una replicación masiva que resulta en un efecto citopático para la célula infectada.
- Síntesis y proceso del ARN: Dos proteínas virales son esenciales en la síntesis y el

procesamiento del ARN viral: Tat, activador potente de la transcripción, que permite la síntesis de la totalidad del ARN viral, y Rev, regulador de la expresión del virión, que codifica una proteína que facilita el transporte de los ARNm del núcleo al retículo endoplasmático.

- Traducción y maduración: Una vez sintetizadas las proteínas virales, deben ser procesadas de forma postraducciona antes de ensamblarse en partículas virales maduras. Una vez han madurado los viriones y se han ensamblado correctamente las proteínas virales, el nucleoide se desplaza a la membrana celular⁽⁵⁴⁾.

2.2.3 Mecanismo de transmisión

Para la infección por VIH se han descrito los siguientes mecanismos de transmisión:

- A través del intercambio de líquidos corporales de una persona infectada, con la sangre, el semen, la leche materna, las secreciones vaginales.
- De manera de la madre a hijo durante la gestación y el parto⁽⁵⁵⁾.

2.2.4 Estadios de la infección

En la infección por VIH se distinguen las siguientes etapas:

- **Infección aguda por el VIH:** Es la etapa más temprana de infección por este virus, se manifiesta en un periodo de dos a cuatro semanas de adquirirla. Durante este tiempo, algunos individuos tienen síntomas semejantes a los de la influenza como fiebre y dolor de cabeza. En esta fase, el virus se disemina por todo el cuerpo atacando y destruyendo progresivamente los linfocitos T CD4, que son glóbulos blancos del sistema inmunitario que luchan contra las infecciones. En este periodo agudo la concentración de ese virus en la sangre es muy alta, lo cual aumenta considerablemente su riesgo de transmisión⁽⁵⁶⁾.
- **Infección crónica por el VIH:** Conocida como la infección asintomática debido a que el VIH continúa multiplicándose, pero las concentraciones son muy bajas. Durante esta fase las personas pueden no cursar ningún tipo de

síntoma. Sin tratamiento antirretroviral, esta infección crónica puede convertirse en SIDA que es el estadio más avanzado de la enfermedad, en un periodo de 10 o más años⁽⁵⁶⁾.

- **SIDA:** Fase final de la infección por el VIH, es la más grave puesto que el virus en este tiempo ya ha destruido la mayor parte del sistema inmunitario, por lo que la persona infectada no puede luchar contra las infecciones oportunistas o cualquier tipo de cáncer que se desarrolle. Es por eso que las personas con el VIH se les diagnostica el estadio SIDA si presentan un recuento de células CD4 menores de 200/mm³⁽⁵⁶⁾.

2.2.5 Gestación y VIH

La infección por VIH en gestantes tiene un rol muy importante debido al riesgo de propagación a la población pediátrica mediante la transmisión vertical. Se estima que 1,3 millones entre mujeres que viven con la infección por VIH quedan embarazadas cada año teniendo mayores probabilidades de infectarse con este virus. En ausencia de prevención para la infección del virus, la tasa de transmisión del VIH durante la gestación, el trabajo de parto y la lactancia se encuentra del 15 % al 45 %^(57,58).

En cuanto al binomio de la gestación, la infección por el VIH presenta diversos resultados adversos tanto para la madre como para el hijo. Los resultados adversos fetales más frecuentes son dos: el tamaño pequeño para la edad gestacional y el bajo peso al nacer; y dentro de las complicaciones maternas que se pueden presentar en gestantes con VIH es el parto prematuro, por lo que existe más riesgo de complicaciones en mujeres con infección por VIH que en mujeres que no soportan el virus⁽⁵⁹⁾.

2.2.6 Diagnóstico

Para el diagnóstico de la infección se pueden usar las siguientes pruebas:

- **ELISA:** Esta prueba determina la presencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Si los resultados son negativos, determinan que un individuo no está infectado con el VIH. Si resulta positivo, conducen a una segunda prueba para confirmar los

resultados⁽⁶⁰⁾.

- **Western Blot:** Se utiliza para confirmar un resultado positivo de la prueba Elisa. Una prueba Elisa positiva y una prueba de Western Blot positiva nos brinda una precisión del 99,9% para detectar la infección⁽⁶⁰⁾.
- **PCR:** Indica la presencia del VIH en la estructura genética de cualquier persona infectada⁽⁶⁰⁾.

Considerando las pruebas mencionadas, se diagnostica infección por VIH si se presenta:

- Dos pruebas rápidas para detección de anticuerpos para VIH con resultados reactivos.
- Una prueba rápida de detección de anticuerpos para VIH y una prueba rápida para detección de anticuerpos y antígenos para VIH, con resultados reactivos.
- Una prueba rápida para VIH y una ELISA para VIH con resultados que sean reactivos.
- Una prueba rápida de VIH con resultado reactivo y una prueba confirmatoria por inmunoblot positiva⁽⁶¹⁾.

Para prevenir la transmisión materno-infantil se debe considerar los siguientes escenarios.

- **Primer escenario:** Se define a la gestante con infección por VIH que es diagnosticada durante la atención prenatal o que tiene un diagnóstico anterior a la atención pero que no recibe tratamiento antirretroviral (TAR)⁽⁶²⁾.
- **Segundo escenario:** Se considera a la gestante con VIH que recibió TAR antes de su gestación⁽⁶²⁾.
- **Tercer escenario:** Es una gestante infectada con el VIH y que el diagnóstico se le realiza por primera vez cuando ingresa en labor del parto⁽⁶²⁾.

2.2.7 Tratamiento

El tratamiento antirretroviral (TAR) debe iniciarse lo antes posible y se debe contar con una evaluación médica completa al inicio del TAR, enfatizado en la

inmunosupresión del paciente y la presencia de enfermedades oportunistas. El ingreso del tratamiento retroviral es totalmente voluntario previa información al paciente⁽⁶³⁾.

