



Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“FACTORES PERSONALES DE RIESGO ASOCIADOS AL RESULTADO
REACTIVO DE LA PRUEBA DE VIH EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CONSULTORIO DE PROCETS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE, AÑO 2014-2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA.

Presentada Por:

Bachiller:

**CASTILLO VICENTE MONICA VANESSA
FLORIDAS CASTAÑEDA CELIA MILAGROS.**

LIMA-PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios, quien día a día guía nuestros pasos y nos ayuda a lograr todos nuestros objetivos.

A nuestros padres y familiares quienes nos han brindado en todo momento su apoyo, amor, confianza, valores y motivación constante para ser profesionales.

A nuestros docentes por su orientación y dedicación durante nuestra formación profesional.

CASTILLO VICENTE, Monica Vanessa

FLORIDAS CASTAÑEDA, Celia Milagros

AGRADECIMIENTOS

A las personas que contribuyeron con sus valiosas sugerencias, críticas constructivas e intelectual para cristalizar la presente tesis.

A nuestras madres Gricelda y Alejandrina por brindarnos su apoyo incondicional y forjarnos como la persona que en la actualidad somos.

A las obstetras del Hospital Nacional Hipólito Unanue que nos apoyaron brindándonos con los conocimientos para partir como base para la inspiración y elaboración de nuestra tesis.

A todos ellos, infinitas gracias.

CASTILLO VICENTE, Monica Vanessa

FLORIDAS CASTAÑEDA, Celia Milagros

ASESORA DE TESIS

MAG. MARIN GUEVARA LETICIA GLORIA

Jurados:

Presidente: Dra.Sabrina Ynés Morales Alvarado

Secretaria: Mag.Scarlett Estela Fernández Ledesma

Vocal: Mc. Walter Enrique Tapia Núñez

ÍNDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ASESOR DE TESIS	5
JURADO	6
RESUMEN	10
SUMMARY	11
CAPITULO I: PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes	17
2.1.1. A nivel nacional	17
2.1.2. A nivel internacional	18
2.2 Bases teóricas	20
2.3 Definición operacional de términos	34
2.4 Hipótesis	35
2.5 Variables e indicadores	35
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	36

3.1 Tipo y nivel de investigación.....	36
3.2 Población y muestra:	36
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico	38
3.5 Aspectos éticos	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1 Resultados	40
4.2 Discusión	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1 Conclusiones	48
5.2 Recomendaciones	48
REFERENCIAS.....	50
Anexo Nro. 1:Operacionalización de variables	58
Anexo Nro. 2:Ficha de recolección de datos.....	59
Anexo Nro. 3: Matriz de consistencia.....	60
Anexo Nro. 4: Validación del Instrumento	61

INDICE DE TABLAS

Tablas N°		Pág.
1	Características sociodemográficas de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue	41
2	Características del comportamiento sexual de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue	42
3	Antecedentes sexuales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue	43
4	Antecedentes clínicos de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue	44

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Centro de salud de procedencia de las gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue	40

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017

Metodología: El estudio fue de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal, con diseño analítico de casos y controles. El tamaño de la muestra estuvo conformada por 133 gestantes con resultado reactivo de prueba de VIH y 133 gestantes sin resultado reactivo de prueba de VIH atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2014-2017. Para el análisis de los resultados se expresó mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (porcentajes) y el inferencial, sirvió para determinar la asociación entre las variables mediante la prueba chi cuadrado

Resultados: Entre los resultados se observó que: la característica sociodemográfica grado de instrucción ($p=0.0005$) se asoció significativamente con el resultado reactivo de prueba de VIH. Respecto a las características del comportamiento sexual, el tener más de una pareja sexual ($p=0.0002$) se asociaron significativamente con el resultado reactivo de prueba de VIH. En cuanto a los antecedentes sexuales de riesgo, el antecedente de ITS ($p=0.0003$) y el ser trabajadora sexual ($p=0.044$) se asociaron significativamente con el resultado reactivo de prueba de VIH. Al respecto de los antecedentes clínicos, el trimestre de gestación ($p=0.013$) y el consumo de drogas ($p=0.010$) se asociaron significativamente con el resultado reactivo de prueba de VIH.

Conclusiones: Los factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017 fueron el grado de instrucción, el tener más de una pareja sexual en los últimos 5 años, antecedentes de ITS, el ser trabajadora sexual, el trimestre de gestación y el consumo de drogas.

Palabras Clave: Prueba VIH, Factores personales, gestantes.

SUMMARY

Objective: Identify the personal factors of risk associated with the reactive result of the HIV test in pregnant women seen in the office of PROCETS of the Hipolito Unanue National Hospital between 2014-2017

Methodology: The study was of an observational, retrospective cross-sectional type, with an analytical design of cases and controls. The sample size consisted of 133 pregnant women with reactive HIV test results and 133 pregnant women without reactive HIV test results attended in the office of PROCETS of the Hipolito Unanue National Hospital in the year 2014-2017. For the analysis of the results was expressed by absolute (N) and relative frequencies (percentages) and the inferential, served to determine the association between the variables using the chi square test.

Results: Among the results it was observed that the sociodemographic characteristics, the degree of instruction ($p = 0.0005$) was significantly associated with the reactive HIV test result. Regarding the characteristics of sexual behavior, having more than one sexual partner ($p = 0.0002$) was significantly associated with the reactive HIV test result. Regarding risky sexual history, the history of STIs ($p = 0.0003$) and being a sex worker ($p = 0.044$) were significantly associated with the reactive HIV test result. Regarding the clinical history, the gestation quarter ($p = 0.013$) and drug consumption ($p = 0.010$) were significantly associated with the reactive HIV test result.

Conclusions: The personal factors of risk associated with the reactive result of the HIV test in pregnant women seen in the office of PROCETS of the Hipolito Unanue National Hospital between 2014-2017 were the level of education, having more than one sexual partner in the last 5 years, a history of STIs, being a sex worker, the gestation quarter and the consumption of drugs

Key Word: HIV test, personal factors, pregnant.

CAPITULO I: PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública mundial, que ha cobrado más de 35 millones de vida. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, a finales del año 2016 hubieron aproximadamente 36.7 millones de personas infectadas por el VIH y se produjeron 1.8 millones de nuevas infecciones¹.

La región más afectada y en donde se registran casi dos tercios de las infecciones nuevas por el VIH a nivel mundial es la Región de África, habiendo 25,6 millones de personas infectadas¹.

A nivel Internacional, en países como Estados Unidos se estima que 1.1 millones de habitantes vivían con el VIH a fines del 2014, último año del cual se dispone de información y de ellas un 15% no sabía que se encontraba infectado², en África para el año 2015, 19 millones de personas vivían con este virus; en países europeos entre los años 2010 y 2015 se observaron un incremento de nuevos casos en 57%. En América Latina aproximadamente 2 millones de pobladores viven con VIH, lo cual indica que el número de casos de personas con infección de VIH, en algunos países, puede mantenerse, pero en otros se agrava cada vez más³.

Además, el 52% de los adultos en el Caribe que son portadores de este virus son mujeres y aproximadamente un tercio de las nuevas infecciones se dan en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Según ONU MUJERES (Organización de las Naciones Unidas MUJERES), en América Latina, las mujeres jóvenes de 15 a 24 años conforman el 36% de las nuevas infecciones, mientras que en el Caribe representan el 46%⁴

Adicionalmente se tiene datos proporcionados por la UNICEF, en donde se menciona que los cinco países con mayores riesgos de casos nuevos con VIH son: Argentina (7.8% nuevos casos al año), Paraguay (4.9%), Bolivia (4.8%), Colombia (4.6%) y Ecuador (3.9%)⁵.

En cuanto a las gestantes, para el año 2015, aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH (1,1 millones de mujeres) recibieron antirretrovíricos en todo el mundo⁶. Estudios realizados indicaron que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas fue de alrededor de 2% o superior en 6% en países de Bahamas, Belice, Guyana, Haití, la República Dominicana y Trinidad y Tobago. Sin embargo, en el Cono Sur, Brasil alberga el mayor número de gestantes que viven con VIH/SIDA. En otros países como Colombia se han informado resultados positivos entre un 0.1% y 0.7%, en Ecuador es de solo 0.3%⁷. En nuestro país, en Lima, específicamente, las tasas todavía están muy por debajo del 1% y son todavía más bajas en las provincias, estimándose aproximadamente que más de 900 000 mujeres embarazadas tenían el VIH y registrándose una prevalencia menor de 0.23%⁸. En Lima la prevalencia de gestantes con VIH fue del 0.44%⁹.

Una investigación en el Instituto Nacional Materno Perinatal y divulgada en el 2011, muestra una propensión a la reducción de la transmisión madre-niño del VIH de 15% en 1996 a 4% en 2009, asociada con la utilización de antirretrovirales; otro estudio en hospitales de Lima y Callao informa un diagnóstico confirmado de VIH en 2.6% para el año 2010 a 1.8% en el año 2011. Por otra parte, en relación al tamizaje de VIH en las gestantes que llegan al sistema para la atención prenatal, la propensión señala que se ha incrementado de 22.56% en el año 2000 a 79.9% en el año 2011, asimismo el porcentaje de gestantes positivas al VIH que recibió el tratamiento con antirretrovirales ha aumentado durante los últimos años⁹.

El análisis de dichos factores y/o determinantes sociales ha llevado al Ministerio de Salud, en los últimos años, establecer alianzas con sectores afectados por el VIH y Sida, creando estrategias que permitan la disminución de incidencia de casos. La vigilancia en gestantes es usada como medida indirecta del contexto del VIH a nivel general. Varios de estos resultados positivos son causa del restringido acceso a la información sobre cómo prevenir la infección, la capacidad limitada de negociar encuentros sexuales protegidos, aspectos sociales, económicos, culturales, etc. Por ende, se ha impulsado un amplio espectro para prevenir y controlar

el VIH: prevención de la transmisión vertical, el tratamiento antirretroviral, etc., todo esto bajo un enfoque de capacitación en bioseguridad, gestión y administración de programas brindados al personal de salud^{9, 11}.

