**Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

**TÍTULO:**

# "EFECTIVIDAD DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN RECIEN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVOS CON TRATAMIENTO DE TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2013 – 2018"

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**


**AUTOR:**

ASCAMA CASAVERDE, ROGGER JACKSON

**ASESORA:**

DRA. FIGARI SÁNCHEZ, LUZ CONSUELO


**ICA – PERÚ**

**2021**

**DEDICATORIA**

A mis padres en especial a mi madre que gracias el esfuerzo, el apoyo y la dedicación que me dio, pues sin ella no habría terminado mis estudios, gracias por esa semilla de superación que has sembrado en mí.

## AGRADECIMIENTO

A mi universidad San Luis Gonzaga de Ica por abrirme sus puertas y poder culminar mi último nivel universitario.

A mi familia, por su comprensión constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi asesora Dra. Figari Sánchez Luz Consuelo, quien me brindo su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.

## ÍNDICE

**DEDICATORIA……ii**
**AGRADECIMIENTO……iii**
**RESUMEN……vi**
**ABSTRACT……vii**
**CONTRACARATULA……viii**
**INTRODUCCIÓN ……9**
**CAPITULO I……10**
**MARCO TEORICO……10**
1.1 Antecedentes ……10
1.1.1 Antecedentes Internacionales ……10
1.1.2 Antecedentes Naciones ……11
1.1.3 Antecedentes Locales……12
1.2 Bases teóricas de la investigación ……13
1.3 Marco Conceptual ……19
1.4 Marco Filosófico ……20
1.5 Marco Legal ……20
**CAPITULO II .....21**
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....21**
2.1. Situación problemática .....21
2.2. Formulación del problema .....22
2.2.1 Problema General.....22
2.2.2 Problemas Específicos……22
2.3 Justificación e Importancia .....23
2.3.1 Justificación .....23
2.3.2 Importancia .....23
2.4. Objetivos de investigación .....24
2.4.1 Objetivo General.....24
2.4.2 Objetivos Específicos .....24
2.5 Hipótesis de investigación .....25
2.6 Variables de investigación .....25
2.6.1 Identificación de variables .....25
2.6.2 Operacionalización de variables .....26

**CAPITULO III .....29**
**METODOLOGICA DE LA INVESTIGACION .....29**
3.1. Tipo y nivel de investigación .....29
3.2. Población y muestra.....29
3.3 Criterios de Inclusión.....30
3.4 Criterios de Exclusión .....30
**CAPITULO IV .....31**
**TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION .....31**
4.1. Técnica de recolección de datos .....31
4.2. Instrumentos de recolección de información. .....31
4.3 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de resultados……..31
**CAPITULO V……..….33**
**PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS... 33**
5.1. Presentación e Interpretación de resultados……..…..33
5.2. Discusión de resultados ……..…42
**CONCLUSIONES……..……45**
**RECOMENDACIONES ……..…46**
**FUENTES BIBLIOGRAFICAS ……..……..…47**
**ANEXOS ……..…50**
Anexo 1. Matriz de consistencia ……50
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos ……....52
Anexo 3. Resolución directoral por el comité de ética ……55
Anexo 4. Resultado del sistema de antiplagio ……57

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional de Ica, 2013 – 2018. **Material y método:** Este estudio es no experimental, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, se revisaron las historias clínicas de 142 recién nacidos de madres gestantes con el diagnostico de VIH confirmado y que recibieron terapia antirretroviral en el servicio de infectología (estadiaje) durante los años 2013 - 2018 en el Hospital Regional de Ica. Las variables de interés fueron obtenidas de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos: sociodemográficos, niveles de carga viral y CD4, pruebas de PCR y ELISA. **Resultados:** El nivel económico de las madres era regular en un 66.20%, la condición civil soltera 66.20%, la procedencia urbana 62.68%, con secundaria completa 56.34% y edad materna está en el rango de 19-35 años en un 79.58%. La carga viral se halló entre 1001-10000 copias en 48.59% y el CD4 >500 cel/mL en un 45.07%. La prueba de PCR en los recién nacidos fue negativa en el 95.07% a los 03 meses y 88.73% negativo a los 06 meses. La prueba de ELISA en los recién nacidos fue negativa en el 97,18% a los 18 meses. **Conclusiones:** Se determinó que la terapia antirretroviral en las madres gestantes VIH positivo que recibieron tratamiento tiene una efectividad del 97,18% si se realiza una profilaxis temprana durante la gestación, asegurando la reducción de la transmisión madre-hijo en los recién nacidos estudiados.



**Palabra clave:** Terapia antirretroviral, efectividad de tratamiento TARGA

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the effectiveness of antiretroviral therapy in newborns of HIV positive mothers with HAART treatment in the regional hospital of Ica, 2013 - 2018. **Material and method:** This study is non-experimental, descriptive, retrospective, cross-sectional, the medical records of 142 newborns of pregnant mothers with a confirmed HIV diagnosis and who received antiretroviral therapy in the infectology service (staging) during 2013 were reviewed - 2018 at the Regional Hospital of Ica. The variables of interest were obtained from the medical records using a data collection sheet: sociodemographic, viral load levels and CD4, PCR and ELISA tests. **Results:** The economic level of the mothers was regular in 66.20%, the single civil condition 66.20%, the urban origin 62.68%, with complete secondary school 56.34% and maternal age is in the range of 19-35 years in 79.58%. Viral load was found between 1001-10000 copies in 48.59% and CD4> 500 cells / mL in 45.07%. The CRP test in newborns was negative in 95.07% at 03 months and 88.73% negative at 06 months. The ELISA test in newborns was negative in 97,18% at 18 months. **Conclusions:** It was determined that antiretroviral therapy in HIV-positive pregnant mothers who received treatment has an effectiveness of 97.18% if early prophylaxis is performed during pregnancy, ensuring the reduction of mother-child transmission in the newborns studied.


**Keyword:** Antiretroviral therapy, HAART treatment effectiveness.

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

# EFECTIVIDAD DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN RECIEN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVOS CON TRATAMIENTO DE TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2013 – 2018

**Área de Investigación:** Ciencias de la salud

**Línea de investigación:** Salud Pública


**AUTOR:**

**ASCAMA CASAVERDE, ROGGER JACKSON**

**ASESORA:**

**DRA. FIGARI SÁNCHEZ, LUZ CONSUELO**

# INTRODUCCIÓN

El VIH es una de las infecciones que entre los recién nacidos ha presentado cambios favorables gracias a estrategias implementadas por el Ministerio de Salud relacionadas con el tratamiento antirretroviral en las madres gestantes y que ha permitido la no transmisión vertical mejorando la calidad de vida de los neonatos. Los datos epidemiológicos señalan que el 90% de los casos que se presentan son por el mecanismo de transmisión vertical, de los cuales 15-20% antes de nacer (prenatal) y 80-85% intraparto. La población que se encuentra más afectada son las de menor recursos, que tienen dificultad al acceso a un establecimiento de salud para realizar los controles médicos del cumplimiento del tratamiento antirretroviral[1]

Hay que tener en cuenta que cuando no se recibe el tratamiento antirretroviral (TARGA) se incrementa los riesgos de la transmisión del VIH, ya que cuando se realiza un diagnóstico temprano en los primeros meses de la gestación se puede reducir hasta menos de 1% el contagio. Dado que la norma técnica de Salud para la profilaxis de transmisión madre-niño se rige desde 2013, En los últimos años esta norma ha sido muy importante para prevenir la infección en los niños, teniendo como implementos programas de suministro de tratamiento antirretroviral gratuito para países con bajos recursos como el nuestro[2].

Con el fin de determinar qué tan efectivo es el TARGA en madres gestantes VIH positivo realicé el presente estudio: “Efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional – Ica, 2013 – 2018” motivado por investigaciones previas realizadas a nivel nacional y mundial.

# CAPITULO I
# MARCO TEORICO

## 1.1 Antecedentes

### 1.1.1 Antecedentes Internacionales

**Carlos Emilio Paz Sanchez. Ecuador. (2017).** Efectividad del tratamiento con antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH en embarazadas que asistieron al Hospital Martin Icaza en el año 2014. El **objetivo** fue evaluar la efectividad del tratamiento antirretroviral en la transmisión vertical en embarazadas. La **metodología** que se empleo es de un enfoque cuantitativo, tipo observacional, de corte transversal, retrospectivo. Se revisaron sistemáticamente las historias clínicas de las 40 gestantes con diagnóstico confirmativo de VIH con carga viral, recuento de CD4 atendidas. Los **resultados** de la investigación determinaron que 72% reportó valores de carga viral menor a 20 copias. El 63% de las gestantes presentó valores de CD4 mayor a 500. En la eficacia del TARGA no hubo transmisión vertical postparto. Los niños y niñas fueron normales física y clínicamente. Las **conclusiones** del estudio demostraron la efectividad y seguridad del TARGA en la reducción del riesgo de transmisión vertical de las gestantes al producto fue del 100%, con una adherencia y cumplimiento del tratamiento del 95%, con una actitud positiva de beneficio para su bebe y para ellas[8]

**Navarro G. España. (2018).** En su investigación titulada Infección de VIH en el servicio de pediatría del Hospital Gregorio Marañón la cual tuvo como **objetivo** determinar la incidencia de niños nacidos con VIH y que acuden al servicio de pediatría. La **metodología** que se seleccionó para el desarrollo de la investigación fue de tipo descriptivo correlacional. Las **conclusiones** de la investigación fueron que el niño con VIH se debe de realizar controles adecuados mediante el establecimiento de hábitos adecuados sobre alimentación y estilos de vida saludables como ejercicio, conllevando al establecimiento de que el niño diagnosticado con esta enfermedad va tener una enfermedad crónica y que debe de saber cómo controlarlo y manejarlo desde pequeño hasta su vida como

un adulto[1].