2.2.7.1 Tratamiento antirretroviral en la gestante:

- a. Se debe empezar a toda gestante que cuente con resultado positivo a dos de las pruebas rápidas para VIH de distintos laboratorios.
- b. Se debe pedir el recuento de Linfocitos CD4, así como la carga viral, y con la prueba que confirma el diagnóstico.
- c. El comienzo de la terapia antirretroviral no está adherido o condicionado a la recepción de los resultados de las pruebas de CD4, carga viral o de otra prueba de VIH en la gestante⁽⁶⁴⁾.

2.2.7.2 Esquema en la gestante

El esquema de elección en la gestante es de Tenofovir 300 mg/Emtricitabina 200mg (TDF/FTC) más Raltegravir 400 mg (RAL). La posología de TDF/FTC es de una tableta cada veinticuatro horas vía oral más una tableta de RAL cada doce horas vía oral⁽⁶²⁾.

Dentro de los esquemas alternativos en el caso que no haya dosis fija combinada se utiliza Tenofovir de 300 mg (TDF) más Lamivudina de 150 mg (3TC) más Raltegravir de 400 mg (RAL). Se administra el TDF una tableta cada veinticuatro horas vía oral más 3TC también una tableta cada doce horas vía oral más RAL una tableta cada doce horas vía oral⁽⁶²⁾.

Cuando hay contraindicación absoluta del uso de Tenofovir la primera opción a utilizar es Zidovudina/Lamivudina (AZT/3TC) más Raltegravir de 400 mg (RAL). La AZT/3TC se debe administrar una tableta cada doce horas más RAL una tableta cada doce horas. Como segunda opción se debe utilizar Abacavir 300mg/lamivudina de 300mg (ABC/3TC) más Raltegravir de 400 mg. El ABC/3TC se debe administrar una tableta cada veinticuatro horas más RAL una tableta cada doce horas⁽⁶²⁾.

Cuando existe contraindicación absoluta al uso de Raltegravir se utiliza Tenofovir de 300 mg/Emtricitabina de 200 mg /Efavirenz de 600 mg (TDF/FTC/EFV) una tableta cada veinticuatro horas en caso no se cuente con disponibilidad de dosis fija combinada, se administrará por separado el esquema de antirretrovirales⁽⁶²⁾.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUAL

2.3.1. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH): Retrovirus cuyo genoma está conformado por ARN que, por transcripción inversa, genera un ADN y lo incorpora a la célula huésped.

2.3.2. Preeclampsia: Es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto, que tiene repercusiones tanto en la madre como el feto⁽⁶⁵⁾.

2.3.3. Ruptura prematura de membranas: Es aquella que ocurre antes del inicio del trabajo de parto, se puede presentar antes o después de las 37 semanas de edad gestacional⁽⁶⁶⁾.

2.3.4. Parto pretérmino: Se define como aquella que ocurre antes del inicio de trabajo de parto, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como aquel que se produce entre las semanas 22 y 36,6 de gestación⁽⁶⁷⁾.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

H1: Existe asociación entre la presentación de complicaciones obstétricas y la infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

H0: No existe asociación entre la presentación de complicaciones obstétricas y la infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

3.2.2 HIPÓTESIS ESPECIFICAS

- Existe asociación entre la presentación de preeclampsia y la infección por VIH en gestantes.
- Existe asociación entre la presentación de parto prematuro y la infección por VIH en gestantes.
- Existe asociación entre la presentación de ruptura prematura de membranas y la infección por VIH en gestantes.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES

Complicaciones obstétricas:

- Preeclampsia
- Parto prematuro
- Ruptura prematura de membranas

3.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Gestantes con infección por VIH
- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Procedencia

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene el siguiente diseño:

- Por enfoque metodológico: Cuantitativo, ya que recolectará datos con base en la medición numérica y análisis estadístico.
- Por alcance: Analítico de tipo cohorte.
- Por toma de datos: Retrospectivo, por lo que se tomaran datos que ocurrieron en el pasado.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población de estudio está conformada por 50486 gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa durante el periodo enero 2007 a diciembre 2021.

4.2.2 TAMAÑO MUESTRAL-POTENCIA ESTADÍSTICA

El presente trabajo de investigación se realizó con historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, la selección de la muestra fue no probabilística, por conveniencia. Teniendo 563 pacientes obtenidos de la base de datos del centro hospitalario, siendo esta una muestra representativa debido a su fácil acceso, por lo que no se necesitó de una fórmula muestral. Para garantizar la significancia estadística del estudio, se calculó la potencia estadística. Se tomó como referencia el estudio de Li H, Liu J, Tan D, Huang G, Zheng J, Xiao J, et al, un estudio de cohorte en donde se estudió a 483 gestantes con VIH y 966 gestantes que no habían contraído VIH, en este estudio se reconoce como complicación obstétrica de gestantes con VIH al parto prematuro; teniendo 8,9% frente a 3,7% de gestantes que no estaban expuestas.

Se utilizó un nivel de confianza del 95%, y razón de los tamaños muestrales de 2; teniendo en cuenta que la población de este estudio es de 563 pacientes, se calculó

la potencia estadística en EPIDAT versión 4.2, dando como resultado una potencia estadística de 70,2%. Si bien es una limitación por no alcanzar el 80%, es una potencia significativa.

