

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



“LA MATERNIDAD EN LAS PACIENTES VIH POSITIVO”

ALEJANDRA RODRÍGUEZ CHÁVEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Enero de 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Alejandra Rodríguez Chávez

Carné Universitario No.: 100022789

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "LA MATERNIDAD EN LAS PACIENTES VIH POSITIVO"

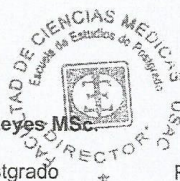
Que fue asesorado: Dra. Ingrid Jessica Barrios Matta


Y revisado por: Dr. César Augusto Reyes Martínez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 26 de noviembre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc. *
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 19 de junio de 2015

Doctor
Edgar Axel Oliva González MSc.
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios

Estimado doctor Oliva González:

Por este medio, le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título: **"Actitud de las Pacientes VIH Positivo por el deseo de Maternidad"**, presentado por la doctora Alejandra Rodríguez Chávez, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dra. Ingrid Jessica Barrios
Asesora

Hospital General San Juan de Dios

Dra. Ingrid Jessica Barrios Matta
GINECOLOGA Y OBSTETRA
COL. 11528

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: postgrado.medicina@usac.edu.gt



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 19 de junio de 2015

Doctor
Edgar Axel Oliva González MSc.
Coordinador Especifico de Programas de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios

Estimado doctor Oliva González:

Por este medio, le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título: " Actitud de las Pacientes VIH Positivo por el Deseo de Maternidad ", presentado por la doctora: Alejandra Rodríguez Chávez, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. César Augusto Reyes Martínez
Ginecología y Obstetricia
Jefe del Departamento
Hospital General San Juan de Dios

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: postgrado.medicina@usac.edu.gt

ÍNDICE

I. ÍNDICE	i
II. RESUMEN	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
1. VIH	3
1.1 Vías de transmisión	4
1.1.1 Relaciones sexuales	4
1.1.2 Vía sanguínea	4
1.1.3 Transmisión perinatal	4
2. Derechos sexuales	5
3. Principios Éticos	6
3.1 Autonomía	6
3.2 Beneficencia	6
3.3 Justicia	6
III. OBJETIVOS	8
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	9
V. RESULTADOS	14
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	22
6.1 Conclusiones	24
6.2 Recomendaciones	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
VIII. ANEXOS	28

RESUMEN

La infección por el VIH ha constituido un fenómeno médico y social en las últimas décadas. En la actualidad. Los avances logrados en el conocimiento de esta infección y sus consecuencias han sido notables, determinando cambios significativos en el tratamiento y el pronóstico de las personas. . La infección por VIH constituye un ejemplo de los grandes cambios que experimenta la acción médica en sus aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y morales. El objetivo principal del estudio fue determinar la decisión de la paciente VIH positivo, por el deseo de maternidad. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, la población fueron mujeres VIH positivo de 14 a 49 años que consultaron al anexo de la Clínica Familiar Luis Ángel García – COEX 6a. Se realizó por medio de una encuesta. Con una muestra de 209 pacientes que se encuestaron, los resultados obtenidos fueron que el 27% de los casos deseaban procrear y el 73% no deseaban tener hijos. Se observó que a pesar de la enfermedad que presentan ellas, desean realizarse como madres ya que varias de ellas aún no tenían hijos. El método de planificación deseado por las pacientes son los hormonales. La familia en este caso el esposo es el principal factor que influye en la decisión de procrear.

I. INTRODUCCIÓN

El SIDA y la infección por el VIH han constituido un fenómeno médico y social en las últimas décadas del siglo XX y comienzos del XXI. En la actualidad, gran parte de las investigaciones científicas que se desarrollan en el campo médico, están enfocadas a esta patología. (3). Los avances logrados en el conocimiento de esta infección y sus consecuencias han sido notables, determinando cambios significativos en el tratamiento y el pronóstico de las personas infectadas con el VIH. Estos cambios han tenido repercusión en las diferentes situaciones cotidianas de las personas que conviven con el VIH. El embarazo o el deseo de tener hijos entre las mujeres y parejas infectadas con VIH representan una de estas situaciones. (6,11, 18, 20).