**Moro S. Ramos A. España. (2011).** En su investigación titulada Efectos adversos de fármacos antirretrovirales en una cohorte de niños hijos de gestante VIH positiva. La cual tuvo como **objetivo** darle seguimiento prospectivamente a las madres con el diagnostico de VIH y a sus hijos hasta la edad de los 3 años. Para determinar la tasa de incidencia de la transmisión vertical y los efectos del tratamiento antirretroviral en la madre, el feto y el recién nacido. La **metodología** fue de tipo retrospectiva de corte transversal. La población que se considera en el estudio fue de 900 madres e hijos y de la población general 623 niños no presentaban el diagnostico confirmatorio. Los **resultados** de la investigación establecieron que la tasa neta de la transmisión vertical del VIH fue del 1,4% con 9 casos de un total de 643, de las cuales solamente fueron controlados 3 de ellos, el resto de la población participante no presento problemas[9].

### 1.1.2 Antecedentes Nacionales

**L. García-Fernández, F. Fiestas, R. Vásquez y C. Benites. Lima (2015):** En su investigación titulada Tratamiento anti-retroviral conteniendo raltegravir en mujeres gestantes con infección por VIH. La cual tuvo como **objetivo** evaluar la información científica existente sobre la eficacia y seguridad de RAL durante el tercer trimestre de gestación en la reducción de la TMI del VIH. **La metodología** que se empleo fue de revisión sistemática de la literatura, las bases de datos consultadas fueron MED-LINE, Tripdatabase, Cochrane, Lilacs y Web of Science, en la búsqueda se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios observacionales o reportes de caso. Los **Resultados** fueron catorce estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios seleccionados fueron reportes o series de caso. Se incluyeron 44 embarazos (con 45 nacidos vivos). En el estudio se reportó un caso de transmisión materno-infantil, ocho estudios reportaron eventos adversos, cuatro de ellos atribuibles al uso de RAL. La **Conclusión** fue que no se

encontró evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad RAL en mujeres gestantes con infección por VIH que se presentan en el último trimestre del embarazo, para disminuir el riesgo de TMI[10].

**Tejada R. Alarcón J. Velásquez C. Lima. (2017).** En su investigación titulada Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. La cual tuvo como **objetivo** general el determinar los factores asociados a la no adherencia al TARGA en las gestantes VIH positivas. La **metodología** que se empleo fue de tipo longitudinal donde se estableció la selecciono de una población de dos años de pacientes con el diagnostico de VIH y que se encuentren con el tratamiento instaurado de 6 a 12 semanas post parto. Los **resultados** demostraron que 44 pacientes con un promedio de edad de 27 más menos 9 años de rango. De la muestra el 86,4% de tomaba el tratamiento TARGA, dentro de los diferentes esquemas de tratamiento se tiene que en primer esquema se encuentra con un 61,4% con un promedio de 12 a 16 meses. En el proceso de la gestación la adherencia fue del 7,3%, aumentando en el peri parto a un 21,2% y en el 11,8% post parto. El estudio llega a la **conclusión** de que la no adherencia del tratamiento aumenta la incidencia en el peri parto de contraer el VIH, lo que establece el uso de la cesárea, e incrementa los cuidados en el post parto y es necesario considerar otros factores que influyen como el factor psicologico[11].

### 1.1.3 Antecedentes Locales

No se encontró estudios realizados.

## 1.2 Bases Teóricas de la Investigación

El VIH es un retrovirus que contiene ARN, el cual fue descubierto en 1983, es la enfermedad que produce síndrome de inmunodeficiencia humana SIDA el cual el único reservorio es el hombre. Dentro de las características del VIH – 1 tiene como dimensiones de forma esférica de 80 a 100nm, que presenta tres capas, las cuales tienen:

1.- dos hebras completas de ARN más de la nucleoproteína y el conjunto de enzimas víricas

2.- presenta la cápside icosaedrica

3.- presenta a sí mismo una envoltura donde se insertan las glicoproteínas que se emplean para el diagnóstico los cuales son los antígenos de superficie, los cuales son de tipo histocompatibles de tipo I y II.

La enfermedad del VIH al igual que los demás virus que contienen ARN en su interior, presentan errores a nivel de la transcriptasa inversa, lo cual produce una copia las cuales unas mueren y otras se replican.

La presencia de diferentes mutaciones conlleva a la aparición de nuevas formas y esto al mismo tiempo va ser considerado como resistencia a los tratamientos que se van instaurando, así mismo las diferentes formas de tratamiento tendrían variaciones de semanas debido a que no se presenta unas variaciones mínimas a los retrovirales sino completas.

Así mismo no todas las mutaciones van a ser atacadas con la misma importancia, para el establecimiento de cada fármaco con un tratamiento específico, va estar ligado a la presencia de la resistencia y los mecanismos que disminuyen la eficacia del fármaco ante el virus y en las formas secundarias tenemos que los diferentes fármacos producen resistencia y que van modificando la capacidad de replicación del virus[12].

A los pocos años del descubrimiento del SIDA y luego del VIH se presentaron los primeros postulados de la transmisión vertical-madre-hijo·

En 1984 se publicó una serie de diferentes casos en una revista de pediatría sobre las diferentes drogas endovenosas que se pueden usar, en la

enfermedad del VIH SIDA, de los diferentes casos que se publicaron dos fallecieron como consecuencia de las complicaciones como la neumonía. Los diferentes autores de las diferentes formas de los tratamientos describen que en su mayoría los lactantes sufren el síndrome de inmunodeficiencia parecido al de los adultos especulando la presencia de la vía de transmisión vertical que se da por contacto con la placenta o el canal del parto[11].

En la actualidad se ha demostrado que las formas de trasmisión vertical del VIH son desde el momento intrauterina, y todos estos procedimientos se dan por el contacto directo de la placenta el líquido amniótico, durante el parto se da en el momento del contacto con las secreciones, en lo posterior se manifiesta con la lactancia materna.

Los factores de riesgo que se consideran en la transmisión materna fetal que se van a presentar son:

1.- de la madre: se presenta por la carga viral que presenta la cual es elevada, las mayores cantidades de eliminación es a través de las secreciones vaginales y cervicales.

2.- del recién nacido: cuando se presenta la prematuridad menor a las 34 semanas de gestación.

3.- exposición en el trabajo de parto: aquí se presenta cuando la determinación del parto es vía vaginal y su proceso dura más de 4 horas, se puede presentar corioamnionitis.

4.- periparto: el desarrollo de la lactancia materna como fuente de alimentación principal, el uso de la lactancia mixta, enfermedades de la mama.

5.- virus: las características del virus de tipo menor al TV en VIH 2.

En el diagnostico rutinario de los procedimientos para la detección del VIH tenemos que considerar el cribado, la búsqueda de los diferentes tipos de anticuerpos que presenta como una indicación obligatoria en el primer trimestre y en el tercero si es que se encuentra indicado. En las gestantes que no presentan ningún control, como medida preventiva se establece como control un test rápido, lo que permite al personal de salud realizar alguna intervención.

Cuando se establece un diagnóstico definitivo del VIH en una gestante, se establece como primer procedimiento la realización de una prueba de resistencia al tratamiento del TARGA, para poder dar inicio al tratamiento de la enfermedad previo test, dentro de las recomendaciones que se deben de tener en cuenta es que los antirretrovirales se deben de administrar a partir del segundo trimestre del embarazo[11].

La terapia antirretroviral tiene muchos objetivos entre ellos: virológicos, inmunológicos y a su vez epidemiológicos; cada uno de ellos cumple una función en su tratamiento y es disminuir la carga viral con la finalidad de suprimir el virus de VIH, este a su vez es el objetivo más importante de la terapia antirretroviral. Con el pasar de los años el TARGA ha tenido un gran impacto gracias a su elevada incidencia en su efectividad, con ello llevando a una extraordinaria disminución de morbimortalidad de la infección de VIH, teniendo como resultado la cronicidad de la enfermedad, pero controlada.

Existen grupos fundamentales de fármacos antirretrovirales:
1.- **Los que producen inhibición de la transcriptasa inversa análoga**: AZT, 3TC, FTC, etc. Su uso se considera seguro y no hay variación en su dosificación.

2.- **los que producen inhibición de la transcriptasa inversa no análogos a los nucleósidos**: NVP; tiene una documentación de eficacia para disminuir la TMI, su efecto adverso más frecuente es la hepatotoxicidad.

3.- **Los que producen un efecto inhibidor de las proteasas**: dentro de este grupo está el Lopinavir/Ritonavir, en la actualidad el uso de estos fármacos es combinados para producir un efecto mucho mayor en relación al citocromo P450, lo que se presenta con niveles plasmáticos elevados por lo que tiene un ajuste de dosis a partir de las 30 semanas de gestación.
4.- presentan cuando producen inhibición de la fusión de T – 20.
5.- los fármacos que son inhibidores de la integrasa

Los diferentes esquemas de tratamiento antirretrovirales tienen como

objetivos la disminución de la carga plasmática de la madre para bajar el riesgo de la transmisión vertical. Dentro de los esquemas tenemos:

Esquema primario:

- TDF + 3TC + EFV

Esquema alternativo:

- AZT +3TC + NVP
- AZT + 3TC + EFV
- TDF + 3TC + NVP

En la actualidad se presentan muchas dudas sobre la efectividad que presenta el tratamiento de la madre, por tal motivo como medida de prevención se tiene que considerar que el inicio se debe de dar a partir del segundo trimestre evitando sobre manera la ingesta de fármacos como periodos prolongados.
Estas indicaciones que se presentan tienen algunas excepciones cuando se considera los criterios de tratamientos de los adultos y no para el uso exclusivo de la transmisión vertical, el tratamiento antirretroviral a de ser mantenido de manera completa durante el primer trimestre. La indicación del tratamiento de TARGA, el AZT se considera como parte del tratamiento obligatorio por su eficacia en la prevención de la transmisión vertical, salvo en la primera prueba de tolerancia presente sensibilidad. Dentro de las medidas adicionales que se consideran es el uso como medida preventiva de la cesárea como parte del control y el establecimiento de la lactancia artificial[11].

La transmisión vertical, ocurre fundamentalmente durante el parto (60-70%), siendo menor durante la gestación a través de la placenta (20%) y a través de la lactancia (16%).

