

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON  
VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE  
TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021**



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCION DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGIA**  
**CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021**

**Autor:** Leticia Solano

Valencia, 2021



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCION DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGIA**  
**CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título  
de Especialista en Infectología

**Autor:** Leticia Solano  
**Tutor:** Isabel Díaz

Valencia, 2021

Universidad de Carabobo



Valencia - Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Sede Carabobo

## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021.**

Presentado para optar al grado de **Especialista en Infectología** por el (la) aspirante:

**SOLANO T. LETICIA J.**  
**C.I. V- 22.598.596**

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Isabel Díaz C.I. 8.836.860, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: *21/02/2022*

Prof. María Alejandra Rosas  
C.I. *9570657*  
Fecha

Prof. Isabel Díaz  
C.I. *8836860*  
Fecha

Prof. Heidi Mago  
C.I. *3589786*  
Fecha

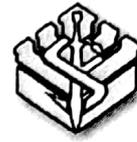
TG:

---

Bárbula-Modulo No. 13- Teléfonos (0241)8666259-Fax(0241)86665335-Correo: dae-fcs-postc.edu.ve



UNIVERSIDAD DE MEDICINA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 POST-GRADO DE INFECTOLOGIA



DIRECCION DE ASUNTOS ESTUDIANTILES  
 SEDE CARABOBO

TG-CS:78-21

**ACTA DE CONSTITUCION DE JURADO Y DE APROBACION DEL TRABAJO**

Quienes suscriben esta Acta del Trabajo Especial de grado titulado:

**"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021."**. Presentado por Leticia Solano titular de la cedula de identidad N° 22.598.596, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 07/02/2022 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 21/02/2022

**RESOLUCION**

Aprobado:  Fecha: 21/02/2022

\*Reprobado  Fecha: \_\_\_\_\_

Observación:

---



---



---

  
 Presidente del Jurado:  
 Nombre: Salud Díaz  
 C.I. 8836860

  
 Miembro:  
 Nombre: Marco Roson  
 C.I. 9510657

  
 Miembro:  
 Nombre: Heidi Lago  
 C.I. 3589196

**NOTA:**

1.- Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para la agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del acta de aprobación del Trabajo.

2.-\* En caso de que el Trabajo sea reprobado, debe anexar un informe explicativo de los tres miembros del jurado

Bárbula-Modulo No. 13- Teléfonos (0241)8666259-Fax(0241)86665335-Correo: dae-fcs-post-c.edu.ve

## ÍNDICE GENERAL

	Página
Índice de tablas.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	13
Conclusiones.....	16
Recomendaciones.....	17
Referencias Bibliográficas.....	18
Anexos.....	21

## ÍNDICE DE TABLAS

### **TABLA 1**

Distribución según grupo etario

### **TABLA 2**

Distribución según estado civil

### **TABLA 3**

Distribución según grado de instrucción

### **TABLA 4**

Distribución según número de embarazos

### **TABLA 5**

Distribución según trimestre de diagnóstico de VIH

### **TABLA 6**

Distribución según número de controles

### **TABLA 7**

Distribución según diagnóstico de VIH

### **TABLA 8**

Distribución según culminación del embarazo

### **TABLA 9**

Distribución según cumplimiento de protocolo ACTG 076

### **TABLA 10**

Distribución según estado serológico

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021**

**AUTOR: Leticia Josefina Solano Tobia**  
**Año: 2021**

**RESUMEN**

La infección por VIH ha ido en ascenso en las últimas décadas, siendo la población femenina una de las más susceptible a padecer la infección por VIH, lo que conlleva un alto riesgo de contagio para niños de madres que desconocen su estado serológico **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas con VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, abril 2020 – abril 2021. **Materiales y Métodos:** Se realizó estudio descriptivo de corte transversal. Se tomó muestra de 39 pacientes embarazadas con diagnóstico de HIV en control médico en la Unidad de Infectología y que desearan participar en el estudio. **Resultados:** El grupo etario prevalente fue 20-29 años con 53,8%. El estado civil correspondió al concubinato 48,7%, el 79,4% niega haber culminado estudios escolares. El diagnóstico de VIH se realizó durante el embarazo en 66,6% de los casos, siendo multíparas 33,3%, conto con menos de 6 controles en 84,6%, la resolución del embarazo fue a través de cesárea segmentaria en 89,7%, con cumplimiento de protocolo ACTG 076, en el 100% se desconoce el estado serológico del neonato. **Conclusiones:** Se evidenció incidencia de infección por VIH en embarazadas en la segunda década de la vida. La mayoría niega haber culminado estudios escolares. El diagnóstico de VIH se realizó durante el embarazo. La resolución del embarazo se realizó a través de cesárea segmentaria, previo cumplimiento del protocolo ACTG 076.