En la primera década de conocida la enfermedad por el VIH, la transmisión perinatal fue identificada como la principal causa de SIDA en niños, y las mujeres que se embarazaron o quisieron hacerlo en ese período fueron duramente criticadas, inducidas al aborto o estigmatizadas. (9,18). En la actualidad, la realidad que enfrentan estas mujeres es muy diferente, con expectativas de vida para ellas mucho mejores por el uso de terapia antirretroviral altamente efectiva, la cesárea antes del inicio del trabajo de parto sin rupturas de las membranas ovulares y la profilaxis en el recién nacido disminuye la posibilidad de transmisión de la infección.(11,14,20).

De acuerdo a las Estimaciones y Proyecciones del VIH a nivel mundial para el año 2012 el número de personas que viven con VIH (adultos y niños) es de 35,3 millones y las nuevas infecciones esperadas son de 2,3 millones. La mortalidad notificada fue de 1,6 millones. La prevalencia de VIH Sida para Guatemala en la población de 14 a 49 años para el 2011 es de 0.79%.(20) En Guatemala, la notificación de casos VIH avanzado (SIDA) inició en 1984 con 2 casos masculinos y en 1986 se notificaron ya 3 casos femeninos. (4).

En Guatemala no hay estudios que determinen el deseo de maternidad en mujeres portadoras de VIH, hay estudios en Latinoamérica en donde se enfocan en los derechos de reproducción de las pacientes con VIH, sin embargo no hay datos específicos del porcentaje de las pacientes que desean procrear, por lo que se decide realizar el estudio en el Hospital General San Juan de Dios en la clínica familiar Luis Ángel García (CFLAG), en el anexo de la COEX 6 A. durante el año 2013.

El estudio de investigación pretende determinar la decisión de la paciente VIH positivo, por el deseo de maternidad. Así como conocer qué método de planificación familiar desean las pacientes VIH positivo que no desean procrear y saber si la familia, la CFLAG o propaganda publicitaria influyen en cuanto al deseo de procrear en la mujer VIH positivo. Por lo que se realizó un estudio descriptivo transversal. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta realizada a las pacientes que acuden a su seguimiento en la consulta externa 6 A, del departamento de Ginecología y Obstetricia durante enero a diciembre de 2013.

El estudio incluyó a 209 pacientes, de las cuales el 27% deseaban procrear a pesar del diagnóstico, ellas deseaban desarrollarse como madres por el valor moral de autonomía. En cuanto al tipo de planificación que deseaban las pacientes que no querían procrear el 75% solicitaron los métodos hormonales y solo el 20% deseaban la esterilización quirúrgica. Y el factor que influyó positivamente en el deseo de maternidad es la familia en este caso el esposo en un 47%, esto debido a que los conyugues deseaban tener hijos vivos con sus parejas actuales. Seguido de un 30% influye el plan educacional recibido en la CFLAG, ya que fomentan la paternidad responsable y dan a conocer los riesgos y beneficios que conlleva la paternidad en estas pacientes. Por lo que la paciente es la que decide si desea procrear.

Algunas limitaciones que se tuvieron en el estudio fue la poca colaboración de las pacientes de reciente diagnóstico, ya que por el impacto de la enfermedad eran reservadas para dar información. Sin embargo se tuvo colaboración de las pacientes que tenían más tiempo de diagnóstico.

II. ANTECEDENTES

El SIDA y la infección por el VIH han constituido un fenómeno médico y social en las últimas décadas del siglo XX y comienzos del XXI. En la actualidad, gran parte de las investigaciones científicas que se desarrollan en el campo médico, están enfocadas a esta patología. (3). Los avances logrados en el conocimiento de esta infección y sus consecuencias han sido notables, determinando cambios significativos en el tratamiento y el pronóstico de las personas infectadas con el VIH. Estos cambios han tenido repercusión en las diferentes situaciones cotidianas de las personas que conviven con el VIH. El embarazo o el deseo de tener hijos entre las mujeres y parejas infectadas con VIH representan una de estas situaciones. (6,11, 18, 20).