En una paciente con el diagnóstico del VIH/SIDA se considera como obligatoria en 38 semanas, se debe de considerar como parte de la programación antes del establecimiento del trabajo de parto vaginal.

“Un metaanálisis de 15 estudios prospectivos de Europa y EEUU revisó los datos de más de 8000 parejas madre-hijo, y tras el ajuste de múltiples variables y posibles factores de confusión (incluyendo toma de TARGA o no, peso del RN y estadio de la madre), la probabilidad de la TV de VIH-1 fue menor en el grupo de madres que se sometieron a cesárea en comparación con otros métodos de parto (eficacia del 57%)[11].”
Las diferentes formas que se consideran como formas que se deben de manipular para la reducción de los riesgos de contaminación para el nuevo producto son el contacto directo con la sangre, secreciones vaginales contaminadas con VIH. Así mismo dentro de las consideraciones que se tienen en cuenta se tienen que analizar las micro transfusiones que se dan de manera directa de la madre con el feto por medio de las contracciones que se presentan en el trabajo de parto vaginal que incrementan las formas de contaminación de vía trasversal.

Las principales recomendaciones que se tienen en cuenta para el establecimiento del trabajo de parto de una gestante con VIH, está determinado por la carga vírica que presenta la gestante en la última etapa del embarazo después de haber recibido su tratamiento TARGA, la cual debe determinar menos de 1000 copias por ml, ya que incrementan los riesgos de la transmisión materno fetal[13].

Cuando se da el inicio del trabajo de parto se presentan diferentes cambios los cuales se deben de tener en consideración el establecimiento de la administración de AZT de manera endovenosa durante periodos establecidos como la primera hora y de manera continua en las diferentes horas sucesivas. La administración de este fármaco se debe cortar después que se produce el clampaje del cordón umbilical, con la consideración de que no existe una duración máxima del tratamiento en los pacientes.

El neonato al momento del nacimiento se debe de establecer el inicio con AZT por un periodo de 6 semanas vía oral, cada 6 horas. Cuando el recién

nacido es prematuro se tiene en consideración la regulación del peso de manera permanente sobre todo si es menor a las 35 semanas.

En el control de la gestante si no se ha establecido el tratamiento mediante la no estructuración del tratamiento TARGA, o en el inicio en la prueba de sensibilidad se presenta una resistencia, el incremento de la carga viral de la madre se encuentra en el momento cercano al parto, se recomienda la rotación del esquema sobre todo en el periodo después del nacimiento hasta que se cumple el primer trimestre.

“Si Habitualmente, se emplea Lamivudina (3TC) y Nevirapina (NVP). En todo caso, se recomienda siempre iniciar el tratamiento del RN en las primeras 12 horas de vida. Iniciada más allá de las 36 horas de vida, el TAR parece no tener eficacia en la PTV. Al alta hospitalaria, la madre ha de disponer de la solución en jarabe de AZT o los fármacos que se consideren oportunos en cada caso, no siendo adecuado proporcionar exclusivamente las recetas”.

La exclusión definitiva de la infección de VIH en un lactante expuesto perinatalmente se basa en:
1.- el establecimiento de dos pruebas como negativas de PCR de ADN o ARN, las cuales deberán de ser de muestras separadas, las cuales deberán de ser tomadas del lactante después del primer mes de edad y la segunda de una muestra de los 4 meses de edad.

2.- luego se deberán de tomar muestras las cuales deberán de ser negativas tomadas en una edad superior a los 6 meses.

3.- no presentar síntomas clínicos ni algún examen de laboratorio que demuestren una infección por VIH.

## MARCO CONCEPTUAL

**Transmisión de la gestante con VIH:** el control de las gestantes en la prevención de la transmisión del VIH es obligatoria en base al conocimiento de la transmisión de la enfermedad durante la gestación. Los estudios demuestran que la transmisión materna infantil puede darse en un 25% de las infecciones de manera placentaria. Así mismo otros estudios señalan que las formas de transmisión intrauterina se incrementan con la proximidad del parto jugando la carga viral un papel importante en la transmisión, de allí su relevancia del establecimiento de las terapias antirretrovirales que se debe de inducir desde la semana.

**Antirretroviral:** es un conjunto de fármacos los cuales presentan funciones específicas para el control de la carga viral de los pacientes en este caso el VIH que como consecuencia produce el SIDA.

**Recién nacido:** es la consideración del nuevo producto que va de la semana 37 hasta las 41 semanas que es el periodo de tiempo que se incrementa el riesgo de muerte, así como un establecimiento de un control de hasta los 18 meses.

**Transmisión del VIH madre producto:** es el proceso de contagio que se va establecer desde el momento del parto o mediante el consumo de la leche materna en la lactancia.

**Pruebas del VIH:** son el conjunto de las pruebas de tipo cualitativa que pueden analizar la cantidad de los anticuerpos y antígeno. Estas pruebas se pueden tomar de una muestra de sangre total, plasma y suero. No es necesario el contar con condiciones especiales para el control de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz.

**Efectividad:** Es el resultado que la terapia antirretroviral conlleva al logro de su propósito, en este caso es que no presente carga viral el niño.

**Nivel de protección:** es el conjunto de características que el organismo utiliza para evitar la patogenicidad del VIH, y que se considere que el niño no presenta la enfermedad ni carga viral en su sistema inmunológico.

## MARCO FILOSOFICO

"El estigma y la discriminación son los principales obstáculos a una prevención y atención eficaces del Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH) en gestantes y en niños con la enfermedad desde su nacimiento. La Campaña Mundial contra el VIH/SIDA desde el año 2003, es un lema que desde su creación ha aportado un interés social y personal a las personas afectadas[15]".

"En el marco de la bioética para la atención a la salud de la madre y el recién nacido, existen varias reflexiones sobre la comunicación médico-paciente, la necesidad del humanismo, el enfoque bioético. La repercusión del SIDA en los niños y los diversos aspectos éticos de las relaciones sociales y la atención a la salud de gestantes con VIH/SIDA, hace que la sociedad tenga un aspecto complejo y demandante, gracias a OMS se ha adquirido conciencia del respeto a la autonomía de los pacientes. La relación médico-paciente requiere humanismo, contribuyendo de este modo a construir una sociedad más justa y solidaria[15]".

## MARCO LEGAL

En base a los derechos humano, he enfocado este proyecto de tesis que analiza a la población más vulnerable: neonatos expuestos a la infección de VIH, tal como especifica la **Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal: NTS N° 106 -MINSA/DGSP- V.01** a fin de contribuir a la reducción de la morbimortalidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal (0-28 días de vida) en los establecimientos de salud pública.

# CAPITULO II

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 2.1 Situación Problemática

Dentro de las referencias estadísticas que se deben de considerar como base tenemos a la OMS con su agencia de control del VIH que, en su publicación del año 2013, estimó que a nivel mundial se tiene una población de más de 35 millones de personas con el diagnostico de VIH. También explica que de esta población con el diagnostico son los que presentan los menores recursos sanitarios, como la África Subsahariana con 25 millones de casos. Distintas organizaciones con el apoyo de la OMS colaboran para la realización de los protocolos que incluyen las actividades de prevención, atención y tratamiento para las gestantes y sus hijos, para disminuir los riesgos de contagio de la forma vertical[3].

Las gestantes con el diagnostico de VIH presentan gran posibilidad de realizar el contagio a sus hijos al momento de quedar embrazadas, más aún durante el parto y si realizan la lactancia. Alrededor del 90% de los casos nuevos con el VIH de los lactantes y de los niños en la edad temprana es por relación madre e hijo[3].

En los países de primer mundo los casos nuevos de VIH pediátricos son excepcionales, debido a la instauración de los programas de prevención vertical. España presenta desde los inicios del 2005 hasta el 2012, 1039 casos nuevos siendo un buen porcentaje correspondiente al año 2005. Se considera así mismo que solo en España se tienen alrededor de 800 casos de niños con VIH, de los cuales el 33% presentan más de 18 años[4].

Se establecen en riesgo de VIH/SIDA la transmisión de las infecciones de transmisión sexual de parejas heterosexuales es de hombre a mujer en relación de 3 a 1 durante el 2008, con una descripción ascendente en la población joven de los cuales el 97% han sido por vía sexual. Al mismo tiempo la consecuencia de este tipo de población en contagio deriva en la complicación de presentar una gestante con VIH. En el Perú el MINSA

estableció que durante 1986 y el 2005 se presentaron 315 de VIH mientras que 145 casos de SIDA en menores de un año. Mientras que la población menor de 18 años tenemos que fueron 818 casos de VIH, 369 de SIDA, en la actualidad se considera dentro de las poblaciones que de 3 a 5 de cada 1000 gestantes se contagian del VIH de manera anual, las últimas cifras reportan que en el 2007 la transmisión vertical del VIH fue de 11,5% de la población[5].

Para el 2012 se considera según los datos epidemiológicos de las formas de transmisión vertical del VIH es del 2,7% de los casos que se han reportado. A nivel nacional se establece que el departamento de Ica ocupa el onceavo lugar en niños con VIH con transmisión vertical[6].

## 2.1 Formulación del Problema

### 2.1.1 Problema General

¿Cuál es la efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional de Ica, 2013 – 2018?

### 2.1.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son los factores sociodemográficos en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018?

¿Cuál es la carga viral y el recuentro de CD4 en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018?

¿Cuáles son los resultados de prueba PCR en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018?

## 2.2 Justificación e Importancia

### 2.2.1 Justificación

Dentro de los datos epidemiológicos que se establecen del año 2000, unos 600 000 lactantes se contagiaron con VIH, de los cuales se establecen que más del 90%, son por transmisión vertical. Y el país de donde se encuentra la población más grande es áfrica subsahariana. Esta enfermedad se puede transmitir durante la gestación, el parto, alumbramiento o de la leche materna[6]. Se sabe que el 90% de recién nacidos adquieren la infección si la madre no recibe el tratamiento TARGA. La transmisión vertical se está eliminado prácticamente gracias a los diferentes protocolos de atención y las formas de asesoramiento de la terapia antirretroviral que se les da a las madres, así como la cesárea como uno de los tratamientos de prevención. La detección a tiempo del virus en gestantes y su tratamiento da a lugar a un recién nacido que seguirá los protocolos de antirretrovirales hasta los 18 meses, dando a lugar a la reducción del VIH y una buena calidad de vida.