Datos:

Riesgo en expuestos:	8,900%
Riesgo en no expuestos:	3,700%
Riesgo relativo a detectar:	2,405
Razón no expuestos/expuestos:	2,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
563	70,2

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

4.1.1 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Gestantes que se atendieron en el Hospital Amazónico en el período 2007 y 2021.
- Diagnóstico de infección por VIH.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas
- Historias clínicas extraviadas
- Historias clínicas ilegibles

4.3 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Para operacionalización de variables de esta investigación se realizó un esquema en donde se detalla cada variable. (Ver anexo N°08) Se tomaron como variables dependientes a la preeclampsia, a la ruptura prematura de membranas y al parto prematuro. Así mismo, entre las variables independientes se consideró la edad, el estado

civil y el grado de instrucción.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder realizar este trabajo de investigación, en primer lugar, se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación de la Universidad Ricardo Palma por el acuerdo de Consejo de Facultad. Posterior a ello se requirió de la autorización al Hospital Amazónico de Yarinacocha de Pucallpa para realizar la presente investigación, siendo evaluado, corregido y aprobado con los estándares señalados en el Reglamento y Manual de Procedimientos de dicha institución. Se accedió a las historias clínicas y a la base de datos, recabando la información de los pacientes que cumplieron tanto los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de estudio, 2007-2021.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información para el presente estudio retrospectivo, se solicitó la autorización de la oficina de investigación y de ética del Hospital Amazónico para la obtención de las historias clínicas del periodo 2007 al 2021. En donde se utilizó una ficha de recolección de datos y se recaudó la información de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

4.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron recolectados y registrados en una Hoja de Cálculo de Microsoft Excel. Se utilizó el programa R (versión 3.14) para el análisis correspondiente. Para la estadística descriptiva se utilizaron tablas de frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, para el análisis bivariado, se utilizó chi cuadrado y el test exacto de Fisher, y para el análisis multivariado se realizó una regresión lineal de Poisson con varianza robusta en las variables de complicaciones obstétricas y la variable de infección por VIH que dio como resultado es la razón de proporciones (IRR) con IC de 95%, se considera también el valor $p < 0.05$ como significativo, ajustado a las variables cualitativas grado de instrucción, procedencia y estado civil. Para el análisis de las variables cuantitativas se determinó primero si presentó distribución normal con la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Ese no fue el resultado por lo que fue expresado en mediana con su rango intercuartílico; para el análisis bivariado se utilizó la prueba de U de Mann Whitney en las muestras que no presentaron normalidad en su distribución.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

La siguiente investigación fue revisada por el comité de ética del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB) con el código PG 001 2023-c. Así mismo, se solicitó las autorizaciones respectivas al Hospital Amazónico para la realización del estudio de investigación respetando la confidencialidad de los datos de las historias clínicas contando con los principios de beneficencia – no maleficencia.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

El presente estudio comprendió un total de 563 gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa durante el período de enero de 2007 a diciembre de 2021

En la tabla 1, se presentan las variables demográficas expresadas en totales y porcentaje. Se tiene que las características más frecuentes para cada variable sería la de una gestante con grado de instrucción en secundaria (60%), con estado civil conviviente (83%) y, quedando como procedencia de zona urbana (76%).

Tabla 1. Características demográficas de gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

	N = 563
Edad	
	24 (20 – 30) *
Grado de instrucción	
Iletrada	5 (0.89%)
Primaria	143 (25.40%)
Secundaria	341 (60.57%)
Superior	74 (13.14%)
Estado civil	
Soltera	41 (7.28%)
Casada	53 (9.41%)
Conviviente	468 (83.13%)
Divorciada	1 (0.18%)

Procedencia	
Rural	132(23.45%)
Urbano	431 (76.55%)
Infección por VIH	
No	425 (75.49%)
Si	138 (24.51%)
Preeclampsia	
No	533 (94.67%)
Si	30 (5.33%)
Parto prematuro	
No	525 (93.25%)
Si	38 (6.75%)
Ruptura prematura de membranas	
No	537 (95.38%)
Si	26 (4.62%)
n (%)	*Mediana (rango intercuartílico)

En la tabla 2, se realizó el análisis bivariado entre las variables de complicaciones obstétricas y las variables demográficas de las gestantes, mediante el cual se encontró asociación estadística entre la procedencia y presentar preeclampsia con $p=0.028$. No se encuentran otras asociaciones entre las variables de complicaciones obstétricas y las variables demográficas.

Tabla 2. Análisis bivariado de las complicaciones obstétricas asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

	Preeclampsia			Parto prematuro			Ruptura prematura de membranas		
	No, N = 533	Si, N = 30	p-value	No, N = 525	Si, N = 38	p-value	No, N = 537	Si, N = 26	p-value
Edad			0.139***			0.958***			0.209***
	24(20-30)*	27.9 +- 8.4**		24(20-30)*	23.5(19.7-34.2)*		24(20-31)*	25.5 +- 7.2**	
Grado de instrucción			0.147			0.057			0.719
Iletrada	5 (100.00%)	0 (0.00%)		3 (60.00%)	2 (40.00%)		5 (100.00%)	0 (0.00%)	
Primaria	130 (90.91%)	13 (9.09%)		132 (92.31%)	11 (7.69%)		135 (94.41%)	8 (5.59%)	
Secundaria	326 (95.60%)	15 (4.40%)		322 (94.43%)	19 (5.57%)		327 (95.89%)	14 (4.11%)	
Superior	72 (97.30%)	2 (2.70%)		68 (91.89%)	6 (8.11%)		70 (94.59%)	4 (5.41%)	
Estado civil			0.534			0.404			0.094
Soltera	38 (92.68%)	3 (7.32%)		38 (92.68%)	3 (7.32%)		36 (87.80%)	5 (12.20%)	
Casada	52 (98.11%)	1 (1.89%)		52 (98.11%)	1 (1.89%)		52 (98.11%)	1 (1.89%)	
Conviviente	442 (94.44%)	26 (5.56%)		434 (92.74%)	34 (7.26%)		448 (95.73%)	20 (4.27%)	
Divorciadaa	1 (100.00%)	0 (0.00%)		1 (100.00%)	0 (0.00%)		1 (100.00%)	0 (0.00%)	