**Palabras clave:** Embarazo, Virus de Inmunodeficiencia Humana, tratamiento antirretroviral

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021**

**AUTOR: Leticia Josefina Solano Tobia**  
**Año: 2021**

**ABSTRACT**

HIV infection has been on the rise in recent decades, with the female population being one of the most susceptible to HIV infection, which carries a high risk of infection for children of mothers who do not know their serological status **Objective:** To determine the clinical and epidemiological characteristics of pregnant women with HIV under medical supervision at the Infectious Diseases Unit of Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera ”, April 2020 - April 2021. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out. A sample of 39 pregnant patients diagnosed with HIV was taken under medical supervision in the Infectious Diseases Unit and who wished to participate in the study. **Results:** The prevalent age group was 20-29 years with 53.8%. The marital status corresponded to the concubine 48.7%, 79.4% deny having completed school studies. The diagnosis of HIV was made during pregnancy in 66.6% of the cases, 33.3% being multiparous, with less than 6 controls in 84.6%, the resolution of the pregnancy was through segmental caesarean section in 89, 7%, with compliance with the ACTG 076 protocol, in 100% the serological status of the newborn was unknown. **Conclusions:** The incidence of HIV infection in pregnant women was evidenced in the second decade of life. Most deny having completed school studies. The HIV diagnosis was made during pregnancy. The resolution of the pregnancy was carried out by segmental caesarean section, after compliance with the ACTG 076 protocol.

**Keywords:** Pregnancy, Human Immunodeficiency Virus, antiretroviral treatment

## INTRODUCCIÓN

El Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es un virus ARN que pertenece a la familia Retroviridae, concretamente a la subfamilia Lentivirus, posee una estructura esférica de aproximadamente 110nm, conteniendo en su interior una enzima capaz de sintetizar ADN a partir de ARN, conocida como Transcriptasa inversa<sup>1</sup>. Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años<sup>2</sup>. Existen dos tipos de VIH, conocidos como VIH-1 y VIH-2, el primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2, siendo el causante de la mayoría de las infecciones por VIH en el mundo<sup>2</sup>.

El VIH puede transmitirse a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, a través de transfusión de hemoderivados o de individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas. Así mismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia<sup>2</sup>.

El VIH/SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), es una de las enfermedades más devastadoras de la historia de la humanidad, aproximadamente 78 millones de personas han contraído la infección, y han fallecido unos 35 millones de individuos por enfermedades asociadas al VIH/SIDA desde el inicio de la epidemia<sup>3</sup>.

En 1981 fueron diagnosticados en Estados Unidos los primeros pacientes con SIDA, en 1982 se le denominó SIDA, sin embargo, su etiología no se aclaró hasta 1983 cuando un grupo de científicos franceses liderados por Françoise Barré Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París lograron aislar e identificar un retrovirus en un hombre homosexual con linfadenopatía crónica,

siendo este de la familia de los lentivirus conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana<sup>3,4</sup>.

Siendo descrito en el año 1982 el primer caso de SIDA pediátrico en el mundo, seguido del año 1983 donde se diagnosticó el primer caso adquirido por transmisión perinatal<sup>4</sup>. Para el año 2002, se estima que existieron 42 millones de personas infectadas, aproximadamente 3 millones de ellos eran niños, siendo su principal vía de contagio la transmisión vertical en 800 mil de ellos <sup>5,6</sup>.

A nivel mundial, de acuerdo con la ONUSIDA, 74,9 millones de personas contrajeron la infección por VIH, 32 millones de ellas fallecieron desde el comienzo de la epidemia. Para el año 2018, 37,9 millones de personas Vivian con VIH de los cuales 36,2 millones adultos y 1,7 millones niños, se diagnosticaron 1,7 millones de personas durante el año, existiendo 700 mil fallecimientos a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA<sup>7</sup>.

De acuerdo al Centro para Control de Enfermedades (CDC), la cantidad anual de pacientes con diagnóstico de VIH ha permanecido estable durante los últimos años, sin embargo, al desglosarse por grupos se ha evidenciado aumento de la incidencia de infección por VIH en grupos específicos, en especial aquellos comprendidos por hombres de raza negra con contacto sexual entre hombres correspondiente a 9807 personas, seguido de mujeres con contacto sexual heterosexual 4008 personas, en grupos de edades con mayor predominio comprendidas entre 25-34 años con 14.433 personas infectadas<sup>8</sup>.

La población femenina siempre esta susceptible a padecer la infección por VIH, lo que conlleva un alto riesgo de contagio para niños de madres que desconocen su estado serológico, aumentado así la transmisión del virus durante el embarazo, parto y lactancia en aquellas mujeres que desconocen el padecimiento de la enfermedad.

Según Mach of Dimes existe un estimado de 120 mil a 160 mil mujeres embarazadas en los Estados Unidos que han sido infectadas con el VIH, acerca de 60 mil a 70 mil de estas mujeres dan a luz cada año. Tomando en cuenta que desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad unos 15 mil niños se han infectado con el VIH y 3000 de ellos ha muerto a causa de enfermedades asociadas al VIH<sup>10</sup>.