Actualmente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, lugar donde se realizó la presente investigación, se han identificado alrededor de 1261 casos de pacientes que están recibiendo tratamiento antirretroviral de Gran Actividad – TARGA¹¹, de ellos no se ha podido identificar la cantidad exacta de gestantes que tienen VIH; sin embargo, existen casos con resultados positivos evaluados por examen confirmatorio de VIH; en estos, se ha observado que la mayoría de gestantes poseen ciertos factores personales comunes que pueden influir en el contagio de esta enfermedad; conociendo dichos factores se podría abordar de mejor manera los casos de las gestantes que presenten riesgo de contraer ésta enfermedad por su condición social, comportamiento sexual, antecedentes sexuales y características clínicas. Por esto, se realiza la presente investigación con el fin de poder identificar y objetivizar estos datos, que no son conocidos a nivel institucional y de ésta manera se puedan establecer estrategias que puedan prevenir el contagio del VIH y la transmisión vertical en las gestantes con resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017?

1.3. Justificación

El Virus Inmunodeficiencia Humana constituye una problemática de salud pública que afecta, a nivel mundial, a millones de personas, siendo mucho más perjudicial en grupos vulnerables como las madres gestantes. Es por ello necesario conocer aquellos factores por los que una mujer en el periodo de embarazo puede adquirir esta enfermedad, esto con el objetivo de prevenir la letalidad tanto para el niño por nacer como para la madre.

Conociendo las causales (características sociodemográficas, comportamientos sexuales, antecedentes sexuales y antecedentes clínicos), se podrá tener datos objetivos que pueden ser presentados a la institución, esto con el fin de conocer los riesgos potenciales para adquirir la infección y poder establecer estrategias preventivas en esta población y así orientar a las gestantes en los cuidados necesarios que deben adoptar para poder prevenir el VIH y otras ITS. A su vez puede servir como evidencia científica nacional y local que permita a la cual pueda acceder la comunidad de profesionales de salud interesados en ampliar sus conocimientos en relación temas de VIH.

Aparte con el estudio se podrá sugerir a futuro establecer una ficha de evaluación de riesgos en consulta de atención prenatal, esto podrá ayudar a reconocer riesgos potenciales para la adquisición del VIH, en las gestantes que acudan a su atención prenatal de manera frecuente.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

1. Identificar los factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH.
2. Determinar las características del comportamiento sexual de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH.
3. Determinar los antecedentes sexuales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH.
4. Determinar los antecedentes clínicos de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH.

CAPÍTULO II: MARCOTEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. A nivel nacional

Álvarez R. Espinola M, Angulo F, Cortez L, Limay A (2018) en efectuaron un estudio titulado “Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú”, que fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, para saber cuál es la incidencia de la infección por VIH en las mujeres embarazadas y algunas de características. La investigación encontró que el hecho de infección por VIH confirmado es errática y que el porcentaje de tamizaje de las parejas infectadas con el VIH fue bajo y se asoció con la inestabilidad de la unión (conviviente y madre soltera) por lo que es necesario crear estrategias para aumentar el tamizaje en las parejas¹².

Rojas J (2018) en Arequipa-Perú, realizó un trabajo titulado “Factores asociados a VIH-SIDA en gestantes detectadas de los establecimientos del sector salud del pedregal. Arequipa, 2008-2012”, de tipo descriptivo, cuya muestra estuvo constituida por 15 gestantes con VIH-SIDA; en el cuál se identificó que se deben implementar estrategias preventivas promocionales para disminuir la incidencia de VIH¹³.

Pillaca F (2015) en Lima-Perú llevaron a cabo una investigación titulada “Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de gestantes seropositivas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue 2012-2013”, de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, incluyendo una muestra de 99 gestantes seropositivas; del cual se obtuvo como resultado que el hecho de conocer el perfil de una paciente con VIH ayuda a una detección

temprana para interrumpir la diseminación de la infección de VIH/DIDA en la población¹⁴.

Reyes M (2014) en Lima-Perú realizó un estudio denominado “Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud”, que fue de tipo analítico y transversal, donde la muestra estuvo conformada por 349 gestantes; se halló que los factores asociados a la no realización del tamizaje dependen de la atención brindada en los establecimientos de salud, por lo que se comprueba que es necesario revisar las formas de captación de gestantes para la atención prenatal y para la orientación y consejería de VIH en los servicios de salud¹⁵.

Barzola R (2014) en Lima-Perú, desarrolló un estudio titulado “Conocimientos sobre VIH/Sida y Estilos de Vida de las mujeres en Edad Reproductiva infectadas con el VIH en una ONG de Lima, 2014”, cuyo método fue descriptivo, transversal y cuantitativo, además tomó como muestra a 66 mujeres entre 18 y 43 años de una ONG de Lima; entre los resultados se pudo evidenciar que las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH tienen conocimientos sobre su enfermedad y los modos de transmisión; más de la mitad consideró el abandono de tratamiento como factor de riesgo para desarrollar Sida¹⁶.

2.1.2. A nivel internacional

Jiang J, Pan X, Yang J, Ma Q, Chen L, He L (2016), en China efectuaron una investigación titulada “Disposición para la prueba del VIH y factores asociados en los estudiantes universitarios”, de tipo transversal, en el que se entrevistó a 535 universitarios de 11 ciudades ubicadas en la provincia de Zhejiang, donde se estableció que se debería realizar talleres o charlas que permitan

concientizar a los estudiantes sobre el tema del VIH y así lograr que se incremente la disposición a la toma de prueba del VIH¹⁷.

Uah I, Ezechi O, Ohihoin A, Afr J (2015) en Nigeria, realizaron un trabajo titulado “Discrepancia sobre el estado del VIH: Factores asociados entre las mujeres embarazadas VIH positivas en Lagos, suroeste de Nigeria”, que tuvo como muestra a 4435 mujeres inscritas durante el período de estudio, en el que se mostró que las disposiciones y pautas para reducir la reinfección por VIH deben estar enfocadas tanto en hombres como en mujeres¹⁸.

Ukaire B, Agboghoroma C, Durojaiye K (2015) en Nigeria publicaron un estudio denominado “La prevalencia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres embarazadas en trabajo de parto con estado desconocido y las personas con estado negativo al inicio del embarazo, en un hospital terciario en Nigeria” en la cual se obtuvo que el ingreso de la prueba de VIH y la consejería conducirá al diagnóstico de mujeres VIH positivas en trabajo de parto haciendo intervenciones que eviten la transmisión vertical del VIH¹⁹.

Mbena H, Seni J, Kajura A, Matovelo D, Kihunrwa A (2014) en Tanzania, efectuaron una investigación titulada “La seroconversión del virus de la inmunodeficiencia humana y los factores de riesgo asociados entre mujeres embarazadas atendidas en el Centro Médico Bugando en Mwanza”, que fue de corte transversal y la muestra incluyó a 400 mujeres embarazadas; se halló que la alta tasa de seroconversión del VIH implica que la toma de una segunda prueba del VIH debe ser una práctica constante, ya que contribuirá al tratamiento antirretroviral de manera oportuna²⁰.

Holgado M, Holgado M, García M, Esteban F, Prieto L, Ramos J (2013) en España, desarrollaron un estudio titulado “Características de una cohorte materna con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana”, que fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, siendo la muestra un grupo de 70 gestantes con infección por VIH; se pudo evidenciar que la mayoría de gestantes se infectan por relaciones sexuales heterosexuales. Por otro lado, las gestantes inmigrantes se infectan durante el embarazo y las gestantes españolas tuvieron el diagnóstico de infección antes de la gestación²¹.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Factores Personales

Toda persona es un ser que nace no sabiendo todo, sino que está convocado a desarrollarse y llegar a ser lo que realmente es. Se refiere a aquel ser humano, diferente al resto de los seres, que es racional e inteligente, consciente de sí mismo y de sus actos, con identidad propia, enteramente independiente y responsable de su propia vida²².

Los factores personales se refieren a aquellos rasgos, características o peculiaridades, ya sean internos o externos, de un individuo que predisponen a la aparición de una enfermedad o situación. Caben citar entre estos factores a: comportamientos sexuales de riesgo, consumo de tabaco y alcohol, etc.²³

Características sociodemográficas:

Se refieren a aquellos rasgos de un grupo de la población en un periodo de tiempo determinado o a lo largo de su evolución, en el cual se encuentran: edad, estado civil, educación, ocupación, tipo de vivienda, saneamiento ambiental, etc.^{24, 25}.

Características del comportamiento sexual:

El comportamiento sexual humano es un enunciado muy extenso, que incluye una serie de comportamientos desde los más habituales hasta los menos frecuentes. Asimismo, forma parte de nuestra personalidad y está determinada por rasgos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Se define como aquellas peculiaridades de la conducta que desarrollan los seres humanos e involucra determinados aspectos como: buscar compañeros sexuales, obtener la aprobación de posibles parejas, formar relaciones, mostrar deseo sexual, tener relaciones coitales, el orgasmo, etc²⁶.

Todo individuo que practique su sexualidad de manera responsable, con placer, bienestar maduro, autónomo, honesta, con respeto, protección y consentimiento²⁷.

Antecedentes clínicos:

Se trata de toda manifestación concreta que ha sucedido anteriormente y que puede asociarse a una enfermedad o trastorno que altere la salud de la persona.²⁸

2.2.2 Prueba Confirmatoria de VIH

El VIH/SIDA afecta de manera creciente a las mujeres, lo que la hace más vulnerable a la transmisión perinatal. La aplicación de medidas protectoras de transmisión vertical de la infección por VIH, sólo será permisible si se consigue identificar oportunamente a la gestante infectada. El diagnóstico de infección por VIH resultará ventajoso, incluso en el posparto inmediato para poder completar la profilaxis de la transmisión vertical en el recién nacido y suprimir la lactancia materna²⁹.

2.2.2.1 Historia del VIH SIDA

Entre 1978 y 1980, hubo un aumento de la prevalencia de personas que sufría de neumonía por *Pneumocystiscarinii* (ahora

Pneumocystisjirovecii) y sarcoma de Kaposi en Estados Unidos. Esta enfermedad solo era detectada en pacientes con inmunosupresión celular, pero en algunos casos no se conocía la procedencia³⁰.

Desde el año 1981 se diagnosticaron casos en varones homosexuales quienes a su vez se infectaban por citomegalovirus y candidiasis. Se especuló que la causa se debía a prácticas comunes entre la población homosexual masculina.

Posteriormente, aparecieron casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales que habían recibido transfusiones de sangre, usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos. Se pensó, por criterios básicamente epidemiológicos, que la causa podría ser un agente que se transmitía de manera similar el virus de la hepatitis B³¹.

Desde ahí se emprendió la búsqueda de un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida, sospechando de un retrovirus como el HTLV, productor de un tipo de leucemia. En el año 1983, en el Instituto Pasteur de París, encontró un candidato al que denominó virus asociado a linfadenopatía (LAV)³².