Procedencia			0.028			0.105			0.367
Rural	120 (90.91%)	12 (9.09%)		119 (90.15%)	13 (9.85%)		124 (93.94%)	8 (6.06%)	
Urbano	413 (95.82%)	18 (4.18%)		406 (94.20%)	25 (5.80%)		413 (95.82%)	18 (4.18%)	
Infeccion por VIH			0.112			0.15			0.22
No	406 (95.53%)	19 (4.47%)		400 (94.12%)	25 (5.88%)		408 (96.00%)	17 (4.00%)	
Si	127 (92.03%)	11 (7.97%)		125 (90.58%)	13 (9.42%)		129 (93.48%)	9 (6.52%)	
Parto prematuro			0.136						0.692
No	499 (95.05%)	26 (4.95%)					501 (95.43%)	24 (4.57%)	
Si	34 (89.47%)	4 (10.53%)					36 (94.74%)	2 (5.26%)	
RPM			0.642			0.692			
No	509 (94.79%)	28 (5.21%)		501 (93.30%)	36 (6.70%)				
Si	24 (92.31%)	2 (7.69%)		24 (92.31%)	2 (7.69%)				
Preeclampsia							0.136		0.642
No				499.00 (93.62%)	34(6.38%)		509 (95.50%)	24.00 (4.50%)	
Si				26.00 (86.67%)	4 (13.33%)		28 (93.33%)	2.00 (6.67%)	

n (%). RPM: Rotura prematura de membranas.

Análisis realizado con prueba de Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

*Mediana (Rango intercuartílico) **Media +- Desviación estándar ***Análisis de U de Mann Whitney para muestras con distribución no paramétrica

En la tabla 3, se realizó una regresión lineal de Poisson con varianza robusta en las variables de complicaciones obstétricas y la variable de infección por VIH. De todas estas variables, las gestantes infectadas tienen 1.42 veces de probabilidad de preeclampsia; 1,49 veces probabilidad de tener parto prematuro; 1.25 veces probabilidad de tener ruptura prematura de membranas, en comparación a en comparación a las gestantes no portadores del virus. Sin embargo, este resultado no es estadísticamente significativo en ninguno de los casos.

Tabla 3. Regresión lineal de Poisson de las complicaciones obstétricas asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

	Preeclampsia			Parto prematuro			Ruptura prematura de membranas		
	PRa	95% CI	p-value	PRa	95% CI	p-value	PRa	95% CI	p-value
Infeccion por VIH									
No	—	—		—	—		—	—	
Si	1.42	0.67, 2.99	0.357	1.49	0.65, 3.43	0.346	1.25	0.66, 2.38	0.495

IRR = Incidence Rate Ratio, CI = Confidence Interval

5.2 DISCUSION DE RESULTADOS

En la última década la prevalencia de VIH en gestantes aumentó en 20%, de 100000 a 120000^a nivel mundial⁽⁸⁾. Esto no es diferente en el oriente del Perú en donde la prevalencia de VIH en el año 2021 específicamente en la región Ucayali fue de 435⁽⁶⁸⁾, región en la que se realizó el presente trabajo, durante el periodo 2007 a 2021.

Al analizar sus características demográficas, se encontró que el lugar de procedencia se asoció a desarrollar preeclampsia como complicación obstétrica. Hallazgo es compatible con otros estudios dónde también se asocia el nivel socioeconómico en estos casos. Como lo menciona Ángela Méndez y cols., en su trabajo de investigación en donde el 21% de gestantes tuvo complicaciones alrededor del parto y el 28,7% complicaciones posterior al parto debido al menor número de controles prenatales asociados al nivel socioeconómico, lugar de procedencia y nivel educativo⁽⁶⁹⁾. El acceso a servicios de salud en esta provincia tiene sus limitaciones, principalmente por la demografía complicada característica de la Amazonía⁽⁷⁰⁾, siendo esto uno de las principales motivos de los problemas de salud en la selva peruana.

Cuando se analizó si existe asociación entre las complicaciones obstétricas y la infección por VIH en gestantes no se encontró asociación estadística, en contraste con otros estudios donde se encuentra asociación entre estas variables. Ganguly et al⁽⁴⁾ encontró asociación entre la infección por VIH en gestantes y la incidencia de nacidos muertos (6,7/1000) al compararlo con gestantes seronegativas (5/1000) y que era menor cuando la gestante iniciaba terapia antirretroviral con un RR = 0,09 (IC 95% 0.05-0.16). Li et al⁽³⁶⁾, encontró asociación entre la infección por VIH y complicaciones obstétricas y perinatales como muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y recién nacido pequeño para la edad gestacional.

Para nuestro estudio, no se logró recolectar información asociado a la farmacoterapia anti retroviral TARV debido a que las historias clínicas no contaban en todos los casos con esa información debido a que algunas gestantes solo llegaban al hospital durante el trabajo de parto sin atenciones previas en el establecimiento de salud. La TARV se divide en 3 grupos: Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (ITIN), inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN) e inhibidores de las proteasas (IP)⁽⁷¹⁾, y son consideradas no teratogénicas. Sin embargo, esto tiene importancia debido a que en otros estudios se