De acuerdo a las Estimaciones y Proyecciones del VIH a nivel mundial para el año 2012 el número de personas que viven con VIH (adultos y niños) es de 35,3 millones y las nuevas infecciones esperadas son de 2,3 millones. La mortalidad notificada fue de 1,6 millones. El grupo-edad de 20-39 años es quien presenta el 60% (1138/1898) de casos, sin embargo fueron notificados 120 casos (6%) entre el grupo de edad de 10-19 años lo que nos haría pensar que estas personas están iniciando su relación sexual muy jóvenes o han sido víctimas de violencia sexual. La prevalencia de VIH Sida para Guatemala en la población de 14 a 49 años para el 2011 es de 0.79% (20). En Guatemala, la notificación de casos VIH avanzado (SIDA) inició en 1984 con 2 casos masculinos y en 1986 se notificaron ya 3 casos femeninos. (4).

1. VIH

Es el término con que se denomina al “virus de inmunodeficiencia humana”, esto es, el virus que ataca el sistema inmunológico de la persona. El individuo que vive con VIH es aquel en el que se detecta que ha tenido contacto con el virus, por tanto su serología es positiva, no obstante, no necesariamente esta persona está enferma de SIDA, porque para ello deben haberse manifestado enfermedades causadas por la inmunodeficiencia producida por el virus. Hasta entonces, sólo será un portador del virus asintomático, distinguiéndose así la infección del desencadenamiento de la enfermedad.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de SIDA por el equipo de Luc

Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T CD4.(1)

Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del SIDA durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental (1, 15, 20)

El VIH se encuentra en todos los líquidos orgánicos de aquella persona que tiene el virus: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche, calostro, orina, secreciones uterinas y vaginales y el líquido pre seminal. Pero solamente la sangre, el líquido pre seminal, el semen, fluidos vaginales y la leche materna presentan una concentración suficiente como para producir el contagio (4,5,6)

1.1. Vías de transmisión

1.1.1 Relaciones sexuales

Vaginales, anales u orales, heterosexuales (en el noventa por ciento de los casos) u homosexuales sin protección. El paso del virus en las relaciones sexuales se realiza a través de las lesiones o heridas microscópicas que se producen durante la penetración y otras prácticas sexuales, por donde los fluidos del portador del virus ingresan en el cuerpo de la pareja. (4, 5,6)

1.1.2 Vía sanguínea

Por compartir jeringas para el uso de drogas o cualquier otro elemento cortante o punzante, o a través de una transfusión de sangre no controlada. (4, 5,6)

1.1.3 Transmisión perinatal o vertical

De madre a hijo in útero durante el embarazo, en el momento del parto o por la lactancia materna; supuesto éste que es el que aquí nos interesa. (4, 5,6)

En caso de embarazo de una mujer seropositiva, la tasa de transmisión del virus al niño depende de las características de la población. En Europa Occidental la tasa es de 16,4%, en África se aproxima al 40%, en Estados Unidos oscila entre el 25 y el 30%, y en nuestro país existe alrededor de un 35% de probabilidades de que, de no tomarse medidas preventivas, la madre transmita el virus a su hijo o hija; esto es, un riesgo de tres veces más de transmisión. De todos los niños que se infectan del VIH a través de su progenitora, alrededor del 15% o 20% lo adquieren durante el período del embarazo, el 50% en el momento de nacer y el 33% a través de la leche materna. (11,12,13)

Gracias al avance que la medicina y la tecnología han logrado en los últimos tiempos, las mujeres embarazadas seropositivas pueden reducir a la mitad la posibilidad de contagio al recién nacido tomando medicamentos antirretrovirales. Sin embargo y como puede observarse, aún empleando la debida diligencia y sometiéndose al tratamiento médicamente pre escrito, la mujer portadora de VIH que decide ser madre no podrá eliminar totalmente la probabilidad de transmitir el virus a su hijo. (11,12)

Por lo que hay un conflicto en el niño por nacer y la madre ya que es la única que puede transmitir el virus al feto, por lo que los progenitores que deciden emprender un proyecto de vida familiar deben hacerse responsables por los daños causados al procrearlo.(11,12)

2. Derechos sexuales

La aceptación de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) tiene implicaciones filosóficas, éticas y políticas y deja en claro que una gran proporción de problemas de salud puede evitarse si se respetan los derechos humanos básicos. El reconocimiento de estos derechos involucra valores morales tales como la autonomía, la libertad y la equidad y no sólo significa la obligación de los Estados de proveer salud sexual y reproductiva de calidad o mejorar la calidad de sus servicios, sino que también incluye un reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar decisiones en esos aspectos. (13)

El Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio de todos los derechos reconocidos sin discriminación alguna; entendiéndose por tal toda distinción, exclusión, restricción o menoscabo del pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías constitucionalmente reconocidos, por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos –dentro de los cuales podemos incluir el estado de enfermedad.