En 2015 1,8 millones de niños menores de 15 años viven con el VIH en todo el mundo, otros 150 mil niños se contagiaron con VIH (2800 por semana) y 110 mil murieron por causas relacionadas con el SIDA<sup>11</sup>. Para el año 2018 las mujeres representaron un tercio de los 141 mil nuevos diagnósticos de VIH, siendo 60% perteneciente al grupo de edad 30 a 49 años<sup>10</sup>. De acuerdo a la UNICEF cada año dan a luz 1,5 millones de mujeres que viven con VIH sin intervención médica, siendo el riesgo de transmisión del virus de 45% a sus bebés durante el embarazo, parto y periodo de lactancia<sup>11</sup>.

En algunos de los países como Angola, Chad y Nigeria, menos de la mitad de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia que vive con el VIH recibe tratamiento antirretroviral. Los programas para ayudar a las mujeres para prevenir la infección por el VIH siguen estando infradesarrollados, por lo que son frágiles, ocasionando 900 mil nuevas infecciones entre las mujeres de más de 15 años en 2015. Estas se unieron a las 17,8 millones de mujeres que ya viven con el VIH y que cuando deciden tener hijos necesitan servicios para evitar la transmisión a sus hijos.

En México, para el año 2016 existieron 12 mil nuevas infecciones por VIH y 4.200 muertes relacionadas al SIDA. El 58% de las mujeres embarazadas recibió tratamiento o profilaxis para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos, estimándose que menos de 500 niños se infectaron con el VIH debido a la transmisión materno-fetal<sup>11</sup>. En Colombia para el año 2018 la infección por VIH en adultos mayores de 15 años correspondía a 150 mil, siendo 31 mil mujeres y 120

mil hombres, existiendo 3.600 casos de niños menores de 14 años infectados con el VIH<sup>11</sup>.

Por otro lado, en Venezuela los primeros casos de infección por VIH se reportaron en el año 1983, destacando que desde el inicio de la epidemia hasta el año 2006 se habían registrado 61.426 casos de SIDA, siendo mayos en homosexuales, con rango de edad comprendido entre 25 a 45 años, evidenciándose ascenso sostenidos de nuevos casos en grupos más jóvenes de la población 15-25 años, siendo para esa fecha 2.300 la incidencia de mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH<sup>12</sup>.

De acuerdo a ONUSIDA, desde el año 2005 hasta 2015 hubo un incremento del 50,6% de las personas que viven con VIH en el país, y de 94% de las muertes a causa de la enfermedad, determinando que 100 mil personas viven con la enfermedad, de las cuales 17 mil adultos mayores de 50 años, 12 mil jóvenes entre 15 y 24 años y 2.100 menores de 15 años. Para la fecha 1.800 de las mujeres infectadas con VIH estaban embarazadas y solo 761 recibieron el tratamiento antirretroviral durante el embarazo<sup>11</sup>.

Por otro lado, en el año 2016, Venezuela tuvo 6.500 nuevas infecciones por VIH y 2.500 muertes relacionadas con el SIDA. De 120 mil de las personas con VIH, 61% recibía el tratamiento antirretroviral. De las mujeres embarazadas con VIH, solo el 48% recibieron tratamiento antirretroviral o profilaxis<sup>11</sup>.

En vista del ascenso progresivo de pacientes con diagnóstico de VIH, siendo de mayor importancia en la población femenina, entre ellas correspondiente a mujeres embarazadas que son diagnosticadas durante el segundo y tercer trimestre de gestación, siendo como principal factor de riesgo la transmisión al feto, se abren las siguientes interrogantes; ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con VIH que acuden a consulta médica en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. ¿Cuál es el

porcentaje de embarazadas con diagnóstico de VIH realizado durante la gestación y cuáles son las repercusiones en el feto?.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuencia final el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una epidemia que se relaciona con la sexualidad, la pobreza, la inequidad y la vulnerabilidad del ser humano. Las mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. La desigualdad y la inequidad en las relaciones sociales, afectivas y sexuales ponen a las mujeres en situación de alto riesgo. Lo que aumenta el riesgo de contagio a hijos de madres con estado serológico desconocido, o en pacientes que no cumplen tratamiento antirretroviral de forma regular, o cuya resolución del embarazo es mediante parto vaginal. Por lo que se han realizado múltiples estudios donde se evidencia la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en mujeres embarazadas, y lo que conlleva al riesgo de la transmisión del virus al feto.

Damasco K, et al<sup>12</sup>, en 2016 realizaron estudio en Brasil, denominado “Atención de mujeres embarazadas con VIH/Sida en Fortaleza Caéira”, donde se evidencio que, de 168 mujeres embarazadas, 61,9% se encontraban en edades comprendidas entre 19 y 14 años. El promedio de edad gestacional al inicio del control prenatal fue de 22 semanas, 53,0% tuvieron menos de 6 controles durante la gestación. Solo el 53% conocía el diagnóstico de VIH antes del embarazo, el inicio de la terapia antirretroviral en el tercer trimestre en 25% de las embarazadas. Se administró terapia con Zidovudina en 95,2% de las pacientes, la resolución fue a través de cesárea segmentaria en 92,8%.