encuentra asociación entre el uso del TARV y complicaciones obstétricas, no necesariamente complicaciones mayores como malformaciones. Por otro lado Calvo et al⁽⁷²⁾, en su estudio descriptivo, encuentran una frecuencia considerable de complicaciones en gestantes con TARV, sin embargo, no realizan análisis estadísticos de asociación por lo que no consideran sus hallazgos como concluyentes. En el estudio realizado por Delicio et al⁽⁷³⁾, encontró que en 793 gestantes que recibieron TARV, 82% presentó al menos un efecto adverso de tipo leve como dislipidemia(82%), anemia(56%) y alteración en las enzimas hepáticas (54%), no se encontraron efectos graves como malformaciones congénitas en los recién nacidos, además, los efectos adversos presentados ya eran conocidos propios de los fármacos de TARV utilizados, en contraste, encontraron que un recuento de CD4 superior a 200 células/mm³ es protector frente a los efectos adversos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- a) Se encontró que dentro de las características demográficas; el lugar de procedencia se asoció a desarrollar preeclampsia como complicación obstétrica.
- b) No se encontró asociación entre infección por VIH y presentar preeclampsia como complicación obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo de enero 2007 a diciembre de 2021.
- c) No se encontró asociación entre la infección por VIH en gestante y presentar parto pretérmino como complicación obstétrica en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.
- d) No se encontró asociación entre la infección por VIH en gestante y presentar rotura prematura de membranas como complicación obstétrica en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo enero 2007 a diciembre del 2021.

6.2. RECOMENDACIONES

- a) Se sugiere para próximos estudios ampliar la muestra de gestantes con VIH usando información de otros hospitales o centros de salud de la región que cuente con características similares en la población.
- b) Se recomienda explorar no sólo las posibles complicaciones obstétricas también las complicaciones que se puedan presentar en el neonato.
- c) Se sugiere investigar si el uso de terapia antirretroviral tiene algún efecto en las gestantes con VIH.
- d) Se sugiere contar con la carga retroviral de las pacientes con infección por VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Infección por el VIH [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-06-2015-who-validates-elimination-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-in-cuba>
3. Castro Rodríguez A de la C, Cisneros Áreas JL, Maillo Fonseca AE, Espinosa Guerra AI, Castro Rodríguez A de la C, Cisneros Áreas JL, et al. Caracterización epidemiológica de las gestantes seropositivas al VIH Provincia Granma. Año 1986 - 2017. *Multimed.* agosto de 2019;23(4):606-23.
4. Ganguly S, Chakraborty D, Goswami DN, Biswas S, Debnath F, Saha MK. High Stillbirth Rate among Human Immunodeficiency Virus-Infected Pregnant Women in West Bengal, India: a Retrospective Cohort Study. *Jpn J Infect Dis.* 30 de septiembre de 2021;74(5):424-8.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 16 de noviembre de 2022]. 77 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>

6. Al Hasani NAS, Al Dughaihi T, Balkhair AA. HIV and Pregnancy: A Retrospective Descriptive Cross-sectional Study of Prevalence, Maternal, Obstetrical, and Neonatal Outcome at a Tertiary Care Hospital in Oman. *Oman Med J*. 30 de noviembre de 2021;36(6):e321.
7. Murillo JMA, Vera DRZ, Vera CIA, Zambrano VPP. Perfil Epidemiológico del VIH en Latinoamérica. *RECIMUNDO*. 30 de enero de 2019;3(1):232-58.
8. Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada>
9. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA [Internet]. CDC MINSa. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica-del-vih-sida/>
10. VIH y sida [Internet]. [citado 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
11. Menos del 60 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en África Occidental y Central tienen acceso a los servicios necesarios para eliminar la transmisión vertical del VIH [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2021/april/20210419_vertical-transmission-of-hiv
12. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
13. Resumen — Informe mundial sobre el sida 2022 [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update-summary>
14. Li H, Liu J, Tan D, Huang G, Zheng J, Xiao J, et al. Maternal HIV infection and risk of adverse pregnancy outcomes in Hunan province, China. *Medicine (Baltimore)*. 21 de febrero de 2020;99(8):e19213.
15. Worku WZ, Azale T, Ayele TA, Mekonnen DK. Effects of HIV Infection on Pregnancy Outcomes Among Women Attending Antenatal Care in Referral Hospitals of the Amhara Regional State, Ethiopia: A Prospective Cohort Study. *Int J Womens Health*. 23 de septiembre de 2022;14:1405-23.
16. Posadas-Robledo FJ. Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea? *Ginecol Obstet México*. 2018;86(6):374-82.
17. Trindade L de NM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Ferreira AMR, Corrêa GM, Andrade NCO. HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 22 de enero de 2021 [citado 16 de noviembre de 2022];74. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/bBbKgXFybMqFpsvm5ScBFWv/?lang=en>

18. Mozalyova OL, Леонидовна МО, Samarina AV, Валентиновна СА. Specific features of pregnancy and delivery in HIV-infected women. *J Obstet Womens Dis*. 16 de agosto de 2021;70(3):103-13.
19. Elenga N, Djossou FÉL, Nacher M. Association between maternal human immunodeficiency virus infection and preterm birth: A matched case-control study from a pregnancy outcome registry. *Medicine (Baltimore)*. 29 de enero de 2021;100(4):e22670.
20. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. *Acta Med Port*. 29 de marzo de 2019;32(3):219-26.
21. Tukei VJ, Hoffman HJ, Greenberg L, Thabelo R, Nchephe M, Mots'oane T, et al. Adverse Pregnancy Outcomes Among HIV-positive Women in the Era of Universal Antiretroviral Therapy Remain Elevated Compared With HIV-negative Women. *Pediatr Infect Dis J*. septiembre de 2021;40(9):821-6.
22. Yee LM, Jacobson DL, Haddad LB, Jao J, Powis KM, Kacanek D, et al. Evaluating the association of antiretroviral therapy and immune status with hypertensive disorders of pregnancy among people with HIV. *AIDS Lond Engl*. 1 de septiembre de 2023;37(11):1715-23.
23. HIV and Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.hilarispublisher.com/open-access/hiv-and-pregnancy-maternal-and-neonatal-outcomes-96195.html>
24. Fentie EA, Yeshita HY, Bokie MM. Low birth weight and associated factors among HIV positive and negative mothers delivered in northwest Amhara region referral hospitals, Ethiopia, 2020 a comparative cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(2):e0263812.
25. Wu M, Yan Y, Zou S, Wu S, Feng L, Liu Y, et al. Adverse pregnancy outcomes among pregnant women living with HIV in Hubei province, China: prevalence and risk factors. *AIDS Care*. marzo de 2023;35(3):351-8.
26. Worku WZ, Azale T, Ayele TA, Mekonnen DK. Effects of HIV Infection on Pregnancy Outcomes Among Women Attending Antenatal Care in Referral Hospitals of the Amhara Regional State, Ethiopia: A Prospective Cohort Study. *Int J Womens Health*. 2022;14:1405-23.
27. Brandon O, Chakravarti S, Hemelaar J. Trends in management and outcomes of pregnant women living with HIV between 2008-2013 and 2014-2019: A retrospective cohort study. *Front Med*. 2022;9:970175.
28. Al Hasani NAS, Al Dughaiishi T, Balkhair AA. HIV and Pregnancy: A Retrospective Descriptive Cross-sectional Study of Prevalence, Maternal, Obstetrical, and Neonatal Outcome at a Tertiary Care Hospital in Oman. *Oman Med J*. 30 de noviembre de 2021;36(6):e321.
29. Venkatesh KK, Morrison L, Tuomala RE, Stek A, Read JS, Shapiro DE, et al. Profile of Chronic Comorbid Conditions and Obstetrical Complications Among Pregnant Women With Human Immunodeficiency Virus and Receiving Antiretroviral Therapy in the United States. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 de septiembre de 2021;73(6):969-78.