En el año 1984, el equipo de R. Gallo, confirmó el descubrimiento, denominándolo virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III). Posteriormente tomó el nombre de human immunodeficiency virus (HIV) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)³¹.

En el año 1990, la Organización Mundial de la Salud reportó 203.599 casos de SIDA a nivel mundial a fines de 1989. La cantidad ascendió y a pesar de los grandes logros que frenaron el aumento, aún no se ha podido revertir la tendencia creciente con características de epidemia³².

El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana es un lentivirus de la familia retrovirus, con doble cápside, y que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) produciendo la muerte; El VIH-2, principalmente se desarrolla en África Occidental y se transmite con menor vigor pero también puede producir SIDA e inclusive la muerte³¹,

³³.

Este virus se caracteriza por atacar las células inmunitarias (CD4) y aminorar las defensas, pudiendo desencadenar la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer¹.

A medida que el virus destruye la persona infectada se va tornando paulatinamente inmunodeficiente, lo cual causa una mayor predisposición a diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir¹.

2.2.2.2 Epidemiología

Se ha reportado que la mayoría de infecciones por VIH, es por VIH-1 el cual es más agresivo que el tipo 2, de manera que el período que se encuentra entre la infección con el virus y el desarrollo del SIDA es más prolongado en el caso del VIH-2; no obstante, los determinantes clínicos y epidemiológicos poseen gran similitud, por lo que en lo subsiguiente se hará referencia a ellos de forma conjunta³⁴.

Hoy en día, a pesar del aumento del número de casos en todo el mundo, algunos países presentan una persistencia como resultado de las campañas educativas y el trabajo de promoción en la prevención del VIH. El número de hombres infectados es mayor que la de mujeres, pero estas se mantienen con un aumento creciente. La conducta sexual homo-bisexual y el número de casos por uso de drogas endovenosas, se preserva con un aumento en todos los países. En definitiva, la cifra de ingresos hospitalarios por complicaciones asociadas y la mortalidad por SIDA han decaído como resultado del progreso del tratamiento antirretroviral y el uso más racional de la quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas que más prevalencia presentan estos pacientes³⁴.

Situación a nivel mundial, prevalencia e incidencia en diversos países:

A nivel mundial, se ha observado que en el año 2014, aproximadamente 36,9 millones de personas presentaban VIH, dicha cifra continúa en incremento, ya que más individuos en el mundo

siguen un tratamiento con antirretrovirales, prolongándose su tiempo de vida y mejorando su salud. Según datos de junio del año 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento. Asimismo, pese a que los casos nuevos de VIH han disminuido, todavía hay una cantidad inaceptablemente alta de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el SIDA cada año. En este mismo año, hubieron 2 millones de casos de VIH, muriendo 1,2 millones de personas por enfermedades relacionadas con el SIDA³⁵.

En el año 2015 se anunciaron 29.747 nuevos diagnósticos de VIH en los países de la Unión Europea/Área Económica Europea, lo que admite una tasa de 5,8 por 100.000 habitantes sin corregir por demora en la notificación y de 6,3 por 100.000 cuando se realizó este ajuste. Los países que presentaron tasas más altas fueron Estonia y Letonia, y aquellos con tasas más bajas fueron Eslovaquia, Eslovenia y República Checa³⁶.

Asimismo, se halló que hubo mayores casos de VIH en hombres que en mujeres (9,1 y 2,6 por 100.000, respectivamente); de acuerdo a la edad, la mayor tasa de diagnósticos de VIH se observó entre los de 25 a 29 años de edad (14,8 por 100.000 habitantes). De forma similar a años previos, las mayores frecuencias de casos se evidenciaron en hombres que tenían relaciones con otros hombres (HSH) (42%)³⁶.

Más de una tercera parte del total de nuevos diagnósticos (37%) se desencadenaron en personas originarias de otros países, a pesar que la proporción es muy variable según países (desde más del 70% en Luxemburgo y Suecia a menos del 5% en Croacia, Lituania, Letonia, Polonia y Rumanía); la mayor parte de estos casos sucedieron de países del África Subsahariana³⁶.

Por su parte en España, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH fue más elevada al promedio de la Unión Europea/Área Económica Europea con 7,4 nuevos casos por 100.000 habitantes³⁶.

También, en otros países se ha encontrado la siguiente situación:

África subsahariana: En el año 2013 se ha comprobado que 24,7 millones [23,5 - 26,1 millones] de personas vivían con el VIH en África subsahariana, donde el 58% del total de personas eran mujeres que viven con el VIH en África subsahariana³⁷.

Asia y el Pacífico: En el año 2013 se halló que 4,8 millones [4,1 - 5,5 millones] de personas vivían con el VIH. Asimismo, se produjeron en la región aproximadamente 350.000 [250.000 - 510.000] nuevas infecciones por el VIH, las cuales descendieron un 6% en el periodo de 2005 a 2013³⁷.

Estados Unidos: En el año 2013, se contabilizó un 56% de personas que viven con SIDA en esta parte del mundo³⁷.

En América Latina y el Caribe, más de 2.1 millones de personas viven con el VIH. La región del Caribe posee la segunda prevalencia más alta del mundo, alcanzando un 2.3%. La epidemia afecta cada vez más a la población infantil³⁸.

Se ha demostrado que la epidemia cada vez más se produce en población joven, pues cerca de 740,000 jóvenes entre 15-24 años viven con el VIH/SIDA. Y aproximadamente 50,000 niños y niñas menores de 15 años viven con el virus³⁸.

Además, un buen porcentaje de gestantes con VIH (menos del 30%) cuentan con información que les permita evitar la transmisión del virus a sus hijos o seguir un tratamiento antirretroviral para tratar de impedir que la enfermedad progrese³⁸.

2.2.2.3 Situación nacional

En el Perú según la situación de la epidemia de VIH en el Perú para el año 2015, se halla en un nivel “concentrado”, debido a que la prevalencia estimada de VIH en gestantes es de 0.23% y en población con alta vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres transgénero (TRANS)) es de 12.4%. El

principal mecanismo de transmisión es mediante la vía sexual (97%), seguido por una menor frecuencia de madre a hijo en un 2% y parenteral en un 1%. El 77% de los casos informados de SIDA son de varones y el 23% de mujeres. La relación hombre /mujer es de 3:1. El promedio de edad de los casos de SIDA es de 31 años, por tanto, es factible mencionar que el 50% de los casos se hayan expuesto al VIH antes de cumplir los 21 años de edad⁸.

2.2.2.4 Situación en el Hospital Hipólito Unanue

En el Hospital Hipólito Unanue, según los casos reportados en los años 2012 a 2017, se evidencia un elevado porcentaje, casi un 50% (n=1029) de casos de SIDA, seguido por la infección VIH con 49% (1005 casos), los cuales se sitúan en la etapa de vida joven y adulto; asimismo se podría afirmar un aumento por el tratamiento que reciben (TARGA) y por la especialidad que brinda la institución. Para el año 2017 dentro de la semana 01 hasta la semana 08 se reportaron 12 casos para SIDA observándose una disminución leve, también se registraron 20 casos para VIH³⁹.

2.2.2.5 Clínica y Diagnóstico

Los síntomas de la infección por el VIH difieren según la etapa de que se trate. En las primeras semanas es posible que las personas no manifiesten síntomas mientras que en otras ocasiones pueden presentar un cuadro seudogripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta. Aunque el nivel de infección es mayor en los primeros meses, muchas de las personas que ya tienen el virus, desconocen su condición.

Mientras más comprometido se vea el sistema inmunitario debido al avance de la infección se pueden manifestar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre,

diarrea y tos. Sin el tratamiento adecuado pueden manifestarse diversas enfermedades oportunistas como el sarcoma de Kaposi, infecciones bacterianas graves como la meningitis criptocócica, tuberculosis, entre otros¹.

También puede haber complicaciones neurológicas (meningitis, encefalitis y mielopatía) así como procesos tumorales (linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi), respiratorias (neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, tuberculosis pulmonar y sinusitis repetidas), digestivas (diarreas persistentes y otras enfermedades intestinales).³⁴

Antes de establecer el diagnóstico se realiza de forma obligatoria y personalizada una consejería pre-test a mujeres en gestación como las que se encuentran en puerperio antes de realizar la prueba rápida de VIH, ya sea en los servicios de atención prenatal, centros obstétricos y postparto, la cual debe consignar la siguiente información:

- Origen de la infección y la transmisión vertical del VIH.
- Los pasos para llevar a cabo la prueba rápida del VIH.
- Los riesgos y beneficios de la prueba para VIH.
- Riesgo de transmisión y cómo puede prevenirse la infección por VIH, así como las probabilidades que la madre pase al niño el virus.
- La importancia de los resultados de la prueba y los procedimientos necesarios para hacerla.
- Lo que se debe de hacer ante un resultado negativo o positivo de la prueba.
- Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales, así como la existencia de terapias efectivas para la infección por VIH.⁴⁰

La consejería post-test se llevará a cabo luego de los resultados obtenidos de la prueba (falsa o positiva). Esta debe ser realizada por

un profesional de salud, debidamente autorizado para este fin, en forma específica y respetando la confidencialidad⁴⁰.

Durante la consejería post-test reactivo se deberá proveer la siguiente información²⁷:

- Revelar las posibles consecuencias para su salud.
- Reforzar la información sobre la transmisión vertical.
- Reforzar las medidas preventivas para disminuir la transmisión del VIH de la madre al niño.
- Informar sobre el pasaje trans-placentario de anticuerpos maternos al recién nacido y la necesidad de evaluar al niño de forma periódica hasta los 18 meses de nacido para conocer la serología con respecto al VIH.
- Orientar sobre la transmisión por la leche materna y la alimentación del neonato.
- Impulsar conductas de auto cuidado, búsqueda de servicios de salud.
- Informar la importancia de conocer la condición serológica de su pareja.
- Sugerir el uso del condón en las relaciones sexuales, para evitar posibles reinfecciones o adquirir infecciones de transmisión sexual o nuevas cepas de VIH⁴⁰.

La detección temprana de la infección por VIH en gestantes permitirá intervenciones oportunas para evitar la transmisión de la infección por esta vía, difundiendo a la vez, el tamizaje gratuito que se oferta en los servicios de salud. Las intervenciones para la eliminación de VIH se deben dirigir tanto a las mujeres en edad fértil como a sus parejas⁴¹.

Para realizar el diagnóstico de infección por VIH se necesita la realización de dos pruebas de diferente principio o metodología⁴².