El último boletín sobre la realidad actual publicado el 2018, de la región Ica nos ubica a nivel nacional en el puesto 11, de los casos reportados de VIH. La población peruana dentro de los últimos dos años se ha incrementado por las diferentes poblaciones en migración, por tal razón el departamento de Ica es uno de los que más se ha afectado con esta problemática, sobre todo la transmisión vertical, por tal razón la realización del presente estudio tomara en consideración la etapa en la que la mujer acude a recibir el tratamiento de TARGA, y determinar su efectividad en los niños nacidos, con el fin de generar conocimiento en las madres gestantes que presenten VIH y puedan tomar medidas más anticipadas al recibir la terapia, teniendo como beneficio la absoluta calidad de vida del recién nacido.

### 2.2.2 Importancia

Para la presente investigación la importancia es identificar a los recién nacidos expuestos con VIH en los primeros meses de vida y con seguimiento hasta los 18 meses comprobando si existe un beneficio del TARGA en las

madres gestantes VIH positivo y que no presenten la enfermedad.

A mediados del 2004, debidos a las respuestas que presentaban los niños, conllevó a que solo se brindara tratamiento cuando iniciaban los síntomas de la enfermedad es decir cuando los TCD4 disminuían por debajo de un índice que se consideraba peligroso.

Por tal razón en los últimos años los estudios que se ha venido realizando han sugerido que los beneficios de una administración del tratamiento sean de manera temprana, de esta forma los protocolos internacionales de atención establecieron que la terapia antirretroviral debe ser usada en el niño desde su nacimiento presentando o no la sintomatología, con la finalidad de que los beneficios sean más elevados.

## 2.4 Objetivos de investigación

### 2.4.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional de Ica, 2013 – 2018.

### 2.4.2 Objetivos Específicos

Determinar los factores sociodemográficos en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018.

Determinar la carga viral y el recuentro de CD4 en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018.

Determinar los resultados de prueba PCR en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018

## 2.5 Hipótesis de investigación

No aplica para mi modelo de investigación.

## 2.6. Variables de investigación

### 2.6.1 Identificación de variables

**Variables independientes:**

Tratamiento con Antirretroviral

**Variables dependientes:**

Transmisión vertical de VIH

Nivel de CD4

Carga Viral

PCR

ELISA

**Variables intervinientes**

Edad

Lugar de procedencia

Nivel económico

Estado civil

Grado de instrucción

### 2.6.2 Operacionalización de variables

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Tipo de Variable | Escala | Indicador |
|---|---|---|---|---|---|
| **Variable dependiente** | | | | | |
| Transmisión vertical de VIH | Es la transmisión de la infección del VIH durante el embarazo y en el momento del trabajo de parto de la madre al hijo en el período perinatal. | Es el pasaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana de la madre al niño durante la gestación, parto o lactancia materna | Cuantitativa | Diagnóstico | Diagnostico positivo<br>Diagnostico negativo |
| Nivel de CD4 | Determinación de los valores de carga viral del VIH y recuento de CD4. | Recuento de linfocitos T CD4, implica el recuento de las cepas de linfocitos que contienen marcador de superficie CD4 | Cuantitativa | Diagnóstico | Aumento de CD4 de 500 a 1600 Cél/ml |
| Carga Viral | Cantidad de VIH presente en la sangre u otros órganos del cuerpo humano de una persona con la infección. | Es el recuento del número de copias replicadas del virus del VIH circulando en plasma | Cuantitativa | Diagnóstico | Disminución de carga viral < 200 c/ml |
| PCR | La reacción en cadena de la polimerasa, es una técnica de la biología molecular. | Es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno. | Cuantitativa | Diagnóstico | Reactivo<br>No reactivo |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ELISA | El enzimoinmunoanálisis de adsorción, es una técnica para detectar anticuerpos en la sangre cuando ya se produjo una reacción inmune de patógeno. | Examen de laboratorio comúnmente usado para detectar anticuerpos en la sangre. | Cuantitativa | Diagnóstico | Positivo<br>Negativo |
| **Variable independiente** | | | | | |
| Tratamiento antirretroviral de gran actividad | Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para el VIH, comprende esquemas terapéuticos de 3 a más drogas para evitar la proliferación del VIH. | Tiempo desde el inicio del tratamiento Antirretroviral de la gestante, expresado en meses | Cuantitativa | De razón | Edad<br>Lugar de procedencia<br>Ocupación<br>Nivel de instrucción<br>Nivel económico<br>Estado civil |
| | La terapéutica indicada debe demostrar efectividad y nivel de protección. | Tiempo desde el inicio del tratamiento Antirretroviral del recién nacido, expresado en meses | Cuantitativa | De razón | Bajo peso al nacer<br>Lactancia<br>Prematuridad<br>Peso y talla del recién nacido |
| **Variable interviniente** | | | | | |
| Edad | Edad cronológica | Tiempo de vida expresado en años | Cuantitativa continua | De razón | Años |
| Lugar de procedencia | Lugar de residencia de la persona en tratamiento | Ubicación geográfica | cuantitativa | Nominal | Rural<br>Urbano<br>Marginal |
| Nivel económico | Estado económico con el que solventa los gastos su familia | Economía | Cuantitativa | Nominal | Bajo<br>Moderado<br>Alto |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Estado Civil | Situación de la persona en relación a una pareja | Estado civil | Cuantitativa | Nominal | Soltero<br>Conviviente<br>Casado |
| Grado de instrucción | Nivel de estudios que se presenta una persona | Nivel de conocimientos medida mediante la profesión | Cuantitativa | Nominal | Superior<br>Secundaria<br>Primaria<br>Inicial<br>Ninguno |

# CAPITULO III
# METODOLOGICA DE LA INVESTIGACION

## 3.1. Tipo y nivel de investigación

- El presente estudio es de tipo no experimental descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.
- No experimental porque no se manipularon las variables.
- Descriptivo porque describe las características de las historias clínicas sin alterarlas.
- Retrospectivo porque se realizó una revisión de las historias clínicas de dicha muestra en los años 2013 hasta 2018.
- Transversal porque la medición de las variables se realizó en un solo momento.

## 3.2. Población y muestra

**Población:** La población estuvo conformada por todos los niños que nacieron de madres con el diagnostico de VIH y que recibieron tratamiento TARGA durante su gestación y fueron atendidos por el servicio de neonatología e infectología del Hospital Regional de Ica durante los años 2013 hasta el 2018.

**Población objetivo:** Comprende todos los recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA durante su gestación y que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica durante los años 2013 hasta el 2018.

**Población accesible** Comprende todos los recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA durante su gestación (142 historias clínicas) y que terminaron el tratamiento hasta su fecha de culminación del embarazo.

**Muestra:** Para calcular la muestra se utilizó las historias clínicas en la cual se consideró al total de la población conformada por los recién nacidos de madres VIH positivo con tratamiento TARGA durante su gestación que

terminaron el tratamiento hasta culminación de su embarazo y que fueron atendidos en Hospital Regional de Ica durante los años 2013 hasta 2018.

### 3.3 Criterios de Inclusión

- Todos los recién nacidos de madres gestantes con VIH positivo que recibieron tratamiento TARGA antes de la gestación y en el I - II - III trimestre de gestación.
- Nacidos desde las 32 semanas hasta las 41 semanas de gestación.
- Recién nacidos de madres VIH positivas, con seguimiento hasta los 18 meses de vida.
- Recién nacidos que han recibido terapia antirretroviral desde las 8hrs hasta las 6 semanas de vida.

### 3.4 Criterios de Exclusión

- Madres VIH positivas que no recibieron tratamiento TARGA en ninguna etapa de embarazo
- Madres que recibieron tratamiento TARGA en el momento del parto.
- Niños mayores a los 18 meses de edad.

# CAPITULO IV

# TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

## 4.1. Técnica de recolección de datos

Se realizó por medio de la revisión sistemática de las historias clínicas que consignan los datos que se consideran como relevantes después de haber seleccionado las historias que cumplieron con los criterios de inclusión.

La aplicación de la ficha de recolección de datos se realizó según los protocolos de bioética, de la siguiente manera:

- Se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital Regional de Ica para recolectar la información.
- Se coordinó con la secretaría de investigación y correlación con estadística para la obtención de las historias clínicas y sacar los datos en la ficha de recolección de datos.
- Se coordinó con el asesor/a para seguir los protocolos y sugerencias para la recolección de datos.

## 4.2. Instrumentos de recolección de información

El instrumento que se utilizó fue ficha de recolección de datos de Carlos Emilio Paz Sanchez (2014) en su trabajo: “Efectividad del tratamiento con antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH en embarazadas que asistieron al Hospital Martin Icaza”[8]; que permitió recabar los datos clínicos, así como datos de laboratorio que son fundamentales para mi investigación.

## 4.3 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de resultados

El procesamiento de recolección de datos se realizó en el departamento de estadística con las historias clínicas de madres gestantes y departamento de estadiaje para las historias de gestantes y recién nacidos. Los datos que se obtuvieron se almacenaron en las fichas de recolección, posteriormente se creó una base Excel donde fueron contabilizados. Se creó la base de

datos con el uso del programa SPSS versión 25 para la realizar el procesamiento de los datos estadísticos y evaluación de variables.

Al obtener los datos descriptivos, se utilizó los parámetros de distribución como frecuencia, porcentaje, porcentaje valido y porcentaje acumulado.

Se planteo para la confirmación del análisis el desarrollo de la prueba estadística de $chi^2$ para determinar la significancia estadística de las variables que se estudiaron mediante el valor $P<0.05$.

Los datos de recolección siguen los protocolos de comité de ética del hospital, teniendo en cuenta el anonimato de la información de los pacientes en las historias clínicas.