30. Shinar S, Agrawal S, Ryu M, Walmsley S, Serghides L, Yudin MH, et al. Perinatal outcomes in women living with HIV-1 and receiving antiretroviral therapy-a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* febrero de 2022;101(2):168-82.
31. Loyola F, Ramírez A, Varas A. El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* diciembre de 2021;86(6):554-62.
32. Jacobson DL, Neri D, Gaskins A, Yee L, Mendez AJ, Hendricks K, et al. Maternal anemia and preterm birth among women living with HIV in the United States. *Am J Clin Nutr.* 1 de junio de 2021;113(6):1402-10.
33. Floridia M, Pinnetti C, Masuelli G, Spinillo A, Savasi VM, Liuzzi G, et al. CD4/CD8 ratio in pregnant women with HIV and its association with pregnancy outcome: data from a national study in Italy. *Infection.* octubre de 2021;49(5):955-64.
34. Gonzales NBV, González CG, Villao AJP, Macias JLD, Paredes ICC. COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN EMBARAZADAS AÑOSAS. CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE, 2020 : Maternal-fetal complications in elderly pregnant women. San Jacinto de Buena Fe Health Center, 2020. *Más Vita.* 1 de julio de 2022;4(2):257-66.
35. Hung TC, Lu LC, Lin MH, Hu YC, Cheng CY, Cheng SH, et al. Characteristics of HIV-positive pregnant women and HIV- and antiretroviral therapy-exposed fetuses: A case-control study. *J Infect Dev Ctries.* 31 de agosto de 2020;14(8):901-7.
36. Li H, Liu J, Tan D, Huang G, Zheng J, Xiao J, et al. Maternal HIV infection and risk of adverse pregnancy outcomes in Hunan province, China: A prospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* febrero de 2020;99(8):e19213.
37. Ejigu Y, Magnus JH, Sundby J, Magnus MC. Pregnancy outcome among HIV-infected women on different antiretroviral therapies in Ethiopia: a cohort study. *BMJ Open.* 1 de agosto de 2019;9(8):e027344.
38. Sebitloane HM, Moodley J. Maternal and obstetric complications among HIV-infected women treated with highly active antiretroviral treatment at a Regional Hospital in Durban, South Africa. *Niger J Clin Pract.* noviembre de 2017;20(11):1360-7.
39. Townsend CL, de Ruiter A, Peters H, Nelson-Piercy C, Tookey P, Thorne C. Pregnancies in older women living with HIV in the UK and Ireland. *HIV Med.* agosto de 2017;18(7):507-12.
40. Reyes KFM, Peralta FDA, Vásquez CV. Factores de riesgo asociados a la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana durante la gestación. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 2021;10(1):27-36.
41. Villalva-Luna JL, Prado JJV, Villalva-Luna JL, Prado JJV. Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú. *Rev Fac Med Humana.* octubre de 2020;20(4):581-8.
42. Velásquez-Vásquez C, Espinola-Sánchez M. Caracterización de niños con VIH por transmisión materno-infantil atendidos en hospitales de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 5 de noviembre de 2020;37(4):694-9.

43. Peralta FDA, Montejo OAB, Ríos EG, Figueroa AL, Asmat CC, Ríos OL. Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes. Rev Peru Investig Materno Perinat. 2017;6(1):41-5.
44. Mamani Marca L. Complicaciones en pacientes embarazadas portadores del virus VHI – SIDA atendidas en e Hospital María Auxiliadora de setiembre del 2012 a diciembre del 2016. 2017.
45. En África cerca de uno de cada 25 adultos está infectado con el VIH/Sida [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/en-áfrica-cerca-de-uno-de-cada-25-adultos-está-infectado-con-el-vih-sida/1672177>
46. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021 [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240027077>
47. Las mujeres y las niñas soportan la mayor carga del VIH en África subsahariana [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2022/march/20220307_women-girls-carry-heaviest-hiv-burden-sub-saharan-africa
48. ONU Mujeres [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2022]. Hechos y cifras: el VIH y el SIDA. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
49. Las nuevas infecciones por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década, dice la OPS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/30-11-2020-new-hiv-infections-rose-more-20-latin-america-last-decade-paho-says>
50. Noticias ONU [Internet]. 2020 [citado 27 de noviembre de 2022]. El VIH, un grave problema de salud pública en América Latina exacerbado por la pandemia. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/12/1484902>
51. Enríquez Canto Y, Díaz Gervasi GM, Menacho Alvirio LA. Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. Rev Panam Salud Pública. 8 de mayo de 2020;44:e27.
52. ¿Qué es el VIH y SIDA? [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/16439-que-es-el-vih-y-sida>
53. Ta TM, Malik S, Anderson EM, Jones AD, Perchik J, Freylikh M, et al. Insights Into Persistent HIV-1 Infection and Functional Cure: Novel Capabilities and Strategies. Front Microbiol [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2022.862270>
54. Codina C, Martín MT, Ibarra O. de la inmunodeficiencia humana. :24.
55. Formas en que se puede transmitir el VIH | Transmisión del VIH | Fundamentos del VIH | VIH/SIDA | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/ways-people-get-hiv.html>