Ello se complementa con las normas vigentes en el derecho interno, tales como la Ley Nacional del SIDA N° 23.798, la cual establece que en ningún caso puede afectarse la dignidad de las personas afectadas, ni producirse en su contra efectos de marginación, estigmatización, degradación o humillación. (14)

Es así que podemos interpretar que si los tratados internacionales reconocen el derecho a la libertad reproductiva como un derecho humano, derivado de la condición misma de persona y al mismo tiempo, prohíben que se efectúen discriminaciones en el ejercicio de estos derechos; las personas portadoras de VIH serían también titulares del mismo, puesto que toda limitación importaría una segregación contraria a las disposiciones legales. (15,16)

3. Principios éticos

3.1 La autonomía

Respeto por las personas: respeto por los valores, preferencias y decisiones de otro ser humano aunque sean diferentes a las propias. Atender una pareja infectada por VIH que contempla el embarazo, significa respeto por su decisión informada para intentar la concepción. El principio de autonomía no es absoluto, particularmente si el ejercicio de la autonomía causa daño o limita la libertad de otro. (17)

3.2 Beneficencia

Como cuidadores de la salud significa: promover el bienestar de otros, y definiéndolo negativamente: la obligación de “no hacer mal” a otros. En relación a reproducción asistida, se plantea nuestra obligación con el niño. (17)

3.3 Justicia

Requiere de profesionales médicos, políticas de salud y beneficios no discriminatorios. No restringir una terapia a personas sólo por el hecho de estar infectadas por el VIH o por el prejuicio, el estereotipo que tenemos en relación a las personas infectadas por VIH (drogadicta, promiscua, homo/bisexual, etc.) Si así fuese estaríamos violando el derecho a la no discriminación de los portadores de VIH. (17)

Concordantemente, el derecho interno establece al regular en el Derecho de Familia la institución de la patria potestad, la obligación de ambos padres de brindar asistencia, cuidado y protección a sus hijos desde la concepción y mientras sean menores de edad no emancipados, ejerciendo el complejo de derechos subjetivos que el ordenamiento les

reconoce no en interés personal, sino en el “interés del hijo” y en alcanzar su formación integral. De este modo, la interpretación literal de los artículos involucrados, arrojaría una posible limitación del derecho a procrear en las personas de serología positiva con la finalidad de proteger la salud del feto. (18)

No obstante ello, no puede obviarse y desproteger la situación del niño por nacer, sobre todo atendiendo al hecho de que si bien el ordenamiento normativo reconoce determinados derechos considerados fundamentales como es el caso del derecho a procrear, tales derechos no son absolutos ni ilimitados. (18)

La decisión de tener hijos es tradicionalmente un hecho privado y personal en la relación de pareja. Con el inicio de tratamientos de infertilidad, el equipo médico se integró en la toma de estas decisiones. La infección por VIH constituye un ejemplo de los grandes cambios que experimenta la acción médica en sus aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y morales. (19)

Las sociedades parecen ir aprendiendo lentamente que una manera efectiva de resolver muchos problemas sociales es reconocer los derechos de las personas de manera que ellas puedan protegerse a sí mismas. Más que discutir si las mujeres con VIH tienen el derecho a la reproducción o a tener relaciones sexuales, deberíamos asumir que el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos es la única manera de entregarles herramientas para tomar decisiones informadas y responsables y para mejorar su acceso a atención en salud de calidad en este ámbito. (19)

III.OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

Determinar la decisión de la paciente VIH positivo, por el deseo de maternidad.

3.2 ESPECÍFICOS:

3.2.1 Determinar qué método de planificación familiar desean las pacientes VIH positivo que no desean procrear.

3.2.2 Determinar si la familia, la CFLAG o propaganda publicitaria influyen en cuanto al deseo de procrear en la mujer VIH positivo.