# CAPÍTULO V

# PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

## 5.1 Presentación e Interpretación de resultados

Factores sociodemográficos en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA

**GRAFICO N°01 GRUPO ETAREO**

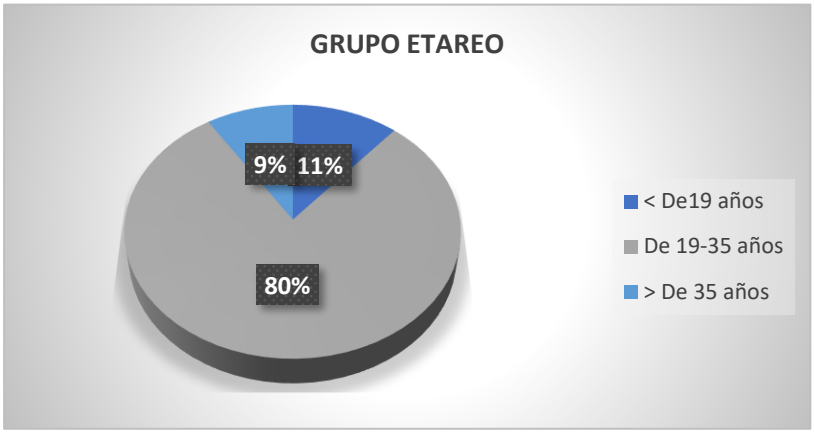



**TABLA N°01 GRUPO ETAREO**

| | | N° | % |
|---|---|---|---|
| Grupo Etáreo | **< De19 años** | 16 | 11,27 |
| | **De 19-35 años** | 113 | 79,58 |
| | **> De 35 años** | 13 | 9,15 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

Dentro los factores sociodemográficos tenemos que en el grupo etario tenemos que, las menores de 19 años representan el 11,27% (n=16), el grupo de 19 a 35 años el 79,58% (n=113) y las mayores de 35 años el 9,15% (n=13).

**GRAFICO N°02 ESTADO CIVIL**

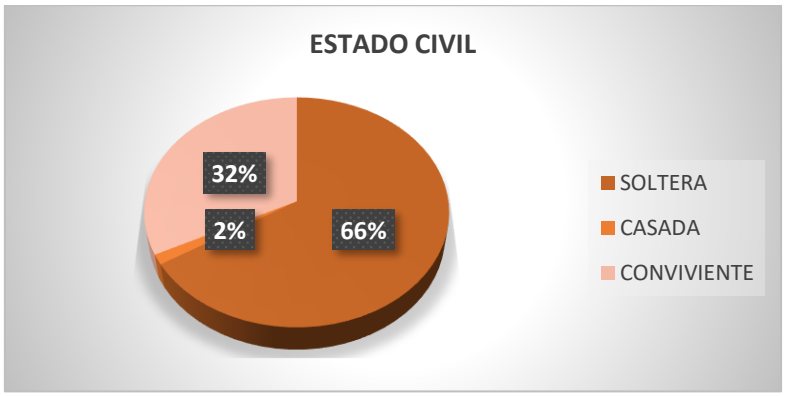



**TABLA N° 02 ESTADO CIVIL**

| | | N° | % |
|---|---|---|---|
| **Estado civil** | **Soltera** | 94 | 66,20 |
| | **Casada** | 2 | 1,41 |
| | **Conviviente** | 46 | 32,39 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

En el estado civil tenemos que, el grupo de las solteras representa el 66,20% (n=94), casadas el 1,41% (n=2) y las convivientes el 32,39%(n=46).

**GRAFICO N°03 PROCEDENCIA**

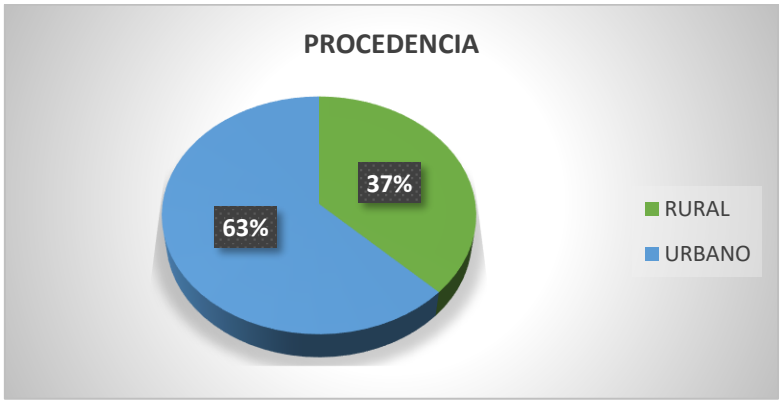


**TABLA N° 03 PROCEDENCIA**

| | | N° | % |
|---|---|---|---|
| **Procedencia** | **Rural** | 53 | 37,32 |
| | **Urbano** | 89 | 62,68 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

En la procedencia tenemos que, la zona rural representa el 37,32% (n=53) y la urbana el 62,68% (n=89).

**GRAFICO N°04 NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

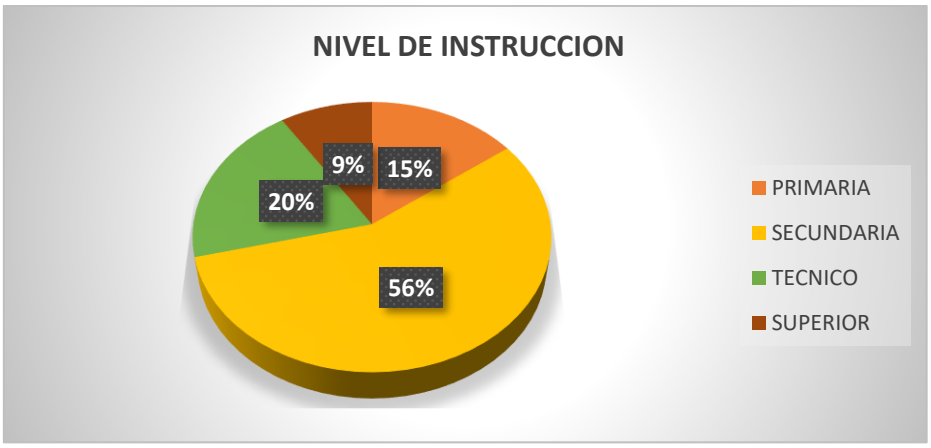



**TABLA N°04 NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| **Nivel de instrucción** | **Primaria** | 21 | 14,79 |
| | **Secundaria** | 80 | 56,34 |
| | **Técnico** | 28 | 19,72 |
| | **Superior** | 13 | 9,15 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

En el nivel de instrucción tenemos que, el nivel primaria representa el 14,79% (n=21), el nivel secundaria el 56,34% (n=80), el nivel técnico el 19,72% (n=28) y el nivel superior el 9,15% (n=13).

**GRAFICO N°05 NIVEL ECONOMICO**

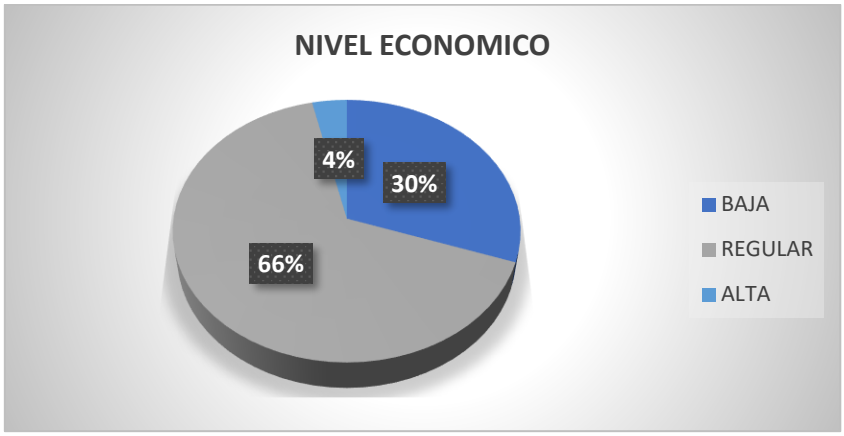



**TABLA N°05 NIVEL ECONOMICO**

| | | N° | % |
|---|---|---|---|
| **Nivel económico** | **Baja** | 43 | 30,28 |
| | **Regular** | 94 | 66,20 |
| | **Alta** | 5 | 3,52 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

El nivel económico bajo se encuentra en un 30,28% (n=43), el regular en un 66,20% (n=94) y el alto en un 3,52% (n=5)

Carga viral y el recuentro de CD4 en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA

**GRAFICO N°06 CARGA VIRAL**

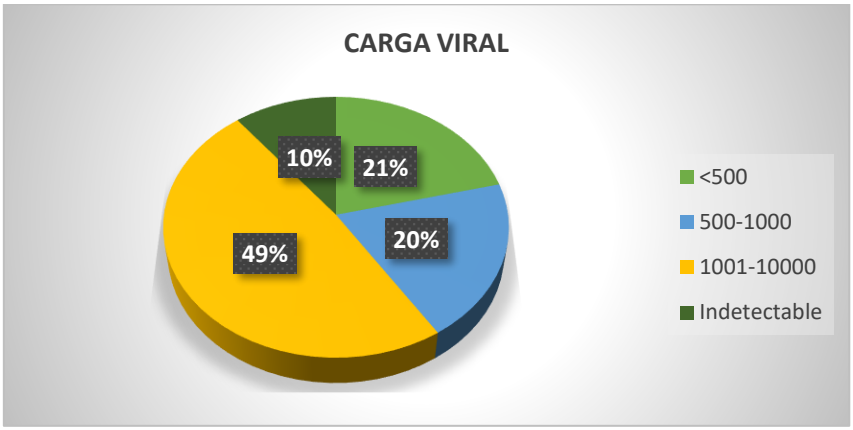



**TABLA N°06 CARGA VIRAL**

| | | N° | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| **Carga viral** | **<500** | 30 | 21,13 |
| | **500-1000** | 28 | 19,72 |
| | **1001-10000** | 69 | 48,59 |
| | **Indetectable** | 15 | 10,56 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

Dentro de los rangos de carga viral tenemos que, los menores a 500 copias/mL representan el 21,13% (n=30), los de 500 copias/mL a 1000 copias/mL el 19,72% (n=28), los de 1001 copias/mL a 10000 copias/mL el 48,59% (n=69) y los indetectables el 10,56% (n=15).