56. Las fases de la infección por el VIH | NIH [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
57. Verma U, Asopa V, Gupta E, Gupta E, Lal P, Prakash P. Vertical transmission of HIV, Where do we stand ? Study done in PPTCT center – in a tertiary level of hospital of Western Rajasthan. J Fam Med Prim Care. 27 de agosto de 2021;10(8):2775-80.
58. Mother-to-child transmission of HIV [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>
59. Shinar S, Agrawal S, Ryu M, Walmsley S, Serghides L, Yudin MH, et al. Perinatal outcomes in women living with HIV-1 and receiving antiretroviral therapy—a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2022;101(2):168-82.
60. editor. American Pregnancy Association. 2019 [citado 23 de noviembre de 2022]. HIV/AIDS During Pregnancy. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/hiv-aids-during-pregnancy/>
61. Resolución Ministerial N°1024-2020-MINSA.pdf [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>
62. 5015.pdf [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
63. Cuándo empezar el tratamiento antirretroviral | NIH [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/cuando-empezar-el-tratamiento-antirretroviral>
64. 5015.pdf [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
65. Día de Concientización sobre la Preeclampsia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
66. Vásquez MO. Ruptura prematura de membranas. Rev Medica Sinerg. 22 de noviembre de 2020;5(11):e606-e606.
67. Flores-Venegas SR, Germes-Piña F, Levario-Carrillo M, Flores-Venegas SR, Germes-Piña F, Levario-Carrillo M. Complicaciones obstétricas y perinatales en pacientes con anemia. Ginecol Obstet México. 2019;87(2):85-92.
68. Situación epidemiológica del VIH-sida en el Perú [Internet]. [citado 5 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html

69. Méndez A, Morales E, Chanduví W, Arango-Ochante PM, Méndez A, Morales E, et al. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Rev Fac Med Humana. octubre de 2021;21(4):758-69.
70. Iglesias-Osores S, Saavedra-Camacho JL. Acceso a los servicios de salud de comunidades indígenas en Perú. Rev Salud Amaz Bienestar. 23 de marzo de 2023;2(1):e523-e523.
71. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana y gestación. Prog Obstet Ginecol. 1 de agosto de 2007;50(8):508-18.
72. Calvo Alemán M, de la Calle M, Montes Ramírez ML, Escosa García L, Elorza MD, González García J, et al. Complicaciones obstétricas relacionadas con la terapia antirretroviral en gestantes infectadas por el VIH. Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 5 de febrero de 2024];49(1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-complicaciones-obstetricas-relacionadas-con-terapia-S0210573X21000721>
73. Delicio AM, Lajos GJ, Amaral E, Lopes F, Cavichioli F, Myioshi I, et al. Adverse effects of antiretroviral therapy in pregnant women infected with HIV in Brazil from 2000 to 2015: a cohort study. BMC Infect Dis. 27 de septiembre de 2018;18:485.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE
PUCALLPA DURANTE EL PERIODO 2007-2021”**

Que presenta la señorita **SCARLETT DESSIRÉ IBAZETA MARINO** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

MG. GINO PATRÓN ORDÓNEZ
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 29 de Noviembre de 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Mannuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, **Scarlett Dessiré Ibazeta Marino** de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

MG. Gino Patrón Ordoñez

Lima, 13 de febrero de 2024

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



Oficio electrónico N°0027-2024-INICIB-D

Lima, 13 de febrero de 2024

Señorita
SCARLETT DESSIRÉ IBAZETA MARINO
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO 2007-2021", presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

A circular stamp of the Universidad Ricardo Palma is visible, with a handwritten signature in blue ink over it.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

"Formamos seres humanos para una cultura de paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú | Anexo 6016
www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO



“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”

Yarinacocha 19 de febrero del 2024.

CARTA N° 048 - 2024-GRU-DIRESA-HAYA.

Señorita
SCARLETT DESSIRÉ IBAZETA MARINO
Solicitante
Ciudad.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA OBTENER DATOS

REF. : SOLICITUD.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo referirme a su solicitud de fecha 13/02/2024, mediante la cual solicita autorización para ingresar a las instalaciones del Hospital Amazónico, con la finalidad de obtener datos de las historias clínicas y revisión del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000) para realizar un estudio de investigación denominado **“COMPLICACIONES OBSTETRICAS ASOCIADAS A INFECCION POR VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO 2007 – 2021”.**

Al respecto debo manifestar a usted, que se autoriza su solicitud para la ejecución de dicho pedido, permitiendo realizar y dar las facilidades a la solicitud de su pedido .

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

LRMBR/OE
C.c.
Archivo



MINISTERIO DE SALUD
DIRESA U
HOSPITAL AMAZONICO
MC. Lucas Renato Martin Borjas Roe
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL AMAZONICO
CMPF 59266

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO 2007-2021", que presenta la Señorita SCARLETT DESSIRÉ IBAZETA MARINO para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

MC. Arango Ochante, Pedro Mariano
PRESIDENTE

Mg. Pulido Murillo, Eduardo Alberto
MIEMBRO

Dra. Rubín de Celis Massa, Verónica Eliana
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas PhD Msc
Director de Tesis

Mg. Gino Patrón Ordoñez.
Asesor de Tesis

Lima 04 de Marzo del 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

SCARLETT DESSIRÉ IBAZETA MARINO

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN
POR VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO 2007-2021”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 13 de febrero de 2024.