IV. Materiales y Métodos

4.1 Tipo del estudio:

Estudio descriptivo, transversal

4.2 Población

Mujeres VIH positivo de 14 a 49 años que consultaron al anexo de la Clínica Familiar Luis Ángel García – COEX 6a

4.3 Muestra: fórmula para cálculo de muestra cuando se desconoce la población.

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2} = \frac{(1.96)^2 \times 0.79(1-0.79)}{(0.05)^2} =$$

n= tamaño de la muestra

t= nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1.96)

p= prevalencia estimada de VIH en mujeres en edad fértil (0.79%)

m= margen de error de 5% (valor estándar de (0.05)

Porcentaje de pérdida esperada de casos.20% n=35

N 20%= 209 pacientes

4.4 Unidad de Análisis

Mujer VIH positivo en edad fértil que consulta a la Clínica Familiar Luis Ángel García COEX 6a

4.5 Criterios de inclusión:

- Mujer de 14 a 49 años
- Mujeres diagnosticadas con VIH.
- Diagnóstico de VIH en Clínica Familiar Luis Ángel García.

4.6 Criterios de exclusión:

- Mujeres VIH negativo
- Mujeres que sean menores de 14 años o mayores de 49 años.
- Haber sido diagnosticadas en otra institución.
- Mujeres con esterilización quirúrgica.
- Mujeres que no quieran participar en el estudio.

4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	Cuantitativa	Tiempo de existencia de una persona desde el nacimiento	Tiempo transcurrido de una persona desde su nacimiento a la fecha	Intervalo /discreta	Boleta de recolección de datos
Gestas	Cuantitativa	No. De hijos que ha procreado	Número de hijos de las pacientes en estudio	Numérica	Boleta de recolección de datos
Hijos vivos	cuantitativa	No. de hijos vivos	Número de hijos procreados vivos	Numérica	Boleta de recolección de datos
Procedencia	Cualitativa	Lugar de de origen de la personas (23)	Zonas de la ciudad capital	Nominal	Boleta de recolección de datos

Etnia	Cualitativa	conjunto de personas que comparten rasgos culturales, lengua, religión	Indígena Ladino	Nominal	Boleta de recolección de datos
Estado civil	Cualitativa	Condición de la persona de su estado sentimental (23)	Soltera, unida, casada, viuda	Nominal	Boleta de recolección de datos
Deseo de procrear	Cualitativa	Deseo de tener un hijo	Si No	Nominal	Boleta de recolección de datos
Planificación familiar	Cualitativa	Métodos anticonceptivos	ACOS DIU Depoprovera Esterilización quirúrgica	Nominal	Boleta de recolección de datos

Procedimiento y recolección de datos:

Se recolectaron datos de la población que asiste al Anexo de la Clínica Familiar Luis Ángel García – COEX 6a del Hospital General San Juan de Dios para seguimiento de la enfermedad, en los meses de enero a diciembre de 2013.

Se realizaron encuestas a las pacientes que asistieron a la Clínica Familiar Luis Ángel García, se recolectaron datos de perfil epidemiológico, antecedentes ginecoobstétricos, año de diagnóstico, el deseo de procrear hijos, tipo de planificación y si hubo estigmatización

que influyera en el deseo de procrear. Todos estos datos fueron recolectados en la boleta de recolección de datos. Se realizó una base de datos y posteriormente se analizaron.

Procedencia de los datos

Datos obtenidos de la encuesta de las pacientes que asistieron para seguimiento de la enfermedad en el Anexo de la Clínica Familiar Luis Ángel García COEX 6a en el Hospital General San Juan de Dios en los meses de enero a diciembre 2013.

Instrumento

Se utilizó una boleta de recolección de datos que comprendió de las siguientes partes: datos generales, antecedentes ginecoobstétricos, año de diagnóstico de VIH, deseo de procrear, tipos de planificación, aspectos que influyen en procrear.