La prueba de tamizaje para VIH incluye a todos aquellos experimentos que ayudan a detectar anticuerpos contra el VIH; entre estas destacan: el ensayo por inmuno-absorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH y las pruebas rápidas para VIH⁴³.

- Prueba rápida para VIH: Es una prueba de tamizaje (inmuno-ensayo enzimático rápido) que favorece a la identificación rápida de anticuerpos contra el VIH en determinadas muestras como sangre capilar, suero, etc. También existen pruebas rápidas que descubren paralelamente la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH⁴³.

A pesar que las pruebas rápidas son exámenes de diversa metodología y diferente capacidad diagnóstica tienen ciertas características en común: como el tiempo de ejecución es un periodo de 20 minutos o menos, el no requerir equipamiento (pueden realizarse fuera del laboratorio) y poder tener un control de calidad interno. Suelen ser menos específicos que las pruebas de ELISA pero tienen una sensibilidad similar. La inmuno-cromatografía es el método más utilizado, aunque también existen otros métodos como la aglutinación, inmuno-concentración y fase sólida. En las gestantes, estas pruebas pueden detectar mujeres sanas o con la infección de manera adecuadas; sin embargo, puede haber falsos positivos que varía según la prevalencia de la infección por el VIH en cada población y del tipo de muestra utilizada, por lo cual se recomienda repetir cada tres meses hasta el final del embarazo, en previsión de un periodo de ventana prolongado⁴⁴.

- Ensayo por inmuno-absorción ligado a enzimas (ELISA): Utiliza antígenos procedentes del virus íntegro y los une a recipientes de microtitulación. Ahí se vierte el suero o plasma de la persona con sospecha de VIH; de haber anticuerpos, se unirán a los antígenos presentes. Posteriormente se adicionan anticuerpos antiviral marcados con una enzima que, luego de adicionar el sustrato para dicha enzima, cambiarán de color. La presencia de la glucoproteína

viral indicará la positividad de la prueba y que la paciente está en fase de viremia, ya sea en una infección primaria como secundaria. Se caracterizan por una alta sensibilidad (casi 100%) y una buena especificidad (99,5%) que tiene mejores resultados en las pruebas rápidas pero menos que de las confirmatorias. La exactitud de la prueba depende si el antígeno es de calidad, que es el componente que define su generación; hoy sólo son aceptables los ELISA de tercera y cuarta generación^{44, 45}.

Entre los principales ensayos de la prueba de ELISA se encuentran:

- Indirecto: tiene alta sensibilidad, pero una menor especificidad, lo que puede ocasionar falsos reactivos.
- Competitivo: son altamente específicos.
- Sándwich: tienen una mejor sensibilidad, sus resultados pueden ser más precoces y son altamente específicos
- De captura: tienen buena sensibilidad y una alta especificidad⁴⁴

La quimioluminiscencia es una técnica de laboratorio que se fundamenta en el uso de la luz que es liberada en algunas reacciones químicas para descubrir la presencia del virus y no la de anticuerpos.

Como se mencionó anteriormente la reacción oxidativa de la enzima-sustrato produce una sustancia luminiscente que dará el resultado positivo; en el plasma de la sangre del paciente puede o no estar el virus después de una semana del contagio así como el anticuerpo contra el virus del SIDA⁴⁶.

2.2.2.6 Transmisión vertical en el recién nacido

Se denomina transmisión vertical del VIH cuando la madre contagia al niño durante la gestación, el parto, o mediante la leche materna. Esto suele ocurrir en 1 de cada 5 embarazos de mujeres con VIH que no reciben tratamiento y tienen carga viral detectable en sangre⁴⁷.

Los caminos por los cuales puede un niño puede adquirir el VIH son:

-Vía transplacentaria: La patogénesis en el caso de la infección intrauterina no está bien comprendida, pero puede ser causada por microtransfusiones de sangre materna infectada a la circulación del feto o por la infección progresiva en las diferentes capas placentarias. Asimismo, la transmisión vertical del VIH puede verse facilitada por infecciones de células trofoblásticas que expresan receptores CD4 y por la corioamnionitis. El 30% de los casos por transmisión vertical, produciéndose la mayoría de veces, en los dos últimos dos meses⁴¹,
48.

- Transmisión intraparto: Constituye el 50% de los casos⁴¹.

Se conoce que hay mayor riesgo de infección por parto vaginal, ya que puede haber aspiración de secreciones vaginales, ruptura de membranas; asimismo, el primer gemelo en nacer tiene más probabilidades de ser infectado. Se ha detectado también, que los recién nacidos con menores niveles de vitamina A tienen más riesgo de ser infectados, ya que las cantidades insuficientes de esta vitamina no permite un buen funcionamiento de las células inmunológicas del aparato digestivo ⁴⁸.

- Lactancia materna: La leche materna es la segunda fuente de infección luego del parto (27%), sobre en todo en aquellas mujeres que fueron detectadas en el periodo postparto (29%). El riesgo de infección se da en mayor proporción en aquellas mujeres que han sido infectadas de manera reciente, debido a la elevada carga viral (75% para los primeros seis meses de edad). Asimismo, el riesgo de infección aumenta por la falta de inmunoglobulinas (IgM, IgA), presencia de macrófagos infectados por virus con tropismo por correceptores CCR5 en el calostro y en leche temprana, y la compartimentalización del VIH entre la sangre y la leche materna que no permite detectar las viremias plasmáticas, a pesar de una adecuada administración de terapia antirretroviral⁴⁸.

2.2.2.7 Comportamiento sexual y prácticas como factores del aumento de VIH

En cuanto al tipo de comportamiento sexual, el sexo anal, que conlleva a la penetración del pene en el ano, es lo que ocasiona un mayor riesgo de transmisión del VIH, a diferencia de otras prácticas sexuales como el sexo vaginal u oral, los besos y las caricias. Generalmente, el receptor tiene un riesgo mayor de adquirir el VIH en las relaciones sexuales anales, teniendo 13 veces más de posibilidades de contraer la infección que la pareja insertiva, esto debido a que la mucosa del recto es delgada y puede dejar que el VIH pase al cuerpo durante las relaciones sexuales anales⁴⁹.

2.2.2.8 Manejo de las gestantes con resultado reactivo de VIH

Según la Normativa Técnica de Salud para la prevención de la transmisión vertical, existen tres escenarios para el manejo:

ESCENARIO 1 (VIH-E1): Cuando una gestante tiene diagnóstico de VIH por primera vez y no recibe TARGA.

El manejo antirretroviral en este escenario será el siguiente:

- Se iniciará terapia triple antirretroviral desde las 14 semanas de embarazo.
- Se pedirá la carga viral y los niveles de CD4, así como la prueba confirmatoria de ser necesario.
- La terapia antirretroviral deberá iniciarse independientemente de los resultados de CD4, Carga Viral o confirmación VIH de la gestante.
- El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) 300 mg por vía oral una vez al día, Lamivudina (3TC) 150 mg vía oral 2 veces al día y Efavirenz (EFV) 600 mg vía oral una vez al día⁵⁰.

ESCENARIO 2 (VIH-E2): Gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo.

El manejo antirretroviral en este escenario será el siguiente:

- Toda gestante con VIH que recibe TARGA desde antes del embarazo, acudirá a recibir atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y seguirá con el tratamiento que tenía anteriormente.
- En caso que la paciente esté tomando Efavirenz, éste será prolongado si la carga viral no se puede detectar, pero si es detectable, la paciente debe ser referida para evaluación del Infectólogo, quien precisará el esquema antirretroviral a seguir.
- El tratamiento antirretroviral seguirá siendo el mismo durante la gestación y en el periodo postparto, siendo derivada al equipo multidisciplinario de manejo del TARGA adulto⁵⁰.

ESCENARIO 3 (VIH-E3): Gestante diagnosticada con infección VIH durante el trabajo del parto

El manejo antirretroviral en este escenario será el siguiente:

- La gestante que haya sido tenido un resultado positivo en la prueba rápida o en el ELISA autorizará su consentimiento para el tratamiento antirretroviral.
- El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV) más Zidovudina (AZT) endovenosa.
- La gestante diagnosticada recibirá: TDF 300 mg vía oral cada 24 horas, 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas y EFV 600 mg vía oral cada 24 horas. Brindar AZT de 2 mg/Kg peso por vía endovenosa, durante la primera hora de infusión y continuar a 1 mg/Kg./hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.
- Luego del embarazo, el tratamiento continuará según el TARGA dado en adultos sin depender del CD4 y carga viral⁵⁰.

2.2.3 Factores personales asociados al resultado positivo de la prueba de VIH

Los factores personales se refieren a aquellos elementos o características de un sujeto que predisponen a la aparición de un resultado positivo en la prueba de VIH.

Características sociodemográficas asociadas:

Se interpreta como aquellos elementos de un grupo poblacional que se asocian con la aparición de un resultados positivo de VIH.

A través de estudios se ha encontrado que la infección por VIH se asoció con el nivel de educación secundario.¹⁹

Características del comportamiento sexual asociado:

Se interpreta como aquellos elementos de la conducta humana relacionados a la esfera sexual que pueden influenciar en el desarrollo de un resultado positivo de VIH, generalmente son prácticas riesgosas.

En una investigación se encontró que las características de actividad sexual asociadas a la infección con VIH en el embarazo fueron: el haber tenido relaciones sexuales inseguras (60%) y con otras parejas (60%), además de no usar el condón (74.0%)¹³.

Antecedentes clínicos asociados:

Son todas aquellas manifestaciones que se relacionan con la presencia de VIH.

En un trabajo se observó que gestantes con VIH habían usado drogas endovenosas (14%), lo que pudo ocasionar la aparición de la infección¹³.

2.3 Definición operacional de términos

- **VIH:** También llamado Virus de la inmunodeficiencia Humana, se trata de un retrovirus que invade el sistema inmunológico (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento⁵¹.

- **Gestante infectada por el VIH:** Gestante con virus VIH circulante en su organismo detectada a través de Prueba Rápida, ELISA y/o Quimioluminiscencia⁵².
- **Transmisión vertical del VIH:** Es el pasaje del Virus de la madre al niño durante la gestación, parto o lactancia materna⁵².
- **Prueba de quimioluminiscencia:** Método automatizado que emplea una emisión luminosa a través de una reacción enzima-sustrato; es más sensible que los ELISA, y es más específico⁴⁴.