 Dr. Henry De La Cruz Vargas Presidente del Curso Taller	 Dra. María del Socorro Alarista-Gutiérrez-Vda. de Bumbaren Decana
---	--

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico	Técnicas e instrumentación	Población y muestra
¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2017 a diciembre del 2021?	<p>Objetivo general: Identificar las complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2017 a diciembre del 2021.</p> <p>Objetivo específico: Definir las características demográficas, clínicas y sociales de la población de estudio.</p> <p>Identificar si la preeclampsia es una complicación obstétrica asociada a infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2017 a diciembre del 2021.</p> <p>Identificar si el parto pretérmino es una complicación</p>	<p>Hipótesis general Existe asociación entre la presentación de complicaciones obstétricas y perinatales y la infección por VIH en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico-Pucallpa en el periodo enero 2017 a diciembre del 2021.</p> <p>Hipótesis específicas Existe asociación entre la presentación de preeclampsia y la infección por VIH en gestantes. Existe asociación entre la presentación de parto prematuro y la infección por VIH en gestantes. Existe asociación entre la</p>	<p>Variable asociada Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes.</p> <p>Variable de supervisión Pacientes gestantes con VIH.</p>	Es un estudio analítico de cohorte, retrospectivo, transversal y observacional.	Para recolectar la información del estudio, se utilizará una ficha de recolección de datos y se recaudará la información de las historias clínicas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión	<p>Población La población de estudio estará conformada por las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa durante el periodo enero 2017 a diciembre 2021.</p> <p>Muestra La muestra será censal, por lo que se incluirá a la totalidad de gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Pucallpa durante el periodo de enero de 2017 a diciembre</p>

	<p>n obstétrica asociada a infección por VIH en gestantes añosas</p> <p>Determinar si la anemia es una complicación obstétrica en las gestantes añosas con VIH.</p> <p>Determinar si la rotura prematura de membranas (RPM) es una complicación obstétrica asociado a infección por VIH en la población de estudio.</p> <p>Determinar si el bajo peso al nacer es una complicación perinatal asociada a infección por VIH en la población de estudio.</p> <p>Determinar si la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) es una complicación perinatal asociado a</p>	<p>presentación de ruptura prematura de membranas y la infección por VIH en gestantes. Existe asociación entre la presentación de anemia y la infección por VIH en gestantes. Existe asociación entre la presentación de bajo peso al nacer y la infección por VIH en gestantes. Existe asociación entre la presentación de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y la infección por VIH en gestantes.</p>				<p>e de 2021.</p>
--	---	---	--	--	--	-------------------

	infección por VIH en la población de estudio.					
--	---	--	--	--	--	--

ANEXO 8: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPOS DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
Edad	Número de años del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	Razón discreta	Variable independiente cuantitativa	
Grado de Instrucción	El Nivel de Instrucción es el grado más elevado de estudios realizados	El grado más elevado que se señala en la historia clínica	Razón discreta	Variable independiente cualitativa	Iletrada=0 Primaria=1 Secundaria=2 Superior=3
Estado civil	Conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos	Estado civil señalado en la historia clínica.	Nominal	Variable independiente cualitativa	Soltera=0 Casada=1 Conviviente=2 Divorciada=3 Viuda=4
Procedencia	Lugar de origen de una persona	Procedencia rural o urbana.	Nominal	Variable independiente cualitativa	Rural=0 Urbana=1
Preeclampsia	Es una complicación del embarazo que compromete niveles altos de proteína en la orina que indiquen daño renal (proteinuria) u otros signos de daño en los órganos.	Preeclampsia Leve o severa.	Nominal	Variable dependiente cualitativa	Sí=0 No=1
Parto prematuro	Es el que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto estimada.	Partos ocurridos tres semanas antes de la fecha esperada	Nominal	Variable dependiente cualitativa	Sí=0 No=1
RPM	Ruptura de membranas, aquella que sufre una ruptura antes del parto.	Menores de 24 horas Mayores de 24 horas	Nominal	Variable dependiente cualitativa	Sí=0 No=1

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha de Recolección de Datos
**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES ASOCIADAS
 A INFECCIÓN POR VIH EN GESTANTES AÑOSAS.
 HOSPITAL AMAZÓNICO DE PUCALLPA 2007-2021**

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE					Observac.
1	Diagnóstico de infección por VIH	Si=0	No=1		

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					Observac.
3	Edad				
4	Grado de instrucción	Iletrada=0	Primaria=1		
		Secundaria=2	Superior=3		
5	Estado civil	Soltera=0	Casada=1		
		Conviviente=2	Divorciada=3		
		Viuda=4			
6	Procedencia	Rural=0	Urbana=1		

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS					Observac.
7	Preeclampsia	Si=0	No=1		
8	Parto prematuro	Si=0	No=1		
9	Ruptura prematura de membranas	Si=0	No=1		
10	Anemia	Si=0	No=1		

COMPLICACIONES PERINATALES					Observac.
11	Bajo peso al nacer	Si=0	No=1		
12	Retardo del crecimiento intrauterino	Si=0	No=1		

ANEXO 10. BASE DE DATOS (EXCEL) O EL LINK DEL ENLACE A BASE DE DATOS
EN EL INICIB-URP

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1fq8xDwmP9SkKiVPO1_q-TuH2c_Q3wu9U/edit?usp=sharing&ouid=117725055339075049518&rtpof=true&sd=true