En Nicaragua, en el año 2017 en estudio realizado por Calero S y col<sup>13</sup>, denominado “Manejo de pacientes embarazadas con VIH/Sida de acuerdo al protocolo para la prevención de la transmisión vertical. Hospital Regional Erasto Sequera”, determinaron que, de 16 embarazadas durante el estudio, 13 se encontraban en edades comprendidas entre 21-30 años, 9 eran de procedencia

rural, 4 fueron diagnosticadas con VIH en el 1er trimestre del embarazo y 2 en el segundo trimestre. El 93,7% se realizó cesárea segmentaria como resolución quirúrgica.

Por otro lado, en estudio realizado por Carmeras J, et al<sup>14</sup>, en el año 2017 denominado “Caracterización clínica y epidemiológica de las gestantes seropositivas al VIH” en la Provincia Gamuna en, se evaluaron 64 gestantes con diagnóstico de VIH, de las cuales 15 fueron diagnosticadas durante la gestación, se encontraban en edades comprendidas entre 20-34 años. El conteo de CD4 fue menor de 350 células en el 39,1%, siendo la carga viral mayor de 1000 copias en 28% de los casos. Se administró protocolo ACTG 076 en el 39,1%.

Álvarez R y cols<sup>15</sup>, en el año 2015 en Perú, evaluaron el Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, donde se tamizaron 113.258 embarazadas, de las cuales 331 fueron diagnosticadas con VIH, lo que evidencio un aumento en relación al realizado en el año 2010 al año 2015. Solo se logró realizar tamizaje del 45,8% de las parejas de las embarazadas, siendo el 25,0% serodiscordantes y el 20,8% seroconcordantes. El 79% de estos pacientes eran madres solteras o vivían en concubinato.

Mirales F y cols<sup>16</sup> en Perú en el año 2017, evaluaron la Eficacia de las medidas preventivas de la transmisión vertical del VIH en CERITS Hospital la Caleta 2013-2017, donde se evaluaron 32 gestantes con diagnóstico de VIH con predominio de grupo etario 30-34 años en un 31,3%. A todas ellas se le aplicaron las 3 medidas para evitar la transmisión del VIH al recién nacido, tales como la resolución del embarazo a través de cesárea segmentaria, la administración de tratamiento antirretroviral y la omisión de la lactancia materna, evidenciándose eficacia de los mismos en 100% de los recién nacidos estudiados.

Por otro lado, Teixeira S y cols<sup>17</sup>, en el año 2018 en Brasil, evaluaron el Perfil epidemiológico de gestantes con VIH admitidas en una maternidad de referencia de Amapá, donde determinaron que las pacientes atendidas en el periodo 2008-2018, 253 gestantes tenían VIH, en edades comprendidas entre 20-29 años 52,5%, siendo diagnosticadas durante el embarazo 40,7% de los casos.

En Venezuela, en el año 2013 Ramírez N<sup>19</sup>, realizó estudio de investigación denominado “Características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas infectadas con VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” evidenciando que el grupo etario con mayor incidencia estuvo comprendido entre 25 – 29 años (34,40%). La mayoría de las embarazadas, 15 (46,8%), se ubicó en estadio clínico A2. El diagnóstico de infección por VIH se realizó durante el embarazo en el 65,60% de los casos, todas refirieron como mecanismo de contagio la transmisión sexual, con un número de parejas promedio de 3,25. Un 90,62% se controló el embarazo en centros públicos. El grado de instrucción fue educación básica en 56,2 % de las pacientes. En el 90,60% (29) de los casos se indicó profilaxis antirretroviral en la etapa prenatal, al 87,50% (28) se le administró AZT endovenosa durante el trabajo de parto/cesárea y 93,75% de los recién nacidos inició tratamiento con AZT. 87,50% (28) tuvo resolución del embarazo por cesárea.

La transmisión vertical del VIH es prevenible, si se aplican los protocolos de profilaxis a tiempo. Actualmente el método aprobado internacional y científicamente por CONASIDA es el Protocolo ACTG076 (AIDS Clinical Trial Group Protocol) / Protocolo de los Grupos de Ensayos Clínicos del SIDA. Su objetivo principal es reducir la transmisión vertical del VIH mediante la detección universal del virus en embarazadas y la ejecución de pautas para la disminución de la exposición al virus por parte del recién nacido<sup>23</sup>.

En la actualidad existe un incremento exponencial de pacientes infectados con VIH, entre ellos la población de mujeres sobre todo embarazadas, a las que se

realiza el diagnóstico en el primer trimestre del embarazo o en algunos casos finalizando el embarazo o durante el postparto incrementan el riesgo de transmisión al feto del virus. Por ello la importancia de realizar despistaje a mujeres embarazadas permitirá aplicar las medidas terapéuticas para evitar el contagio a los fetos de madres infectadas con VIH. Por lo que se plantea como objetivo general de la investigación:

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas con VIH en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, abril 2020 – abril 2021.

Objetivos específicos:

1. Conocer las características socio-demográficas de las pacientes embarazadas con diagnóstico de VIH en control médico en la Unidad de Infectología.
2. Determinar la población de pacientes embarazadas con diagnóstico reciente de VIH y las semanas de gestación en la que se realizó el diagnóstico.
3. Identificar la presencia de otras infecciones de transmisión sexual en las embarazadas con diagnóstico de VIH.
4. Constatar el cumplimiento del protocolo ACTG 076 como medida para evitar el contagio del feto con el virus.