Consideraciones éticas

- Se aseguró la privacidad de los datos, ya que no se solicitaron datos que permitan identificar por nombre a las pacientes. Los datos fueron almacenados y sólo se tuvo acceso libre a las boletas individuales, sólo se publicaron los datos obtenidos de toda la población.
- El estudio es de riesgo Categoría I, no presentando ningún tipo de riesgo para la paciente.
- La información recolectada y procesada fue en forma confidencial

Recursos:

Materiales Físicos:

Hospital General San Juan de Dios
Historia Clínica del paciente
Boleta de recolección de datos
Computadoras
Lapiceros
Lápices
Papel Bond
Internet
Impresoras

Recursos Humanos:

Asesor de Tesis Dra. Ingrid Jessica Barrios

Revisor de Tesis Dr. César Augusto Reyes Martínez

Investigadores: Alejandra Rodríguez - Residente

Issis Zapeta - Residente

Recursos Financieros:

Gastos	Precio (quetzales)
Fotocopias	175
Lapiceros	35
Impresiones	200
Encuadernado	100
Electricidad	300
Internet	600
TOTAL:	1410

V. Resultados

Tabla No. 5.1

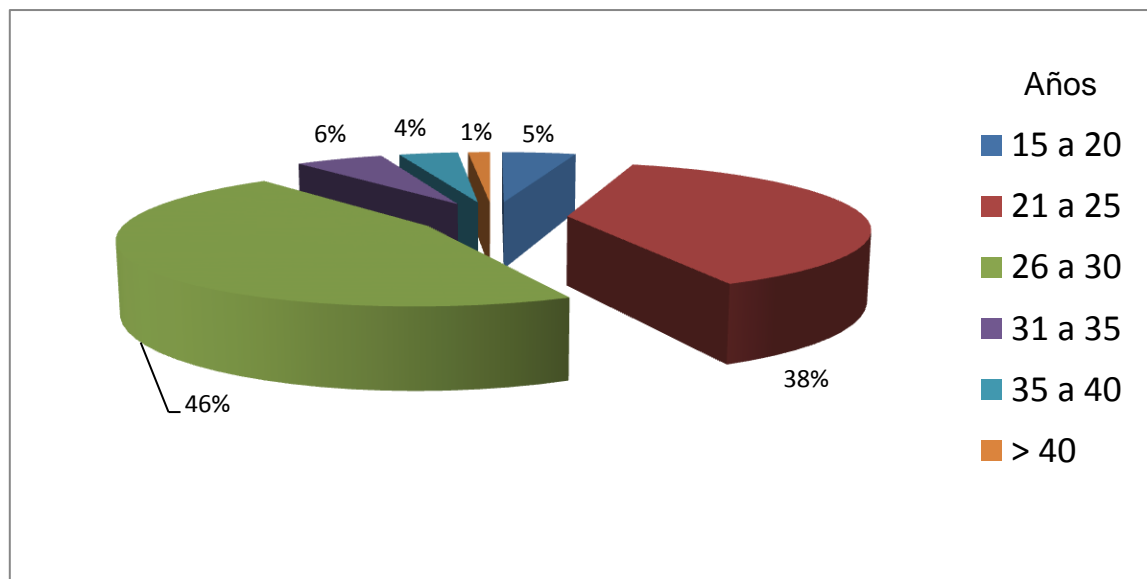
Edad de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	10	5%
21 a 25	80	38%
26 a 30	96	46%
31 a 35	12	6%
35 a 40	8	4%
> 40	3	1%
Total	209	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.1

Edad de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.2

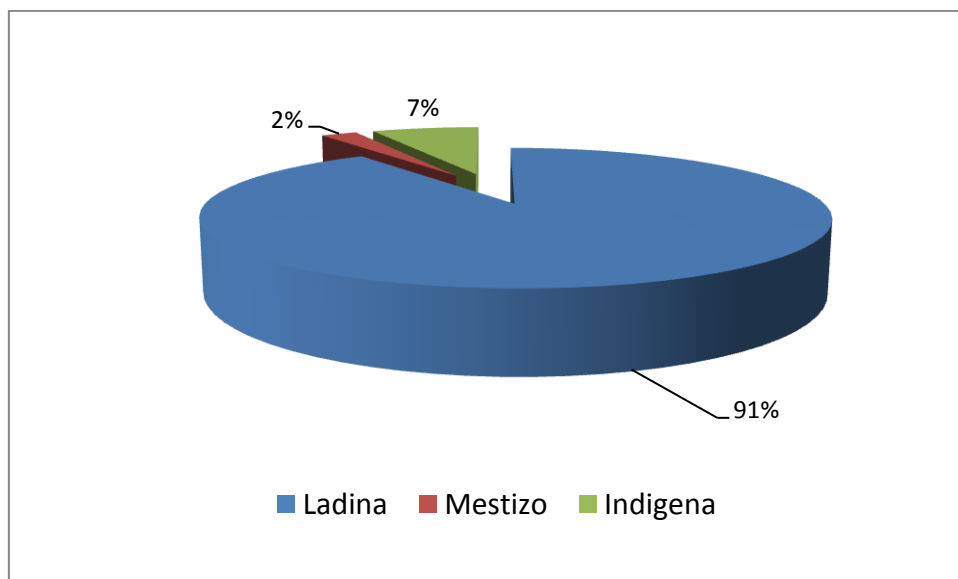
Etnia de las pacientes VIH positivo
diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	189	90%
Mestizo	5	2%
Indígena	15	8%
Total	209	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.2