**GRAFICO N°07 NIVEL DE CD4**

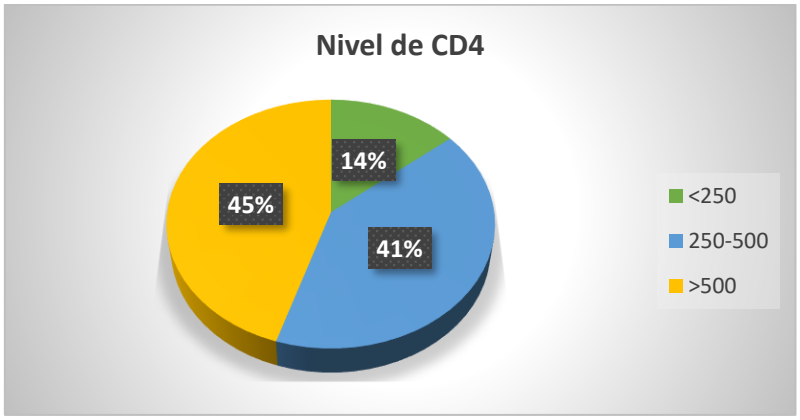



**TABLA N°07 NIVEL DE CD4**

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| **Nivel de CD4** | **<250** | 20 | 14,08 |
| | **250-500** | 58 | 40,85 |
| | **>500** | 64 | 45,07 |
| | **Total** | 142 | 100,00 |

Respecto a los rangos de CD4 tenemos que, los niveles menores de 250 cel/mL. representan el 14,08% (n=20), los niveles de 250 a 500 cel/mL. representan el 40,85% (n=58) y los mayores de 500 cel/mL., el 45,07% (n=64).

Resultados de prueba PCR en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA

**GRAFICO N° 08 PRUEBA DE PCR**

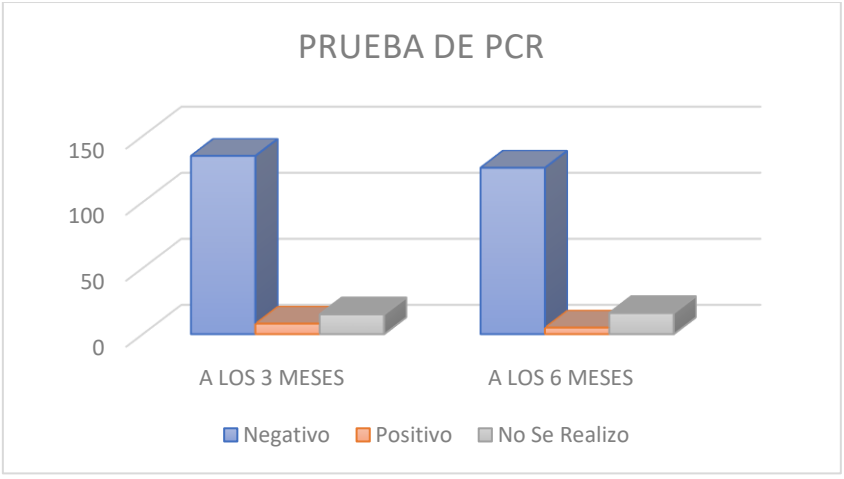


**TABLA N° 08 PRUEBA DE PCR**

| | Prueba de PCR a los 03 meses | | Prueba de PCR a los 06 meses | |
|---|---|---|---|---|
| | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Frecuencia** | **Porcentaje** |
| **Negativo** | 135 | 95,07 | 126 | 88,73 |
| **Positivo** | 1 | 0,70 | 2 | 1,41 |
| **No se realizo** | 6 | 4,23 | 14 | 9,86 |
| **Total** | 142 | 100,00 | 142 | 100,00 |

Dentro de los resultados de Prueba PCR en recién nacidos, la prueba a los 03 meses tenemos que, los resultados negativos representan el 95,07% (n=135), los positivo el 0,70% (n=1) y los que no se realizaron la prueba el 4,23% (n=6); en la Prueba PCR a los 06 meses tenemos que, los resultados negativos representan el 88,73% (n=126), los positivo el 1,41% (n=2) y no se realizaron la prueba el 9,86% (n=14).

Estas pruebas se encuentran reportadas en la “norma técnica de salud para la atención integral y tratamiento antirretroviral de los niños” supervisando la seguridad y efectividad del TARGA, de modo que estos exámenes sean confiables resguardando la salud del niño y de mantener la nula transmisión materno-infantil.

Relación entre la terapia antirretroviral y la prueba ELISA en recién nacidos de madres con VIH positivo con tratamiento de TARGA

**GRAFICO N°09 PRUEBA DE ELISA**

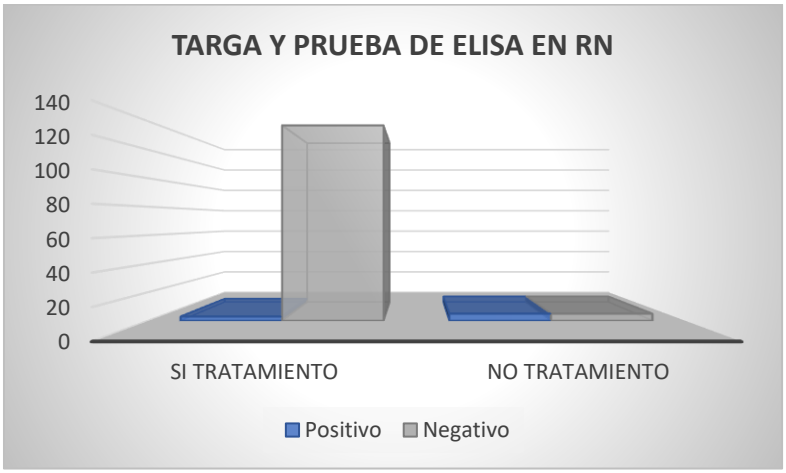
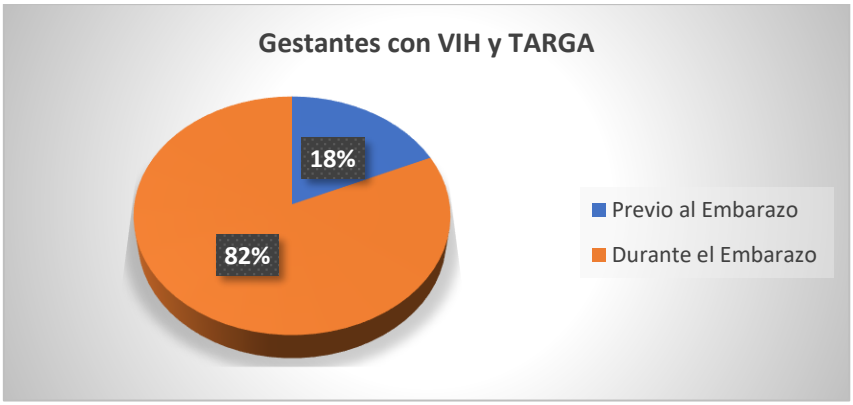



**TABLA N°09 PRUEBA DE ELISA**

| | | Prueba de Elisa | | | | Total | | (P) valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Positivo | | Negativo | | | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | 0,000 |
| Tratamiento al nacer | SI | 3 | 2.11 | 137 | 96.48 | 140 | 98.59 | |
| | NO | 1 | 0.70 | 1 | 0.70 | 2 | 1.41 | |
| Total | | 4 | 2.82 | 138 | 97.18 | 142 | 100 | |

Después del análisis en el proceso entre el tratamiento TARGA y la prueba de Elisa realizada en los recién nacidos, mediante la prueba chi cuadrado, se determina la presencia de un valor de (P =0,000); en lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa (p<0.05).

## GRAFICO N°10 GESTANTES VIH POSITIVO QUE RECIBEN TARGA




## TABLA N°10 GESTANTES CON VIH POSITIVO QUE RECIBEN TARGA

| Inicio del Tratamiento | Previo al embarazo | | Durante el embarazo | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| | 26 | 18,30 | 116 | 81,7 |

Se presentaron 04 casos de transmisión madre-hijo, dando a mencionar que los 04 casos fueron gestantes que recibieron terapia antirretroviral en el 3° trimestre, se presentó un neonato que no recibió tratamiento antirretroviral al nacer, sin embargo, no presento la transmisión vertical; este caso corresponde a los pocos que no se transmite la infección pese a no recibir la terapia antirretroviral al nacer.

## EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO

| Transmisión Vertical | Neonatos | % |
|---|---|---|
| **No** | 138 | 97,18 |
| **Si** | 4 | 2,82 |
| **Total** | 142 | 100 |

## 5.2 Discusión de resultados

En relación al presente trabajo de investigación la terapia antirretroviral ha evidenciado presentar un costo-beneficio muy elevado, desde que se instauró el protocolo años atrás, ha habido un pronóstico favorable para la disminución de la morbilidad y progresión de la transmisión vertical de VIH, mejorando la calidad de vida de los recién nacidos.

El planteamiento del objetivo fundamental de la investigación del presente estudio fue determinar la efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional de Ica, 2013 – 2018, donde los resultados expresados en la tabla N°1 muestran los datos entre el tratamiento TARGA y la prueba de Elisa realizada en los recién nacidos, mediante la prueba chi cuadrado, se determina la presencia de un valor de (P =0,000); en lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$).

En comparación con el estudio de Carlos Emilio Paz Sanchez. Ecuador (2014)[8] se observó que la administración de TARGA en madres gestantes hizo posible la confirmación de 100% de no transmisión vertical en el recién nacido.
Lo cual al realizar el cruce con nuestros datos que fue de 97,18% de no transmisión vertical se mantiene una relación de semejanza lo que nos permite corroborar que ambos aspectos del estudio son considerados relevantes el nivel de efectividad de la terapia antirretroviral en madres gestantes con VIH positivo.