## **MATERIALES Y METODOS.**

Se realizó investigación de tipo descriptivo, longitudinal con diseño de investigación de campo. La población estuvo constituida por los pacientes que acudieron a la consulta en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", durante el período abril 2020 – abril 2021. La muestra fue intencional, no probabilística, representada por pacientes embarazadas con diagnóstico de VIH y que desearan participar en el estudio, previa autorización mediante el consentimiento informado, cumpliendo con las normas de las buenas prácticas clínicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para los trabajos de investigación en los seres humanos y la Declaración de Helsinki ratificada en la 64<sup>a</sup> Asamblea General de Brasil en el año 2011(Anexo A). Tomando como criterio de exclusión aquellos pacientes que no deseen participar en el trabajo de investigación

Se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo B) desarrollada por el autor la cual estuvo comprendida por 3 secciones. La sección número I estuvo comprendida por los datos de identificación del paciente, tales como edad, número de cédula o de historia clínica, estado civil, grado de instrucción, Graffar. La sección II comprendió los antecedentes gineco- obstétricos de la paciente, entre ellos número gestas, abortos, partos o cesáreas, edad gestacional actual, número de controles gineco-obstétricos.

La sección III comprendió la fecha de diagnóstico de la infección por VIH, edad gestacional realizado el diagnóstico, infecciones de transmisión sexual, tales como; sífilis, hepatitis B y C, VPH. La sección número IV correspondió a la resolución de la gestación, de reportó el cumplimiento del protocolo ACTG 076, la

realización de cesárea segmentaria o parto vaginal, además del estado serológico del neonato.

Los datos obtenidos fueron tabulados en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS 2010, se procesó la información aplicando la técnica de análisis estadístico descriptivo, cuyos resultados fueron presentados en tablas estadísticas, a través de cuadros de distribución de frecuencia absolutas y relativas.

## RESULTADOS

Se estudió una muestra de 39 pacientes embarazadas con diagnóstico de VIH que acudieron a la consulta de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” y que cumplieron con los criterios de inclusión, su distribución según grupo etario se presenta en la tabla 1 en la cual el 53,8% predominaban de 20-29 años, con una edad promedio de 27,13 años, siendo la edad mínima de 15 años y la edad máxima de 47 años, seguido del 28,2% correspondiente al grupo etario de 30-39 años.

Con respecto al estado civil (tabla 2), el 48,7% de las mujeres embarazadas se encontraban en concubinato, el 41,0% estaban solteras y un 10,2% casadas. De acuerdo al grado de instrucción (tabla 3) el 79,4% niegan haber culminado estudios escolares, el 12,8% refiere bachillerato cumplido, y el 7,6% refiere estudios universitarios.

Con respecto al diagnóstico de VIH (tabla 4) el 66,6% constituye diagnóstico reciente de VIH, mientras que el 17,9% contaban con diagnóstico previo de VIH, realizándose el diagnóstico en el tercer trimestre del embarazo (tabla 5) en el 38,9%, seguido del segundo trimestre en 23,0% de los casos. Por otro lado, el 33,3% eran multíparas, con más de 3 gestas, el 15,3% entre 2 y 3 gestas y el 2,5% primigestas (tabla 6). De acuerdo al número de controles, se evidenció que durante el embarazo se realizaron menos de 6 controles en 84,6% y más de 6 controles en 15,3% de los casos, (tabla 7)

La resolución del embarazo fue a través de cesárea segmentaria en el 89,7% de los casos, tomando en cuenta que el 10,2% tuvo resolución del embarazo a través de parto vaginal, (tabla 8). Se cumplió el protocolo ACTG 076 en el 89,7% de los casos, evidenciándose incumplimiento del mismo en el 10,2% de las pacientes, correspondiente a aquellas cuya resolución del embarazo fue a través de parto

vaginal (tabla 9), siendo el estado serológico de los neonatos nacidos desconocido en el 100% de los casos (tabla 10).

## DISCUSIÓN

Según la distribución de edad de las pacientes embarazadas con VIH, se demostró que en su mayoría se encontraban en el rango de edad entre 20-29 años. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados en el estudio realizado por Ramírez N<sup>19</sup>, al investigar sobre las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes infectadas con VIH durante control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, donde también se reportó que el grupo etario con mayor prevalencia fue la segunda década de la vida. Sin embargo, estos hallazgos difieren de los encontrados por Damasco K y col<sup>12</sup>, donde el grupo etario con mayor prevalencia de embarazadas con VIH fue entre 14-19 años.

Esto se debe al inicio de la actividad sexual a temprana edad en la población femenina, el alto índice de parejas sexuales y el desconocimiento y desuso de los métodos anticonceptivos de barrera, lo que constituye el primer factor de riesgo para el desarrollo de VIH durante la juventud.