2.4 Hipótesis

- Existen factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2014-2017.
- No existen factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2014-2017.
-

2.5 Variables e indicadores

Resultado reactivo de la prueba de VIH

Factores personales de riesgo

- Características sociodemográficas
- Características del comportamiento sexual
- Antecedentes sexuales
- Antecedentes clínicos

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y nivel de investigación

Estudio de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal.

Diseño: Analítico de casos y controles, el grupo caso estuvo conformado por las gestantes con resultado reactivo de la prueba rápida y resultado reactivo de prueba confirmatoria de VIH y el grupo control por gestantes con resultado reactivo de la prueba rápida y resultado no reactivo de la prueba confirmatoria.

Nivel: Relacional.

3.2 Población y muestra:

Población de estudio:

7477 gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2014-2017.

Muestra de estudio:

Se estimó que la muestra estuvo conformada por todas las gestantes con resultado reactivo de prueba de VIH (133 gestantes pertenecientes al grupo caso) y por 133 gestantes sin resultado reactivo de prueba de VIH (grupo control), puesto que por cada caso se seleccionó un control

Tipo De Muestro

Se utilizaron dos tipos de muestreo:

Grupo caso: se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo censal, puesto que se pretendió estudiar a todos los resultados reactivos de prueba de VIH atendidos durante el periodo 2014-2017.

Grupo control: muestreo no probabilístico por conveniencia, pareado 1 a 1 por fecha de atención y personal que atendió.

En ambos casos se verificó que cumplan los criterios de selección.

Criterios De Inclusión:

- Gestantes con resultado de la prueba rápida reactiva transferidas al HNHU de los establecimientos de referencia.
- Gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue cuya prueba de VIH haya salido reactivo (**Grupo caso**).
- Gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue cuya prueba de VIH haya salido no reactivo (**Grupo control**).
- Gestantes de cualquier edad.
- Gestantes del primer, segundo y tercer trimestre de embarazo.

Criterios De Exclusión:

- Gestantes sin resultados de la prueba de VIH.
- Gestantes que no tengan datos completos.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Descripción de los instrumentos

Técnica: La técnica empleada fue el análisis de datos de fuente indirecta:

Instrumento: El instrumento fue una ficha de recolección de datos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que fue adaptada para la investigación y estuvo dividido en 5 partes, con preguntas cerradas y abiertas.

- *Primera parte:* contiene 2 ítems sobre los resultados de las pruebas de tamizaje rápido.

- *Segunda parte:* contiene 5 ítems sobre las características sociodemográficas de la muestra de estudio.
- *Tercera parte:* contiene 7 ítems sobre las características del comportamiento sexual de la muestra de estudio.
- *Cuarta parte:* contiene 3 ítems sobre los antecedentes sexuales de la muestra de estudio.
- *Quinta parte:* contiene 3 ítems sobre las características clínicas en gestantes.

Toda la información fue recabada de la prueba de tamizaje de VIH y del libro de registro del consultorio de PROCETS.

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico

El análisis de la información se realizó en el programa SPSS v.25 los resultados fueron presentados en tablas y gráficos, según corresponda.

Se realizó dos tipos de análisis, uno descriptivo y otro inferencial. El análisis descriptivo se expresó mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (porcentajes) y el análisis inferencial, sirvió para determinar la asociación entre las variables factores personales y resultado reactivo de la prueba de VIH. Puesto que ambas variables fueron cualitativas se utilizó las pruebas no paramétricas de la chi cuadrado o la exacta de Fisher (proporción esperada menor a 5), según el resultado de la proporción esperada, considerándose significativo cuando el p valor fue menor a 0.05.

3.5 Aspectos éticos

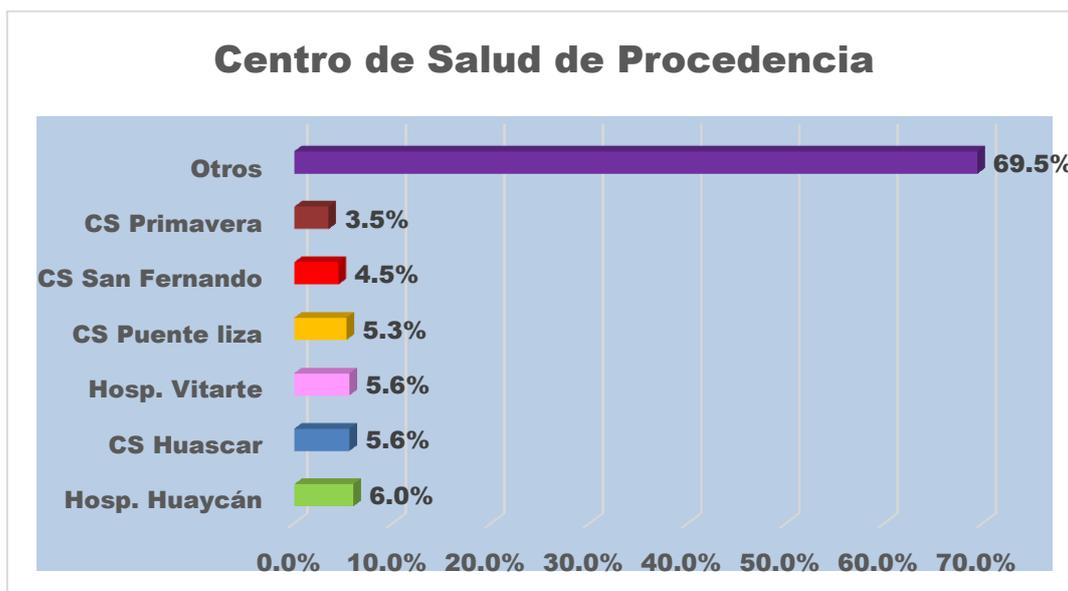
Para la realización de la presente investigación se contó con la autorización de parte de la dirección de la EAP de Obstetricia de la Universidad Norbert Wiener y de la dirección del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Asimismo, se han seguido los principios, lineamientos y directrices para la investigación con seres humanos estipulados en la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones.

Aunque no se ha requerido la intervención directa de las gestantes, por lo que no se necesitó el uso del consentimiento informado, se ha cuidado la privacidad de la información personal obtenida a través de un código de identificación. Se cumplió con la norma de veracidad respetando el principio de autonomía del Profesional en Obstetricia.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Grafico N°1: Centro de salud de procedencia de las gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue



En el gráfico 1 se observan los centros de salud de procedencia de las gestantes atendidas en el servicio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde el 6% proviene del Hospital de Huaycán, el 5.6% provienen del Centro de Salud Huáscar, el 5.6% proviene del Hospital de Ate Vitarte. El 5.3% del Centro de Salud Piedra Liza, el 4.5% del Centro de Salud San Fernando y el 3.5% del Centro de Salud Primavera.

Tabla N°1: Características sociodemográficas de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Características Sociodemográficas		Resultado reactivo de la prueba de VIH				p
		Si		No		
		N	%	N	%	
Edad	De 18 años a 34 años	112	84,2%	119	89,5%	0.204
	>= 35 años	21	15,8%	14	10,5%	
Grado de instrucción	Sin instrucción	3	2.3%	0	0.0%	0.012
	Primaria incompleta	13	9.8%	7	5.3%	
	Primaria completa	9	6.8%	8	6.0%	
	Secundaria incompleta	35	26.3%	18	13.5%	
	Secundaria completa	61	45.9%	86	64.7%	
	Superior	12	9.0%	14	10.5%	
Estado civil	Sin pareja	30	24,6%	31	23,3%	0.884
	Con pareja	103	75,4%	102	76,7%	
Ocupación	Con ocupación	45	33,9%	35	26,3%	0.181
	Sin ocupación	88	66,1%	98	73,7%	
Total		133	100.0%	133	100.0%	

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°1 se observan las características sociodemográficas asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH, donde se observa: la asociación significativa entre el grado de instrucción y el resultado reactivo de la prueba de VIH ($p=0.012$), es decir, que en el 2.3% de las gestantes que no tuvieron instrucción los resultados de la prueba confirmatoria fueron reactivos; por otro lado, se observó que el 26.3% de las gestantes con grado de instrucción secundaria incompleta tuvieron un resultado de la prueba confirmatoria para VIH reactivo y el 13.5% de las gestantes con grado de instrucción secundaria incompleta un resultado no reactivo, mientras que el 45.9% de las gestantes con grado de instrucción secundaria completa tuvieron un resultado reactivo y el 64.7% un resultado negativo, observándose porcentajes diferentes.

Tabla N°2: Características del comportamiento sexual de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Características del comportamiento sexual		Resultado reactivo de la prueba de VIH				p
		Si		No		
		N	%	N	%	
Edad de Inicio de Relaciones Sexuales	<15 años a 17 años	83	62,4%	72	54,2%	0,171
	>= 18 años	50	37,6%	61	45,8%	
Relaciones Sexuales con personas	Bisexual y homosexuales	4	3,0%	3	2,3%	0.701
	Heterosexuales	129	97,0%	130	97,7%	
Prácticas sexuales realizadas	Sexo anal, oral y vaginal	59	44,4%	46	34,6%	0,103
	Solo sexo vaginal	74	55,6%	87	65,4%	
Más de 1 pareja sexual en los últimos 5 años	Si	70	52,6%	40	30,1%	0,0002
	No	63	47,4%	93	69,9%	
Promedio de relaciones sexuales semanalmente	5 - 7	3	2,3%	1	0,8%	0,314
	1 - 4	130	97,7%	132	99,2%	
Uso del condón	No	126	94,7%	125	94,0%	0,790
	Si	7	5,3%	8	6,0%	
Total		133	100,0%	133	100,0%	

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°2 se observan las características del comportamiento sexual asociado al resultado reactivo de la prueba de VIH, donde: el 52.6% de las gestantes que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 5 años el resultado de la prueba de VIH fue reactivo y en el 30.1% resultó no reactivo; mientras, en el 47.4% de las gestantes que no tuvieron más de una pareja sexual en los últimos cinco años el resultado de la prueba de VIH fue reactivo y en el 69.9% de las gestantes que no tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 5 años hubo un resultado no reactivo, evidenciándose diferencias porcentuales, es decir, se observa asociación significativa entre el número de parejas sexuales y el resultado de la prueba confirmatoria ($p=0.0002$).