Así mismo, al comparar con el estudio de L. García-Fernández, F. Fiestas, R. Vásquez y C. Benites. Lima (2015)[10] se observó que el tratamiento TARGA en madres gestantes tuvo como resultado solo un caso de TMI (97.8%), lo cual se mantiene en relación de similitud con nuestro estudio corroborando la efectividad de la terapia antirretroviral en madres gestantes con VIH positivo.

En relación al objetivo específico N°1 que nos permitió hallar factores sociodemográficos en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de

TARGA expresados en la tabla N°2 nos demuestra como resultado que la frecuencia del nivel económico se encuentra en el parámetro regular (66.20%), baja (30.28%) y solo 3.52% de clase alta. Con respecto al estado civil la mayor parte de gestantes eran soltera (66.20%), un 32.39% eran convivientes y solo 1.41% eran casadas. En el caso de la procedencia provenían de zonas urbanas (62.68%) y 37.32% de zonas rurales. En el caso del nivel de instrucción el 56.34% presentaba secundaria completa, un 19.79% presentaba carrera técnica, un 14.79% solo había estudiado primaria, y solo el 9.15% tenía una carrera superior. Considerando la edad de las gestantes se observa que la mayoría estaba en los parámetros de 19-35 años (79.58%), menores 19años (11.27%) y mayores de 35años (9.15%).

Al realizar la comparación con la investigación de Tejada R. Alarcón J. Velásquez C. Lima[11] (2017) en sus resultados de frecuencia de datos demográficos como estado civil las pacientes tenían pareja estable (65.9%), y solteras (13.6%). En nivel de instrucción el 77.3% tenía educación secundaria, 15.9% primaria y solo el 6.8% educación superior. En grupo etario la edad promedio fue de 27.9 ± 5.9años (rango de 18-39 años).

Los resultados en cuanto a estado civil, se contraponen a los encontrados en nuestra investigación con lo que se establece que siempre van se presenta diferencias considerables entre algunos factores predisponentes en madres gestantes en cada población de estudio. Con respecto al nivel de instrucción existe una similitud en la tendencia estadística de ambos estudios, lo que nos confirma que hay una mayor prevalencia de la infección en pacientes con un nivel menor de educación. Con respecto al grupo etario se evidencia nuevamente la concordancia de ambos estudios considerando que la población joven es la más afectado en nuestra región.

El objetivo específico N°2 donde tratamos de determinar la carga viral y CD4 de en las madres gestantes con tratamiento TARGA expresados en la tabla N°3 nuestros datos establecieron que las gestantes en relación a su carga viral se observan que 48.59% tenían entre 1001-10000 copias, menores 500 copias (21.13%), 500-1000 copias (19.72%) e indetectables un 10.56%. Con respecto

a nivel de CD4 se observó que 40.85% presentaba 250-500cel/mL, 45.07% presentaba niveles mayores a 500cel/mL y solo un 14.08% se observó niveles menores a 250cel/mL.

En comparación con la investigación de Carlos Emilio Paz Sanchez[10] (2014) en sus resultados de porcentaje de carga viral se encontró que el 72% las gestantes presentaban valores menos de 20 copias, mientras que el 20% tenía un parámetro de 30-10000 copias y que solo el 8% presentaba valores de 10000-50000 copias. Con respecto a valores de CD4 las gestantes presentaba valores mayores a 500 (63%), valores entre 250-500 era de (27%) y que solo el 10% presento valores menores a 250.

Analizando los resultados en cuanto a carga viral se evidencia una contraposición a los encontrados en nuestra investigación lo cual se establece que en nuestra región (Ica) se evidenciaba que el sector salud tenía conocimiento sobre la infección de VIH, pero la población no acudía al control de ITS y sexualidad debido a la escasa promoción al sector público. Dado que las madres gestantes solo eran diagnosticadas en controles prenatales presentando contagios sin conocimiento alguno de la infección. Con respecto a valores de CD4 se halla una relación de semejanza, permitiendo aclarecer la efectividad de la terapia antirretroviral y evidenciando un favorable estado del sistema inmunológico de las gestantes.

El objetivo N°3 nos permitió determinar los resultados de prueba PCR en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA en la tabla N°4 dando como resultados que las pruebas a los 03 meses salieron negativas en el 95.07% de recién nacidos, mientras que el 4.23% de ellos no se realizó la prueba y solo el 0.7% de los recién nacidos salió positivo. Con respeto a la prueba de PCR a los 06 meses se asevera que el 88.73% de recién nacidos tuvo como resultado negativo, un 9.86% no fue a realizarse la prueba y solo el 1.41% dio positivo a la prueba.

Analizando los resultados, nos presenta que vamos teniendo evidencia de la terapia antirretroviral en madres gestantes, aseverando su efectividad con las pruebas correspondientes en cada control según el protocolo de salud, dando al recién nacido factores protectores para la transmisión vertical reduciendo la infección de VIH, la adecuada profilaxis materna y del RN (con AZT) y los protocolos de finalización de la gestación por vía alta, con el correspondiente control prenatal, evidencian que las estrategia de salud pública van cada día más efectivas para reducir la incidencia de la infección de VIH.

## CONCLUSIONES

- Se evidencia que el tratamiento antirretroviral en madres gestantes VIH positivo tiene una efectividad del 97,18% si se realiza una profilaxis temprano durante la gestación asegurando la reducción de la transmisión de VIH madre-hijo en el hospital Regional de Ica en los años 2013-2018.

- Los factores sociodemográficos en las gestantes VIH positivos más importantes se dan en mujeres de 19 a 35 años y con educación primaria y secundaria dando a entender la pobre cultura y conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

- Se evidencia que a pesar de que la mayoría de las gestantes presentaba una carga viral mayor a 1000 copias/mL, el nivel inmunitario de la mayoría de las madres estaba en rangos normales mayor a 500 cel/mL, evidenciando que el tratamiento TARGA cumple un rol muy importante en la no transmisión vertical.

- El estudio muestra que el TARGA es seguro en pacientes gestantes para evitar la transmisión vertical de la infección de VIH, como se desprende del análisis de las pruebas PCR (03 y 06 meses) y la prueba de ELISA que tienen como resultados negativos en los recién nacidos.

## RECOMENDACIONES

- Que el ministerio de salud y CDC-Perú en coordinación con el ministerio de educación fortalezca la capacitación sobre el conocimiento de la infección de VIH y/o ITS en la población.

- Proponer a los grupos de apoyo de VIH SIDA se centren en la promoción y prevención de VIH, promoviendo la participación de programas intrahospitalarios para atender y dar a conocer los riesgos de la transmisión vertical de VIH a la población vulnerable.

- Las instituciones sanitarias, según el nivel de atención, deben potenciar las medidas preventivo- promociónales e implementar estrategias que permitan una adecuada monitorización de las madres gestantes con tratamiento TARGA y del recién nacido.

- Que este estudio de investigación sea motivo de futuras investigaciones que conduzcan a mejorar este problema de salud pública.

## FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. Navarro Gómez; Hospital General Universitario Gregorio Marañón-España. Infección VIH en Pediatría: Pediatr Integral 2018; XXII (7): pag. 334.

2. Ministerio de Salud. NTS 108-MINSA/ DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis". Perú, 2014.

3. UNAIDS: 2018 report on the global AIDS epidemic 2018.: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/december/young-people-and-men-less-likely-to-know-their-hiv-status

4. León-Leal, González-Faraco, Y. Pacheco, M. Leal la infección por VIH en la infancia y la adolescencia: avances biomédicos y resistencias sociales, Sevilla.2013. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-04/la infeccion-por-vih-en-la-infancia-y-la-adolescencia-avances-biomedicos-y resistencias-sociales/

5. Dirección-general-de-epidemiología. Situación del vih/sida en el Perú. Boletín epidemiológico mensual. Junio 2011.

6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 20 avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc656-child_aids_es_0.pdf

7. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú; Boletín Mensual diciembre 2018; Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA PERU

8. Carlos Emilio Paz Sanchez; Efectividad del tratamiento con antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH en embarazadas que asistieron al Hospital Martin Icaza, Lima-Peru (2014).

9. Manuel Moro Serrano y Dr. José Tomás Ramos Amador. Efectos adversos de fármacos antirretrovirales en una cohorte de niños hijos de gestante vih positiva, Madrid-España. 2011

10. Lisset García-Fernández, Fabián Fiestas, Rubén Vásquez y Carlos Benites; Lima-Perú. Tratamiento anti-retroviral conteniendo raltegravir en mujeres gestantes con infección por VIH. Revisión sistemática. 2015

11. Romina Tejada, Jorge Alarcón , Carlos Velásquez , César Gutiérrez , César Loarte, Joe Zunt , Silvia Montano; Lima-Perú. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; Revista peruana 2011.

12. C. Codina, T. Martín Ibarra, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/tomo2_cap21.pdf

13. M. Fernández Ibieta, J.T. Ramos Amador Anemia y neutropenia en una cohorte de niños no infectados hijos de madres positivas para el virus de la inmunodeficiencia humana; Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

14. Guía de atención para niños y niñas expuestos e infectados por vih. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000864cnt-2016-¿ 11-08_guia-atencion-ninios-vih.pdf

15. Jornadas de actualización en el tratamiento del paciente con VIH https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/Libro_completo_4_seminario_2004.pdf

16. Dirección-general-de-epidemiología. Noti vih [base de datos electrónica]. Lima, Perú: dge; 2010.

17. Minsa. Evaluación del plan estratégico del minsa, 2001–2004 para la prevención y control del vih / sida en el perú. Lima, perú: minsa; 2015-2019.

18.https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/diciembre.pdf

19. Bailey H, Townsend C, Cortina - Borja M &Thorne C. (2011). Terapia antirretroviral insuficiente en el embarazo: la pérdida de oportunidades para la prevención de la transmisión madre a hijo del VIH en Europa.

20. González Tomé, M., Ramos Amador, J., Sánchez Granados, J., Guillén, S., Rojo, P., & Ruiz Contreras, J. (2005). Efectividad de la terapia antirretroviral en niños con infección por VIH-1. Corte transversal. Anales De Pediatría, 62(1), 32-37.