Por su parte, la mayoría de la población estudiada refería el concubinato como estado civil actual, datos que concuerdan con los encontrados en el estudio realizado por Álvarez R y cols<sup>15</sup> en Perú donde se evidenció que el 79% de la población de mujeres embarazadas con VIH se encontraba en concubinato. Más de la mitad de la población refirió no culminar estudios escolares, datos que concuerdan con los encontrados por Calero S y cols<sup>13</sup> en Nicaragua y Ramírez N<sup>19</sup>, en estudio realizado de la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, donde se evidencio que la mayoría de la población solo había culminado estudios de escuela básica.

El concubinato es el estado civil más común en la actualidad, esto favorece la entrada y salida de hombres en la vida de una mujer sexualmente activa. El poco compromiso de la pareja durante una relación concubina favorece el desarrollo de relaciones abiertas que pueden ser experimentadas tanto por la mujer como el hombre, lo que le permite conocer nuevas personas, mantener actividad sexual eventual o casual en su mayoría sin uso de métodos anticonceptivos de barrera es

una de las causas más importantes que condicionan la adquisición y el contagio del VIH durante la actividad sexual en la pareja concubina. De igual forma la ausencia de estudios de escolaridad, conlleva al desconocimiento de enfermedades de transmisión sexual, su adquisición y los métodos de barrera para evitar el contagio de dichas enfermedades.

Por otro lado, el diagnóstico de VIH se realizó durante el embarazo en más de la mitad de la población estudiada, realizándose en el tercer trimestre del embarazo, seguido del segundo trimestre, hallazgo que concuerda con los encontrados por Teixeira S y cols<sup>17</sup>, donde se evidenció que la mayoría de las embarazadas con VIH se realizó el diagnóstico durante el embarazo, al igual que en el estudio realizado por Damasco K y col<sup>12</sup>, donde reportaron mayor incidencia de diagnóstico de VIH durante el tercer trimestre de embarazo. Sin embargo, hallazgos no concuerdan con los realizados por Calero S y col<sup>13</sup>, donde se reportó que el diagnóstico de VIH se realizó durante el primer y segundo trimestre del embarazo.

Con respecto al número de gestas, se evidenció que la mayoría tuvo más de 3 embarazos como antecedente obstétrico, hallazgo no evidenciado en otros estudios realizados. El control del embarazo fue deficiente en más de la mitad de la población, hallazgos que concuerdan con los encontrados por Damasco K y col<sup>12</sup>, en los que el control de la gestación fue menor a 6.

El desconocimiento sobre el necesario control del embarazo y los adecuados estudios paraclínicos a realizar durante el desarrollo de la gestación condicionan que el diagnóstico se realice durante el tercer trimestre del embarazo, ya que es en este momento cuando la población femenina acude a los centros de salud porque es el momento de planificar la llegada del nuevo integrante de la familia. Al ingresar, la solicitud de laboratorios necesarios para el abordaje y resolución del embarazo, bien sea por cesárea segmentaria o parto vaginal permite el diagnóstico de esta enfermedad viral, incluso en algunos casos hasta después del embarazo lo que aumentan los riesgos de transmisión materno-fetal sobre todo cuando la resolución del embarazo fue a través de parto vaginal.

Con respecto a la resolución del embarazo, se realizó a través de cesárea segmentaria en más de la mitad de la población estudiada, previo cumplimiento del protocolo ACTG 076, lo que concuerda con los estudios realizados por Ramírez N y col<sup>19</sup>, Cameras J y col<sup>14</sup> y Mirales F y col<sup>16</sup>, donde se aplicó dicho protocolo en las mujeres embarazadas previo a la realización de la cesare segmentaría. Por otro lado, con respecto al estad serológico de los neonatos nacidos, se desconoce en la totalidad de la población, hallazgos que no concuerdan con los reportados por Mirales F y col<sup>16</sup>, donde se evidenció que el 100% de la población de neonatos nacidos contaban con estado serológico negativo.

Esto se debe a que en nuestro país no se cuenta con organizaciones dentro de los establecimientos hospitalarios para la toma de muestras y procesamiento de PCR para determinación de VIH en los neonatos nacidos de pacientes con VIH, tomando en cuenta que el factor económico de la mayoría de la población no permite el procesamiento y determinación de agente viral en laboratorios privados.

## CONCLUSIONES

- Se evidenció mayor incidencia de infección por VIH en embarazadas en la segunda década de la vida, cuyo estado civil corresponde al concubinato.
- La mayoría negó haber culminado estudios escolares.
- El diagnóstico de VIH se realizó durante el embarazo, con predominio en el tercer trimestre siendo multíparas en más de la mitad de los casos con control deficiente del embarazo.
- La resolución del embarazo se realizó a través de cesárea segmentaria, previo cumplimiento del protocolo ACTG 076, siendo desconocido el estado serológico de los neonatos nacidos.

## RECOMENDACIONES

Promover el desarrollo de actividades educativas para la población e impartirlas desde la primera etapa de la educación escolar hasta la adultez para evitar la incidencia de infección por VIH, dando como conocimiento primordial el uso de métodos anticonceptivos de barrera, información sobre el VIH, su método de transmisión y complicaciones de la enfermedad, además de otras ITS.