Tabla N°3: Antecedentes sexuales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Antecedentes sexuales de riesgo		Resultado reactivo de la prueba de VIH				p
		SI		NO		
		N	%	N	%	
Antecedentes de ITS	Si	25	18,8%	6	4,5%	0,0003
	No	108	81,2%	127	95,5%	
Trabajadora sexual	Si	4	3,0%	0	0,0%	0,044
	No	129	97,0%	133	100,0%	
Orientación sexual	Bisexual y homosexual	4	3,0%	3	2,3%	-
	Heterosexual	129	97,0%	130	97,7%	
Total		133	100,0%	133	100,0%	

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°3 se observan los antecedentes sexuales asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH, donde: el 18.8% de las gestantes que tuvieron antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tuvieron un resultado reactivo de la prueba VIH y el 4.5% un resultado no reactivo, asimismo el 81.2% de las gestantes que no tuvieron antecedentes de ITS presentaron un resultado no reactivo y el 95.5% de las gestantes no tuvo resultado no reactivo; observándose que existe relación significativa entre los antecedentes de ITS y el resultado reactivo de la prueba VIH ($p=0.0003$). Por otro lado, el 3% de las gestantes que fueron trabajadoras sexuales tuvieron un resultado reactivo de la prueba VIH, no existieron casos de trabajadoras sexuales con resultado no reactivo de la prueba VIH (0%), observándose relación significativa entre el ser trabajadora sexual y el resultado reactivo de la prueba de VIH ($p=0.044$).

Tabla N°4: Antecedentes clínicos de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Antecedentes clínicos	Resultado reactivo de la prueba de VIH				p	
	SI		NO			
	N	%	N	%		
Trimestre de gestación	I Trim	28	21,1%	26	19,5%	0,032
	II Trim	61	45,9%	43	32,3%	
	III Trim.	44	33,1%	64	48,1%	
Número de gestaciones	De 3 a más	35	26,3%	34	25,6%	0,889
	1 - 2	98	73,7%	99	74,4%	
Paridad	De 1 a más	64	48,1%	71	53,4%	0,391
	Ninguno	69	51,9%	62	46,6%	
Hijos	De 1 a más	65	48,9%	70	52,7%	0,539
	Ninguno	68	51,1%	63	47,3%	
Consumo de drogas	Si	13	9,8%	3	2,3%	0,010
	No	120	90,2%	130	97,7%	
Total		133	100,0%	133	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Al respecto de los antecedentes clínicos, tenemos que en base al trimestre de gestación: el 45.9% de las gestantes del II trimestre tuvieron un resultado reactivo y 32.3% un resultado no reactivo, mientras que, el 33.1% de las gestantes del III trimestre de gestación tuvieron un resultado reactivo y el 48.1% un resultado no reactivo, evidenciándose asociación significativa entre el trimestre de gestación y los resultados de la prueba confirmatoria para VIH ($p=0.032$). En cuanto al consumo de drogas, el 9.8% de las gestantes que consumieron drogas presentaron un resultado reactivo y el 2.3% un resultado no reactivo, evidenciándose asociación significativa entre el consumo de drogas y el resultado reactivo de la prueba VIH ($p=0.010$).

4.2 Discusión

La transmisión vertical de VIH sigue siendo un problema de salud pública que compromete la salud del binomio madre-niño. Es por ello, que éste tema es

motivo de estudio de la presente investigación, ya que son pocos los trabajos que hablan sobre las gestantes y los factores de riesgo para contraer VIH y menos aún cuáles han sido aquéllos factores que pueden predisponer a que una mujer embarazada tenga una prueba confirmatoria de ésta enfermedad. A continuación, se muestran los resultados que se han obtenido en el presente estudio y la comparación de los hallazgos de otras investigaciones afines al tema.

Con respecto a las características sociodemográficas asociadas al resultado reactivo de la prueba confirmatoria, se obtuvo que el grado de instrucción es una característica que se asoció a un resultado reactivo de la prueba confirmatoria de VIH ($p=0.012$), debido a que aquellas gestantes con un menor nivel de instrucción (secundaria incompleta: 26.3%, primaria: 16.6%) tienen mayor probabilidad de un resultado reactivo, a diferencia de las gestantes con resultado no reactivo que tienen un mayor nivel de instrucción (secundaria completa: 64.7%, superior: 10.5%). Por su parte, Ukaireet al.¹⁹ encontraron que la educación a nivel secundario se asoció significativamente al VIH en el embarazo ($p<0.001$). Esto es disímil a lo hallado por Kwiek et al.⁵³, ya que en su investigación la infección por VIH en mujeres embarazadas no se asoció con el nivel de educación.

Por otro lado, la edad de las gestantes no se asoció a un resultado reactivo de la prueba confirmatoria de VIH ($p=0.480$), al igual que el trabajo de Mbena et al.²⁰, quien mostró que la edad no se relacionó con la infección de VIH positivo en el embarazo; asimismo, esto no concuerda con la investigación de Bernasconi, donde se halló que la edad más joven (14 a 19 años) se asoció con la infección reciente de VIH en las mujeres gestantes⁵⁴.

Sobre las características del comportamiento sexual, en un artículo se evidenció que la forma más habitual de adquirir el VIH es por medio de las relaciones sexuales no protegidas (sin condón); por ello es indispensable que el comportamiento sexual sea lo más seguro posible para evitar la diseminación del VIH⁵⁵.

En el presente trabajo se encontró que las prácticas sexuales realizadas se asociaron a un resultado reactivo de la prueba confirmatoria de VIH en las gestantes ($p=0.002$), donde el sexo vaginal, anal y oral lo practicó el 36.1% de las gestantes con resultado reactivo, a diferencia del 16.5% de gestantes con resultado no reactivo; en cambio, Reyes M¹⁵, a pesar que evaluó a adolescentes,

en su investigación demostró que un factor asociado para infección por VIH en gestantes fue el sexo anal receptor ($p < 0.005$); por su lado, Rojas¹³ en su investigación demostró que las relaciones sexuales inseguras y con otras parejas representaron factores sociales. Si bien cuando se lleva a cabo una sola forma de actividad sexual, por ejemplo el sexo vaginal, no hay mucha predisposición a obtener un resultado reactivo de la prueba de VIH, mientras que cuando se practican las tres formas de actividad sexual como el sexo vaginal, anal y oral, hay un incremento de posibilidad de tener un resultado reactivo en la prueba confirmatoria, tal vez porque, no solo, la condición de ser receptivo en el sexo anal condiciona a un mayor riesgo de adquirir el VIH, sino también las demás prácticas (sexo vaginal y en menor porcentaje a través del sexo oral), lo cual puede evitarse con el uso de preservativos y la debida medicación.

En lo referente al número de parejas sexuales, el tener más de una pareja sexual en los últimos cinco años se asoció a un resultado reactivo de la prueba confirmatoria de VIH ($p = 0.000$), pues el 52.6% de las gestantes con resultado reactivo tuvo más de 1 pareja sexual, mientras que en el grupo con resultado no reactivo, solo el 30.1% tuvo más de 1 pareja sexual; similar al estudio de Reyes M¹⁵, quien demostró que el haber tenido varios compañeros sexuales es un factor asociado para infección por VIH en gestantes ($p < 0.05$). Así también, Mbena et al.²⁰ Encontraron en su estudio que el la poligamia fue un predictor de VIH en mujeres embarazadas ($p < 0.001$). Definitivamente el hecho de tener varias parejas sexuales, condiciona a una mayor posibilidad de infectarse con el VIH, ya que muchas veces se desconoce la historia sexual de cada persona, así como las conductas sexuales que adoptan, si son riesgosas o protectoras, llegado a que una paciente adquiera el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Respecto a los antecedentes sexuales de riesgo, es de destacar que los principales grupos de riesgo para la transmisión del VIH son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), los usuarios de drogas inyectadas, los inmigrantes, entre otros. Asimismo, estas colectividades están expuestas a un riesgo más elevado de contraer otras infecciones, como gonorrea, sífilis, tuberculosis (TB) o hepatitis B y C⁵⁶. Se halló que el tener un antecedente de ITS se asocia a un resultado reactivo de la prueba confirmatoria en las gestantes ($p = 0.001$), de manera equivalente en el trabajo de Mbena et al.²⁰se

observó que el antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual como la sífilis ($p < 0.001$), resultó un predictor independiente del VIH entre mujeres embarazadas. Esto posiblemente se deba a que las lesiones propias de las infecciones de transmisión sexual como una úlcera o una herida en la piel, contribuye al ingreso del VIH, más aún cuando se llevan a cabo prácticas sexuales riesgosas (sexo sin preservativo, sexo anal, pareja con ITS, etc.).

En cuanto a los antecedentes clínicos se encontró que no hubo asociación significativa entre el número de gestaciones ($p = 0.889$) y la infección para el VIH, en cambio, Bernasconi et al.⁵⁴ en su trabajo hallaron que el ser primigestas se asoció con la infección reciente de VIH en mujeres gestantes, considerándolo como un grupo de alto riesgo para la adquisición del VIH.

Acerca del consumo de drogas, esta variable se relacionó con el resultado reactivo de la prueba confirmatoria de VIH ($p = 0.010$), así también Rojas¹³ señaló que las gestantes VIH positivo han usado drogas endovenosas, mientras que Reyes M.¹⁵ en su investigación encontró que no hubieron antecedentes de consumo de tabaco o drogas en gestantes adolescentes. Generalmente el consumo de sustancias tóxicas, llevan a una serie de actitudes desfavorables como relaciones coitales sin preservativo, múltiples parejas sexuales, riesgo de acceder a drogas que son inyectadas por vía endovenosa, etc., ocasionando como efecto, la adquisición del VIH.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Los factores personales asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017 fueron el grado de instrucción, el tener más de una pareja sexual en los últimos 5 años, antecedentes de ITS, el ser trabajadora sexual, el trimestre de gestación y el consumo de drogas.
2. La característica sociodemográfica asociada al resultado reactivo de la prueba de VIH fue el grado de instrucción ($p=0.012$).
3. La característica del comportamiento sexual asociada al resultado reactivo de la prueba de VIH fue el número de parejas sexuales ($p=0.0002$).
4. Los antecedentes sexuales asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH fueron el antecedente de ITS ($p=0.0003$) y el ser trabajadora sexual ($p=0.044$).
5. Los antecedentes clínicos asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH fueron el trimestre de gestación ($p=0.032$) y el consumo de drogas ($p=0.010$).

5.2 Recomendaciones

1. Reforzar la consejería en VIH e incrementar la oferta de la prueba a todas las gestantes que acuden a los servicios de salud desde la primera consulta prenatal, en específico, las que asisten a los servicios de planificación familiar; así también aumentar la captación de las mismas con el radar de gestantes en las visitas domiciliarias.