Etnia de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.3

Estado civil de las pacientes VIH positivo

Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios

Enero a diciembre 2013

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	76	36%
Soltera	37	18%
Unión libre	96	46%
Total	209	100%

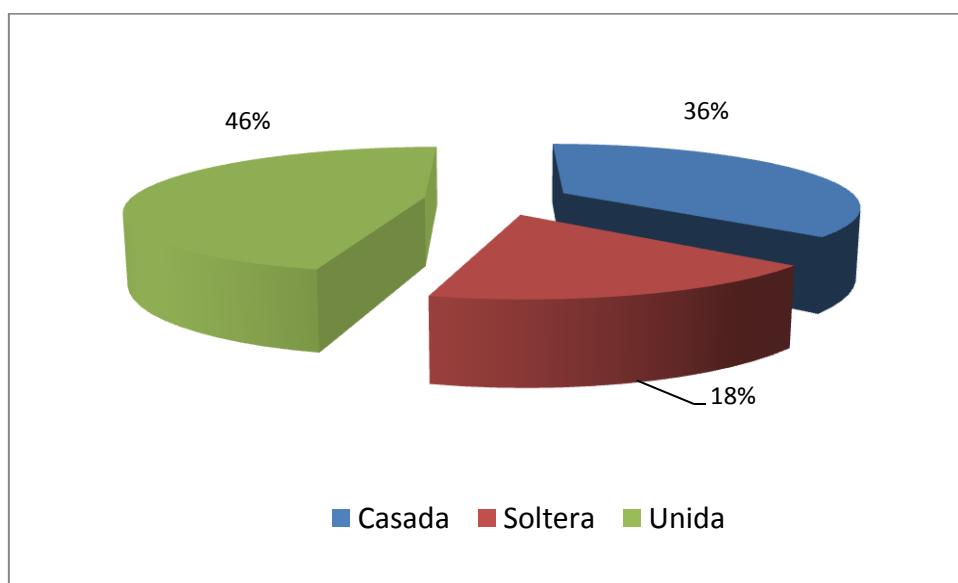
Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.3

Estado civil de las pacientes VIH positivo

Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios

Enero a diciembre 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.4

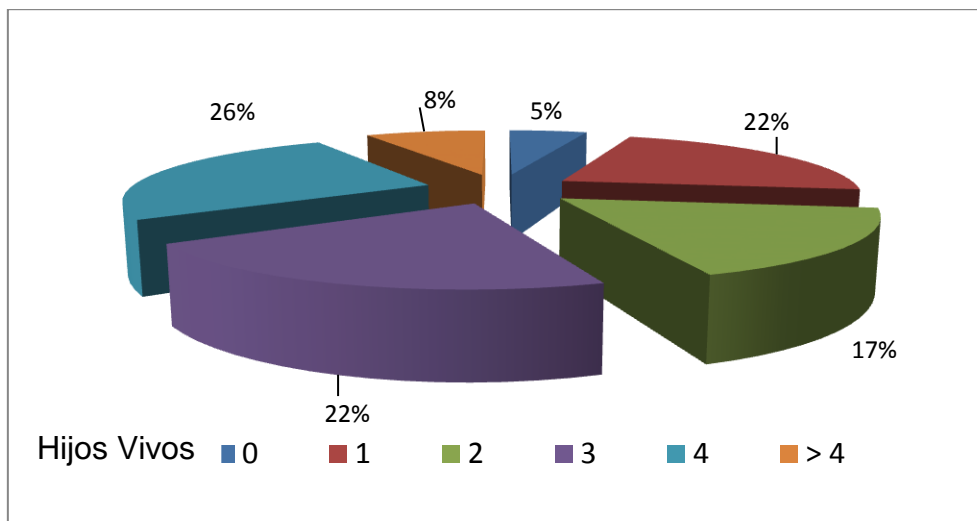
Número de hijos vivos de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013