Realizar despistaje de VIH en la población femenina en edad reproductiva y en mujeres embarazadas de forma temprana, así como también promover actividades educativas a pacientes embarazadas con diagnóstico de VIH sobre la transmisión fetal y complicaciones durante el embarazo por no cumplimiento de terapia antirretroviral durante el embarazo y la resolución del mismo.

Fortalecer programas de orientación y apoyo a mujeres embarazadas con VIH, que le permitan atención eficaz e inmediata con manejo multidisciplinario entre el servicio de Ginecología y Obstetricia, Perinatología y la Unidad de Infectología. Además de promover el desarrollo de programas que permitan el diagnóstico temprano de VIH en los neonatos nacidos de mujeres embarazadas con VIH.

Promover el desarrollo de actividades educativas para el personal de salud sobre la atención y el manejo de la paciente embarazada con VIH.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

1. Colina. C, Martin. M, Ibarra. O. La infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Soc Esp Farm Hosp. 2016. 2(41). Citado el 20 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>
2. Chertrorivswi. S, Kuri. P, Fajardo. G. Manual de procedimientos estandarizados del VIH/SIDA. Dirección General de Epidemiología. 2012. 1(39). Citado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/manual-de-procedimientos-estandarizados-para-la-vigilancia-epidemiologica-del-vih-sida>
3. Boza. R. Origenes del VIH/SIDA. Rev CI EMED UCR. 2016. 6(4) ISSN 2215-2741. Citado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr164g.pdf>
4. Chavez. A, Wu. E, Alvarez. A. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pediatría: situación en Chile. Rev Chil Infect. 2000. 17(4); 302-306. Citado el 14 de marzo 2020. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/237923139\\_Infeccion\\_por\\_virus\\_de\\_inmunodeficiencia\\_humana\\_en\\_pediatria\\_Situacion\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/237923139_Infeccion_por_virus_de_inmunodeficiencia_humana_en_pediatria_Situacion_en_Chile)
5. Sopena B. Transmisión vertical del VIH-1. Asoc Esp Bio. 2007. 6(2); 30-831. Citado el 14 de marzo 2020. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1997/2/30/831.pdf>
6. Gonzalez. M, Amador. R, Martin. G. Evolución de la transmisión vertical del VIH y posibles factores involucrados. Asoc Esp Ped. 2005. 62(1); 25-31. Citado el 14 de marzo 2020. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-evolucion-transmision-vertical-del-vih-articulo-13070177>
7. Byanyima. W. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. ONUSIDA. 2020. [Internet]. Citado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
8. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. El VIH en los Estados Unidos y áreas dependientes. 2020. [Internet]. Citado el 12 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/pdf/statistics/cdc-hiv-us-ataglance-es.pdf>
9. American Pregnancy Association. HIV/AIDS during pregnancy. 2019. [Internet]. Citado el 28 de febrero 2020. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/pregnancy-complications/hiv-aids-during-pregnancy/>
10. March of Dimes. HIV and pregnancy. 2018. [Internet]. Citado el 28 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.marchofdimes.org/complications/hiv-and-pregnancy.aspx>

11. Byanyina. W. País Venezuela. ONUSIDA. 2020. [Internet]. Citado el 14 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>
12. Damasceno. K, Alves. J, Araujo. M. Asistencia a mujer embarazada con VIH/SIDA en Fortaleza, Caera, Brasil. Universidad Nacional de Lamús. 2013. 9(3); 363-371. ISSN 1851-8265. Citado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2013.v9n3/363-371/es>
13. Gutierrez. S, Gonzalez. M. Manejo de pacientes embarazadas con VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para la prevención de transmisión vertical. UNAN. 2016. [Tesis de Grado]. Citado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/3307/>
14. Castro. R, Cisneros. A, Mailló. F. Caracterización epidemiológica de las gestantes seropositivas del VIH. Multimed. 2019. 23(4); 606-623. ISSN 1028-4818. Citado el 18 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92683>
15. Alvarez. R, Espinola. M, Angulo. F. Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. Ginecol Obstet Mex. 2018. 86(2); 108-116. Citado el 18 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2018/gom182d.pdf>
16. Flores. J, Aguirre. R. Eficacia de las medidas preventivas en la transmisión vertical del VIH en Cerits, Hospital la Caleta. Perú. 2029. [Tesis de Grado]. 1-37. Citado el 18 de febrero 2020. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/11980>
17. Teixeira. S, Aguirre, Rodriguez. C. Perfil epidemiológico de gestantes con HIV admitidas en una maternidad de referencia en Amapá. REAS/EJCH. 2019. 12(2) 1-9. ISSN 2178\_2091. Citado el 18 de febrero 2020. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/339295124\\_Perfil\\_epidemiologico\\_de\\_gestantes\\_con\\_HIV\\_admitidas\\_en\\_uma\\_maternidade\\_de\\_referencia\\_no\\_Amapa](https://www.researchgate.net/publication/339295124_Perfil_epidemiologico_de_gestantes_con_HIV_admitidas_en_uma_maternidade_de_referencia_no_Amapa)
18. Pico. T. Factores de Riesgo para transmisión vertical de VIH/SIDA en Hospital Especialidad Marina de Jesús. Receamuc. 2017- 1(4) 554-552. Citado el 20 de febrero 2020. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35f6d34d2015fa5ef47390133>
19. Ramirez. N. Características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas infectadas por VIH en control médico. Unidad de Infectología. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". 2013. [Tesis de Grado]. Citado el 20 de febrero 2020. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/877>
20. Chavez. E, Castillo. R. Revisión bibliográfica sobre VIH/SIDA. Multimed. 2013. 17(4) 1-25. Citado el 23 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134r.pdf>