2. Reforzar la consejería de VIH en la población de menor edad, aquellos que aún están en edad escolar; y evaluar y comprobar si conocen los medios para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, así también confirmar si están recibiendo educación en su familia y brindar información de los recursos locales, sanitarios y comunitarios como promoción de la salud.
3. Realizar estudios donde se evalúen los factores institucionales que pudieran influir en el tamizaje temprano de VIH y de otras enfermedades de transmisión vertical (como por ejemplo la disponibilidad de las pruebas y el ofrecimiento de las pruebas por parte del profesional de salud) y de ésta manera garantizar la detección precoz de infección por VIH en gestantes y así realizar un manejo oportuno.
4. Realizar investigaciones con un mayor número de gestantes o donde se compare los resultados de las pruebas de VIH de las gestantes que hayan sido atendidas en diferentes instituciones de salud.
5. Brindarle confianza por parte del profesional de salud y obstetra que atiende a las gestantes, requerida para que aquella que haya consumido drogas lo manifieste con sinceridad; luego de esto, sería importante realizar la prueba rápida y, de resultar reactivo, ejecutar el esquema correspondiente para prevenir la transmisión útero placentaria.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/Sida. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017. [Acceso el 11 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estadísticas Básicas sobre VIH. Estados Unidos: Centro de Estadísticas. 2017.
3. Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Estadísticas Mundiales de VIH/sida 2016. ONU/SIDA. España; 2017.
4. Sing S. Kulkarni M. ¿Cómo se puede prevenir el VIH y erradicar la epidemia del sida en América Latina y El Caribe?. Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo; 2016.
5. Diario “Las Américas”. Los 5 países de América Latina con mayores contagios nuevos de VIH. 01 de diciembre de 2016. Estados Unidos; 2018. [Acceso el 10 de diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.diariolasamericas.com/america-latina/los-5-paises-america-latina-mayores-contagios-nuevos-vih-n4109075>.
6. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre el VIH/ SIDA. Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2016. [Acceso el 10 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
7. García A., Nogueira I., Cowgill K. El VIH/ SIDA en países de América Latina. Los retos futuros. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2004. [Acceso el 11 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-paises-America-Latina.pdf>
8. Pun M. Situación de la epidemia de VIH en el Perú. Perú: Ministerio de Salud; 2015.

9. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan Multisectorial de Prevención y Control de las infecciones de Transmisión sexual – ITS y el VIH –PEM ITS VIH 2015-2019. Perú: Ministerio de Salud; 2015. [Acceso el 17 de agosto del 2017]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SUPREMO_035-2015-SA.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: La OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH. Ginebra: OMS, 2013.
11. Ministerio de Salud. Pacientes con VIH/sida del Hospital Hipólito Unanue tienen mayor expectativa de vida, 2011. Perú: Ministerio de Salud; 2011. [Acceso 18 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/COMUNICACIONES/Noticias/2010/VIH.pdf>.
12. Álvarez R. Espinola M, Angulo F, Cortez L, Limay A. Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Gineco. Obstet. Mex. 2018; 86 (2):108-116.
13. Rojas J. Factores asociados a VIH-SIDA en gestantes detectadas de los establecimientos del sector salud del pedregal. Arequipa, 2008- 2012. [Tesis de maestría]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Escuela de Postgrado; 2018.
14. Pillaca F. Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de gestantes seropositivas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue 2012-2013. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia; 2015.
15. Reyes M. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. [Tesis de maestría]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014.
16. Barzola R. Conocimientos sobre VIH/Sida y Estilos de Vida de las mujeres en Edad Reproductiva infectadas con el VIH en una ONG de Lima, 2014. [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad

Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014.

17. Jiang J, Pan X, Yang J, Ma Q, Chen L, He L. Willingness for HIV test and associated factors among 535 college students who had sex in Zhejiang province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi (China)*. 2016; 37 (10): 1356-1360.
18. Uah I, Ezechi OC, Ohihoin A, Afr J. HIV Status Discordance: Associated Factors among VIH Positive pregnant women in Lagos, Southwest, Nigeria. *ReprodHealth*. 2015; 19 (2):108-16.
19. Ukaire B, Agboghroma C, Durojaiye K. The Prevalence of Human Immunodeficiency Virus Infection among Pregnant Women in Labour with Unknown Status and those with Negative Status Early in the Index Pregnancy in a Tertiary Hospital in Nigeria [Online magazine] 2015 [Access on December 14, 2017]; 19(3):137-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26897922>.
20. Mbena H, Seni J, Kajura A, Matovelo D, Kihunrwa A. La seroconversión del virus de la inmunodeficiencia humana y los factores de riesgo asociados entre mujeres embarazadas que prestan servicios en el Centro Médico Bugando en Mwanza. *Ann Med HealthSci Res*. 2014; 4(5):733-7. DOI: 10.4103/2141-9248.141539.
21. Holgado M, Holgado M, García M, Esteban F, Prieto L, Ramos J. Características de una cohorte materna con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Revista en Línea]*. 2013 [Acceso el 3 de julio del 2017]; 31(3):147-151. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X12002248>.
22. Definición de persona. 2014. [Acceso el 02 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/persona/>
23. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. [Acceso el 06 de agosto del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

24. Significado de demografía. En: Significados.com. 2017 [Acceso el 02 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/demografia/>
25. Jara L. Indicadores Sociodemográficos. Argentina: Observatorio Económico Social de la Universidad Nacional de Rosario; 2015. [Acceso el 01 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.observatorio.unr.edu.ar/indicadores-sociodemograficos/>
26. Fertilab. Comportamiento sexual humano. 2018. [Acceso el 02 de marzo del 2018]. Disponible en: http://www.fertilab.net/ver_impression.aspx?id_articulo=207.
27. Velázquez S. Unidad 2. Sexualidad responsable. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Acceso el 03 de agosto del 2017]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PR_ES44.pdf.
28. Definición de signos clínicos. 2013. [Acceso el 03 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/17728-signos-clinicos-definicion>.
29. López M, Goncé A, Esteve C, García L, Fortuny C, Pérez J, et al. Infección por VIH y Gestación. España: Hospital San Juan de Dios; 2014. [Acceso el 01 de agosto del 2017]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/vih%20y%20gestaci%F3n.pdf.
30. Torruco U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Revista en Internet]. 2016 [Acceso el 03 de agosto del 2017]; 59(1): 36-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n1/2448-4865-facmed-59-01-36.pdf>.
31. Chávez E, Castillo R. Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Multimed [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 10 de mayo del 2017]; 17(4): 1-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134r.pdf>.

32. Zorrilla H. Breve historia del SIDA. Monografía. Buenos Aires – Argentina. [Acceso el 21 de mayo del 2017]. Disponible en: http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_6_taller_mnemotecnia/g_6.3.tecnicas_mnemotecnia/3.16.Breve_historia_del_SIDA.pdf.
33. Vázquez R. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Microbiología; 2016. [Acceso el 02 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>.
34. Lamotte J. Infección por VIH/SIDA en el mundo actual. MEDISAN [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 20 de junio del 2017]; 18(7): 993-1013. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf>.
35. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. El sida en cifras 2015. Día Mundial del SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2015. [Acceso el 27 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
36. Elattabi M, Ruíz M, Hernando V, Díaz A. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA: situación en Europa y en España, 2015. Instituto de Salud Carlos III. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. 2016 [Acceso el 27 de junio del 2017]; 24(10). Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1024/1249>.
37. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. La epidemia mundial de SIDA – datos clave mundiales. Ginebra: ONUSIDA; 2014. [Acceso el 28 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>.
38. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El VIH/SIDA y la infancia. 2016. [Acceso el 28 de junio del 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/overview_4168.htm.

39. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Vigilancia Epidemiológica Enero - Febrero 2017. Perú: Hospital Nacional Hipólito Unanue; 2017.
40. Organización Panamericana de Salud. Protocolo integrado de VIH e ITS en Atención Primaria. Estados Unidos: Organización Panamericana de Salud; 2014.
41. Ministerio de Salud. Guía para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita. Bolivia: Ministerio de Salud; 2014 [Acceso el 4 de agosto del 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/Guia_para_la_prevenccion_transmision_materno_infantil_VIH_y_sifilis_congenita_low.pdf.
42. Ministerio de Salud de El Salvador. Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador; 2014. [Acceso el 4 de agosto del 2017]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_clinica_atencion_persona_con_hemofilia_v1.pdf
43. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con Pertinencia Intercultural. Perú: Ministerio de Salud; 2016. [Acceso el 4 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3972.pdf>
44. Álvarez R. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Acta Med Peru. 2017; 34(4):309-16 [Acceso el 03 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a09v34n4.pdf>.
45. Parra S, Coronel C, Castilla MG, Velandia ML, Castellanos JE. Alta correlación en la detección de anticuerpos y antígenos de virus del dengue en muestras de suero y plasma. Rev. Fac. Med. 2015; 63(4):687-93.
DOI:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50419>.