21. Monge, S., del Romero, J., Rodríguez, C., & de Górgolas, M. (2010). Factores sociodemográficos asociados a la progresión de la infección por VIH e impacto del TARGA en una cohorte de pacientes seroconvertores en Madrid (1986-2010)

22. MSP, (2011). Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta Nacional al VIH 2007- 2015- Planes Operativos Multisectoriales, Quito

23. Organización Panamericana de la Salud, O. A. (2007). Análisis de situación de VIH en la subregión andina 2003-2005: plan subregional andino de VIH para el sector salud 2007-2010. In Análisis de situación de VIH en la subregión andina 2003-2005: plan subregional andino de VIH para el sector salud 2007-2010. OPS.

24. Porras, O. León, M. Messino, A. Solano, A. Vargas, C. &Víquez, C. (2013). Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en Costa Rica. C; Volumen55 (2): 1-7.

25. Teva, I. Bermúdez, M. Ramiro, M. T. &Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. Revista médica de Chile, 140(1), 50-58.

# ANEXOS

## ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|---|---|---|---|
| **PROBLEMA GENERAL**<br><br>¿Cuál es la de efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional de Ica, 2013 – 2018?<br><br>**PROBLEMAS SECUNDARIOS**<br><br>¿Cuáles son los factores sociodemográficos en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018?<br><br>¿Cuál es la carga viral y el recuentro de CD4 en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018? | **OBJETIVO GENERAL**<br><br>Determinar la efectividad de la terapia antirretroviral en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento de TARGA en el hospital regional de Ica, 2013 – 2018<br><br>**OBJETIVOS ESPECIFICOS**<br><br>Determinar los factores sociodemográficos en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018.<br><br>Determinar la carga viral y el recuentro de CD4 en las gestantes con VIH positivo con tratamiento de TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018. | **VARIABLE DEPENDIENTE**<br><br>Tratamiento con Antirretroviral<br><br>**VARIABLE INDEPENDIENTE**<br><br>Transmisión vertical de VIH<br><br>Nivel de CD4<br><br>Carga viral<br><br>PCR<br><br>ELISA | **TIPO DE ESTUDIO**<br><br>Retrospectivo<br><br>Transversal<br><br>Descriptivo<br><br>**POBLACIÓN**<br><br>Las historias clínicas de pacientes gestantes VIH positivas. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Cuáles son los resultados de prueba PCR en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018? | Determinar los resultados de prueba PCR en recién nacidos de madres VIH positivos con tratamiento TARGA en el Hospital Regional De Ica, 2013 – 2018 | **VARIABLE INTERVINIENTE**<br>Edad<br>Lugar de procedencia<br>Nivel económico<br>Estado civil<br>Grado de instrucción<br>Ocupación | **MUESTRA:**<br>Será seleccionada de las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.<br>**INSTRUMENTO**<br>Ficha de recolección de datos |

## ANEXOS N°2: EFECTIVIDAD DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN RECIEN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVOS CON TRATAMIENTO DE TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

| INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | |
|---|---|
| **DATOS DE LA MADRE** | |
| NOMBRES Y APELLIDOS:<br>NUMERO DE HISTORIA CLINICA:<br>EDAD: | |
| Nivel Económico: | ☐ Baja<br>☐ Regular<br>☐ Alta |
| Estado Civil: | ☐ Soltera<br>☐ Conviviente<br>☐ Casada<br>☐ Divorciada |
| Ocupación | |
| Lugar de Procedencia | ☐ Urbana<br>☐ Rural<br>_____ |
| Nivel de Instrucción | ☐ Ninguna<br>☐ Primaria<br>☐ Secundaria<br>☐ Técnica<br>☐ Superior |

| | |
|---|---|
| Carga Viral | ☐ <500<br>☐ 501–1000<br>☐ 1001 – 10 000<br>☐ Indetectable |
| NIVEL DE CD4 | ☐ < 250<br>☐ 250 – 500<br>☐ > 500 |
| Usó tratamiento TARGA | ☐ Si<br>☐ No |
| Tratamiento Inicial | ☐ I TRIMESTRE ☐ Antes de la gestación<br>☐ II TRIMESTRE<br>☐ III TRIMESTRE |
| Antirretroviral usado durante la gestación | ☐ AZT ☐ DIDANOSINA + KALETRA<br>☐ AZT+LVM<br>☐ NVP<br>☐ TERAPIA TRIPLE |
| Antirretroviral usado durante el parto | ☐ AZT<br>☐ AZT + LVM<br>☐ NVP<br>☐ TERAPIA TRIPLE |
| **DATOS DEL RECIEN NACIDO** | |
| Tratamiento al nacer | ☐ AZT<br>☐ AZT + LVM<br>☐ NVP |
| Prueba de PCR a los 03 meses | ☐ Si ☐ No reactivo<br>☐ No ☐ Reactivo |

| | | |
|---|---|---|
| Prueba de PCR a los 06 meses | ☐ Si<br>☐ No | ☐ No Reactivo<br>☐ Reactivo |
| Prueba de ELISA a los 18 meses | ☐ Positivo<br>☐ Negativo | ☐ No realizado |

## ANEXO N°3: RESOLUCION DIRECTORAL N°561-2021-HRI/DE, APROBADO POR EL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N °561-2021-HRI/DE.

# Resolución Directoral

Ica, 06 de Mayo del 2021

**VISTO:**

El Expediente N° 21-005876-001, que contiene el Memorando N° 262-2021-HRI/DE, de fecha 20 de Abril del 2021, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional, donde se autoriza emitir acto resolutivo aprobando los **PROYECTOS DE INVESTIGACION,** revisado por el Comité de Ética e Investigación; Oficio N° 014-2021-HRI/JOADI

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para el cuidado de la salud.

Que, la Oficina de Apoyo a la Docencia e investigación es la unidad orgánica encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación según los convenios con las universidades y/o instituciones educativas teniendo como función entre otras la de proponer los planes y programas de perfeccionamiento y formación de los recursos humanos según corresponda a los convenios suscritos con universidades y/o instituciones educativas.

Que, con Oficio N° 014-2021-HRI/JOADI, emitida por el Mag. Victor Hugo Barrientos Ramos, Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el Acto Resolutivo de aprobación de los Proyectos de Investigación, los cuales han sido revisados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica, adjuntando el Acta de Evaluación y Aprobación de fecha 16 de Abril del 2021.

Que, mediante Memorando N° 262-2021-HRI/DE, de fecha 20 de Abril del 2021, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el Acto Resolutivo de aprobación de los **PROYECTOS DE INVESTIGACION,** detallados en el documento citado en la referencia, los cuales han sido revisados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica;

..../// 

\\\...

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el **PROYECTO DE INVESTIGACION,** revisado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica, proyecto que se detallan a continuación: ----------

| N° | TITULO DEL PROYECTO | INVESTIGADOR |
|---|---|---|
| 01 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES INFECTADOS CON SARS-COV-2 ATENDIDOS EN 5 HOSPITALES PÚBLICOS DEL PERU. | MAG. KARLA A. VIZCARRA ZEVALLOS.<br>MAG. LENY BRAVO LUNA. |
| 02 | RELACION ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR HIPERTENSO HOSPITAL REGIONAL ICA- MINSA ENERO 2021 | MARIAPÍA VARGAS ALEGRÍA. |
| 03 | EFECTIVIDAD DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN RECIEN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVOS CON TRATAMIENTO DE TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA; 2013-2018. | ROGGER JACKSON ASCAMA CASAVERDE. |
| 04 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADOS A LA MORBI MORTALIDAD DE INFECCIONES DE INFECCIONES DE CATÉTERES DE ALTO FLUJO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2013 AL 2018. | ANGELA MAGALY CHAVEZ HUAMAN. |
| 05 | FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD DE MENIERE, SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2017-2018. | IVAN HOMERO CONTRERAS MOTTA. |

**ARTÍCULO SEGUNDO.-NOTIFICAR** la presente Resolución Directoral a las partes interesadas, y a las instancias competentes.----------

**Regístrese y Comuníquese,**

GORE - ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. Carlos Enrique Nava Mendez
Director Ejecutivo DEL HRI
CMP 059270

V°B°
JEFE OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA
Luis Meléndez Leyva

**CENM/D.E.HRI.**
**CABB/D.E.ADM.**
**EBEH/J.ORRHH.**
**FLQQ/ABOG.UBPYRL**

## ANEXO N°4: RESULTADO DEL SISTEMA DE ANTIPLAGIO DE TESIS

CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**"EFECTIVIDAD DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN RECIEN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVOS CON TRATAMIENTO DE TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2013 – 2018"**

Presentado por:

**ASCAMA CASAVERDE, ROGGER JACKSON**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **8%** por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

**Observaciones:** Se aprueba la Tesis, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 22 de Setiembre del 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DAC"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dra. CARMEN ROSARIO VERA CACERES

Directora de la Unidad de Investigación

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC

## 1.-"EFECTIVIDAD DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN RECIEN NACIDOS DE MADRES VIH POSITIVOS CON TRATAMIENTO DE TARGA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2013 – 2018"

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%
ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | repositorio.unica.edu.pe<br>Internet | 343 palabras — 3% |
| 2 | cybertesis.unmsm.edu.pe<br>Internet | 213 palabras — 2% |
| 3 | www.redalyc.org<br>Internet | 49 palabras — < 1% |
| 4 | unidadseguroslp.com<br>Internet | 33 palabras — < 1% |
| 5 | repositorio.usanpedro.edu.pe<br>Internet | 26 palabras — < 1% |
| 6 | docplayer.es<br>Internet | 25 palabras — < 1% |
| 7 | scielosp.org<br>Internet | 21 palabras — < 1% |
| 8 | www.scribd.com<br>Internet | 21 palabras — < 1% |
| 9 | issuu.com<br>Internet | 20 palabras — < 1% |

LIC. CARLOS CESAR CARPIO VENTURA
OPERADOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DAC"

10 www.slideshare.net
Internet

20 palabras — < 1%