21. Santana. A, Dominguez. C, Lenes. A. Biología celular y molecular del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Rev Diagn Biol. 2003. 54(1). ISSN 0034-7973. Citado el 28 de febrero 2020. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-79732003000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732003000100001)
22. Cordero. N, Taroco. R. Retrovirus y VIH. Instituto de Higiene. 2008.476-499. Citado el 12 de marzo 2020. Disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/retrovirus.pdf>
23. Tovar. R, Villegas. M, Castillo. Y. Efectividad del protocolo ACTG076 en la transmisión vertical en embarazadas con VIH/SIDA. Bol Venez Infectol. 2017. 28(2) 94-100. Citado el 28 de febrero 2020. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904936/02-tovar-r-94-100.pdf>

## ANEXO A



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA**  
**CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA".**



Fecha:

Por medio de la presente hago constar que autorizo y acepto participar en la investigación titulada: **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE EMBARAZADAS CON VIH. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. EDO. CARABOBO. ABRIL 2020 – ABRIL 2021.**

Se me informó acerca de mi participación en el estudio, de los beneficios y conocimiento que puedo aportar, que de ser necesario me será tomada una muestra de sangre, considerando que dicho procedimiento es inocuo para la salud. Declaro, que se han comprometido a proporcionar información oportuna sobre la investigación y los resultados que se obtengan de la misma y que puedo retirarme en cualquier momento del estudio si es mi deseo.

Finalmente, me han dado la seguridad de que se respetará mi integridad física y moral, no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos proporcionados serán manejados en forma confidencial.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

SECCION I
Edad: _____ Edo. Civil: _____ Grado de instrucción: _____
SECCION II
Numero de: Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Semanas de gestación: _____ Número de controles: _____
SECCION III
Diagnóstico de VIH: Conocido: _____ Reciente: _____ Semanas de gestación en la que se realizó el diagnóstico: _____ Infecciones de transmisión sexual: Sífilis: _____ VPH: _____ VHB: _____ VHC: _____
SECCION IV
Culminación de la gestación: Cesárea: _____ Parto Vaginal: _____ Protocolo ACTG 076: Si: _____ No: _____ Estado serológico del neonato: VIH positivo: _____ VIH negativo: _____

**TABLA 1**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según grupo etario.  
Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>EDAD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>10 – 19</b>	5	12,8
<b>20 – 29</b>	21	53,8
<b>30- 39</b>	11	28,2
<b>40 – 49</b>	2	5,1
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 2****Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según estado civil.****Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Soltera</b>	16	41,0
<b>Casada</b>	4	10,2
<b>Concubinato</b>	19	48,7
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 3**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según grado de instrucción. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Bachillerato</b>	5	12,8
<b>Universitario</b>	3	7,6
<b>Ninguno</b>	31	79,4
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 4**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según el número de embarazos. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>GESTAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 2</b>	1	2,5
<b>2 – 3</b>	6	15,3
<b>&gt; 3</b>	14	35,8
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 5**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según el trimestre donde se realiza diagnóstico de HIV. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>GESTAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Primer trimestre</b>	7	17,9
<b>Segundo trimestre</b>	9	23,0
<b>Tercer trimestre</b>	23	58,9
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 6**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según el número de controles realizados durante el embarazo. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>GESTAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 6</b>	33	84,6
<b>&gt; 6</b>	6	15,3
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 7**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según diagnóstico de VIH. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>DIAGNÓSTICO DE</b>		
<b>VIH</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Reciente</b>	29	74,3
<b>Conocido</b>	10	25,6
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 8**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según la culminación del embarazo. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>CULMINACIÓN</b>		
<b>DEL EMBARAZO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Cesárea segmentaria</b>	35	89,7
<b>Parto vaginal</b>	4	10,2
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 9**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según cumplimiento de protocolo ACTG 076. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>PROTOCOLO</b>		
<b>ACTG 076</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	35	89,7
<b>NO</b>	4	10,2
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)

**TABLA 10**

**Distribución de las pacientes embarazadas con VIH según estado serológico del neonato. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2020 - abril 2021**

<b>ESTADO</b>		
<b>SEROLÓGICO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Positivo</b>	0	0
<b>Negativo</b>	0	0
<b>Desconocido</b>	39	100
<b>TOTAL</b>	39	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Solano 2021)