46. Cajal A. La Quimioluminiscencia en la detección del VIH. Lifeder. [Acceso el 10 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/quimioluminiscencia-deteccion-vih/>
47. Sociedad Española Internacional del SIDA/ Grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GeSIDA). Documento informativo sobre la infección por el VIH. España: Sociedad Española Internacional del SIDA/ Grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GeSIDA); 2017. Disponible en: http://www.seisida.es/wpcontent/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf.
48. López P, Sierra A. Transmisión materno fetal del VIH-SIDA vertical del VIH-I. Programa de Educación Continua en Pediatría. [Revista en Internet] 2014 [Acceso el 04 de julio del 2017]; 13 (1): 831-837. Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/pdf/1_3.pdf.
49. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Relaciones sexuales anales y el riesgo de VIH. Estados Unidos: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2016. [Acceso el 04 de julio del 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>.
50. Ministerio de Salud. NTS N°1 OS - MINS/DGSP - V. 01. Norma Técnica de Salud para la prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
51. Hospital San José. Guías de Práctica clínica de Obstetricia. Perú: Hospital San José; 2013. [Acceso el 05 de julio del 2017]. Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf
52. Díaz M. Biología molecular y VIH: Pruebas virológicas e inmunológicas. Colombia: Universidad de Cauca. [Acceso el 05 de agosto del 2018]. Disponible en: http://www.cls.org.co/uploaded_user/pdf1997/03.pdf

53. Kwiek J, Mwapasa V, Alker A, Muula A, Misiri H, Molyneux M, et al. Socio-demographic characteristics associated with HIV and syphilis seroreactivity among pregnant women in Blantyre, Malawi, 2000-2004. *Malawi Med J* [Online Magazine]. 2008 [Acceso en julio, 2018]; 20(3):80-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763611/>
54. Bernasconi D, Tivoschi L, Regine V, Raimondo M, Gama D, Sulgencio L, et al. Identification of recent HIV infections and of factors associated with virus acquisition among pregnant women in 2004 and 2006 in Swaziland. [Online Magazine]. 2010. [Acceso en julio, 2018]; 48(3):180-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20537582>
55. García G, Hernández R, López E. Embarazo y VIH. Sí se puede. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2017. [Acceso el 02 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Embarazo-VIH.pdf>
56. Comisión Europea. VIH/sida e ITS. Unión Europea: Comisión Europea; 2014. [Acceso el 02 de agosto del 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-infosheets/hiv-aids_informationsheet_es.pdf

ANEXOS

Anexo Nro. 1: Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO		
Variable independiente: Factores personales	Características Sociodemográficas	Edad	En años	Ficha de recolección de datos.		
		Grado de Instrucción	Sin Instrucción = 0 Primaria Incompleta = 1 Primaria Completa = 2 Secundaria Incompleta = 3 Secundaria Completa = 4 Otro=5			
		Estado Civil	Soltera= 0 Casada=1 Conviviente=2 Separada=3			
		Ocupación	En datos			
		Establecimiento de Salud de Origen	En datos			
	Características del Comportamiento Sexual	Edad de Inicio de Relaciones Sexuales	Sin instrucción = 1 Primaria = 2 Secundaria = 3 Superior = 4			
		Relaciones Sexuales con personas	Del mismo sexo = 1 Del otro sexo = 2 De ambos sexos = 3			
		Prácticas sexuales realizadas	Sexo Vaginal=1 Sexo Anal=2 Sexo Oral=3			
		Fecha de última relación sexual	En números			
		Más de 1 pareja sexual en los últimos 5 años	Si = 1 No = 2			
		Promedio de Relaciones Sexuales por semana	En números			
		Uso del condón	Si = 1 No = 2			
		Antecedentes Sexuales	Antecedente de ITS.		Si = 1 No = 2 Especificar _____	
	Trabajadora Sexual		Si = 1 No = 2 Especificar _____			
	Orientación Sexual		Heterosexual=1 Homosexual=2 Bisexual=3			
	Antecedentes Clínicas	Edad Gestacional	En semanas			
		Paridad	En números			
		Consumo de drogas	Si = 1 No = 2			
	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR		ESCALA DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO
	Variable dependiente: Resultado reactivo de la prueba de VIH.		Resultados de la 1era prueba rápida.		Reactivo= 1 No Reactivo = 2	Ficha de recolección de datos.
			Resultados de la prueba de VIH (quimioluminiscencia)		Reactivo= 1 No Reactivo = 2	

Anexo Nro. 2: Ficha de recolección de datos

I. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE Y CONFIRMATORIAS

- **Resultados de la 1era prueba rápida:** Reactivo [1] No Reactivo [2]
Lugar de la toma: _____
- **Resultados de la Prueba de VIH quimioluminiscencia:** Reactivo [1] No Reactivo [2]

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Edad:** _____
- **Grado de Instrucción:**
Sin instrucción [0] Primaria incompleta [1] Primaria completa [2]
Secundaria incompleta [3] Secundaria completa [4] Otro [5] _____
- **Estado Civil:** Soltera [0] Casada [1] Conviviente [2] Separada [3]
- **Ocupación:** _____
- **Establecimiento de salud de origen:** _____

III. CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

- **Edad de inicio de las relaciones sexuales:** _____
- **Relaciones sexuales con personas:**
Del mismo sexo [1] Del otro sexo [2] De ambos sexos [3]
- **Prácticas sexuales realizadas:**
Sexo vaginal [1] Sexo anal [2] Sexo oral [3]
- **Fecha de última relación sexual:** _____
- **Más de 1 pareja sexual en los últimos 5 años:** Si [1] No [2]
- **Promedio de parejas sexuales el último año:** _____
- **Promedio de relaciones sexuales por semana:** _____
- **Uso del condón:** Si [1] No [2]

IV. ANTECEDENTES SEXUALES

- **Antecedente de ITS:** Si [1] No [2] Especificar: _____
- **Trabajadora sexual:** Si [1] No [2] Especificar: _____
- **Orientación sexual:** Heterosexual [1] Homosexual [2] Bisexual [3]

V. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- **Edad gestacional:** _____
- **Paridad: G _____ P _____**
- **Consumo de drogas:** Si [1] No [2] Especificar: _____

Anexo Nro. 3: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACION	TECNICA E INSTRUMENTO
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son los factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017?</p> <p>Específicos:</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH?</p> <p>¿Cuáles son las características del comportamiento sexual de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH?</p> <p>¿Cuáles son los antecedentes sexuales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH?</p> <p>¿Cuáles son los antecedentes clínicos de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH?</p>	<p>General:</p> <p>Identificar los factores personales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2014-2017.</p> <p>Específicos:</p> <p>Determinar las características sociodemográficas de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH.</p> <p>Determinar las características del comportamiento sexual de riesgo asociadas al resultado reactivo de la prueba de VIH.</p> <p>Determinar los antecedentes sexuales de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH.</p> <p>Determinar los antecedentes clínicos de riesgo asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH.</p>	<p>Con el estudio se podrá sugerir a futuro establecer una ficha de evaluación de riesgos en consulta de atención prenatal; esto podrá ayudar a identificar potenciales riesgos para la adquisición del VIH, en el grupo de gestantes que acuda a su atención prenatal de manera frecuente.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Factores personales de riesgo</p> <p>Dimensiones</p> <p>-Características sociodemográficas</p> <p>-Características del comportamiento sexual</p> <p>-Antecedentes sexuales</p> <p>-Antecedentes clínicos</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Resultado reactivo de la prueba de VIH</p>	<p>Ámbito de la población:</p> <p>7477 gestantes atendidas en el consultorio de PROCETS del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2014-2017.</p> <p>Muestra:</p> <p>Se estima que la muestra estará conformada por todas las gestantes con resultado reactivo de prueba de VIH (133 gestantes pertenecientes al grupo caso) y por 133 gestantes sin resultado reactivo de prueba de VIH (grupo control), puesto que por cada caso se seleccionará un control.</p>	<p>Técnica:</p> <p>La técnica empleada será el análisis de datos de fuente indirecta.</p> <p>Instrumento: El instrumento será una ficha de recolección de datos que estará dividido en 5 partes, con preguntas cerradas y abiertas.</p>

Anexo Nro. 4: Validación del Instrumento

Datos de calificación:

1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3.	La estructura del instrumento es adecuado.
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6.	Los ítems son claros y entendibles.
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES				Gineco-Obstetra	VALOR P
	Obstetra	Obstetra	Obstetra	Obstetra		
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	7	7	7	7	35

Grado de Concordancia Significativa

$$b: \frac{35}{35} \times 100 = 1$$

Según Herrera

Confiabilidad del instrumento



VALIDEZ PERFECTA

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "Hipólito Unanue"	Comité Institucional de Ética en Investigación
------	------------------------	--	---

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

CARTA N° 116 – 2018 - CIEI-HNHU

A : **MONICA VANESSA CASTILLO VICENTE
CELIA MILAGROS FLORIDAS CASTAÑEDA**

ASUNTO : **Aprobación del Proyecto de tesis**

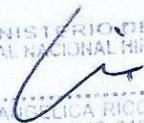
Referencia : Expediente N° 24062

FECHA : El Agustino, 13 de julio del 2018

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: " **Factores personales asociados al resultado reactivo de la prueba de VIH en gestantes atendidas en el Consultorio de ESN,PC,ITS y VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue, año 2014 – 2017**". Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia - UNW.

El Comité, en sesión ordinaria de fecha miércoles 11 de julio del presente año, y según consta en el Libro de actas N° 5, Acordó por unanimidad aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

DRA. ANGELICA RICCI YAURIVILCA
C.M.P. 9482
Presidenta del Comité de Ética en Investigación.

ARY
Cc. Archivo



PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Hipólito Unanue

DEPARTAMENTO DE GINECO-
OBSTETRICIA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, accede a la solicitud y otorga:

La autorización a la Señorita FLORIDAS CASTAÑEDA CELIA MILAGROS y Señorita CASTILLO VICENTE MONICA VANESSA de la Universidad Privada Norbert Wiener, para realizar la recolección de datos de las fichas de tamizaje de VIH de pacientes atendidas en el año 2014 al 2017 en los Servicios del Departamento de Gineco-Obstetricia, para el desarrollo de su Tesis "Factores Personales Asociados al Resultado Reactivo de la Prueba de VIH en Gestantes atendidas en el Consultorio de ESN, PC, ITS Y VIH SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2014 al 2017".

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Lima, 13 de Junio 2018.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"
M.C. ROMULO SERFINO PABLO FERNANDEZ
C.M.P. N° 14817 R.N. N° 5685
JEFE DEL DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Dr. Panaque Fernandez Romulo*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

 M.C. ROMULO GERONIMO PANAQUE FERNANDEZ
 C.M.P. N° 2877 B.M.E. N° 6685
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): Lic. Katherine Nuñuri Chávez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 Katherine Nuñuri Chávez
 OSTEÓLOGA
 C.D. 79479
 HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UGARTE"

.....
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Lic. Bustamante Puente Zulema*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. La estructura del instrumento es adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Los ítems son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

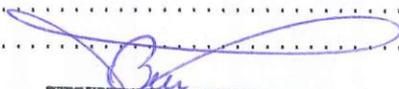
.....

.....

.....

.....

.....


LIC. ZULEMA BUSTAMANTE PUENTE
 OBSTETRA
 C.O.P. N° 13441
 Hospital Nacional "Hilario Urdaneta"
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Lie. Quijano Castañeda Iliana*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

Esta lista para ejecutar el Proyecto

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

[Handwritten Signature]
 ALVARO CASIMIRO RAMA DE LOS ANGELES
 OBSTETRA
 C.O.P. N° 6468
 HOSPITAL REGIONAL "HIPÓLITO UMAÑA"

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Lic. Campos Pantoja Richard*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

*Los documentos presentaron por las bochillos
esta correctamente planteando por la
cual puede realizar su tesis (proyecto).*

A.T.E

LIC. CAMPOS PANTOJA RICHARD
OBSTETRA
C.O.P. N° 18171
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UYANQUE"

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)