Número de hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
0	11	5%
1	46	22%
2	36	17%
3	45	22%
4	54	26%
> 4	17	8%
Total	209	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.4

Número de hijos vivos de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.5

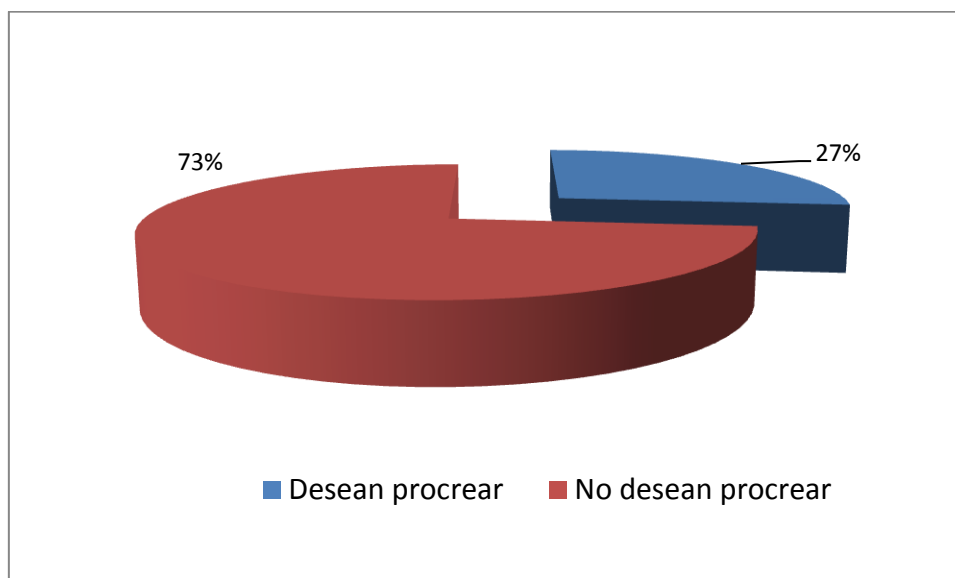
Deseo de procrear de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre 2013

Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Desean procrear	56	27%
No desean procrear	153	73%
Total	209	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.5

Deseo de procrear de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre de 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.6

Tipo de planificación que desean las pacientes VIH positivo
que no desean procrear diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios

Enero a diciembre 2013

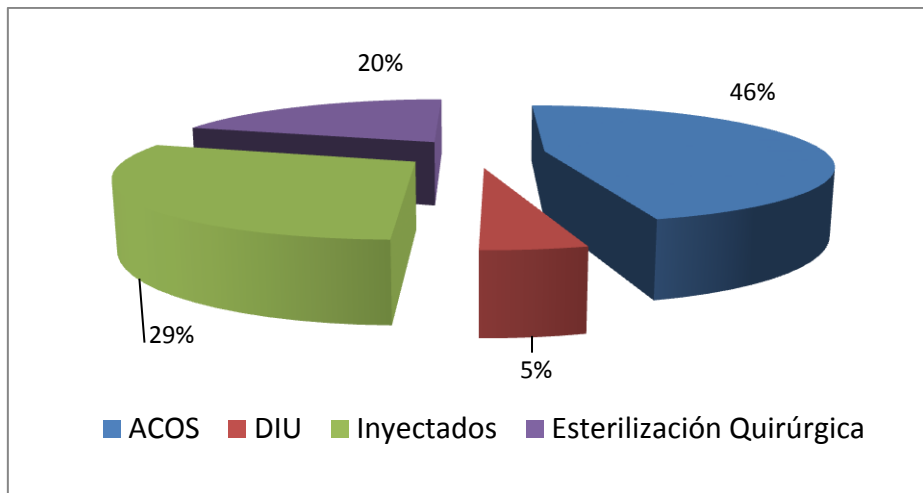
Tipo de Planificación	Frecuencia	Porcentaje
ACOS	70	45%
DIU	7	5%
Inyectados	45	30%
Esterilización Quirúrgica	31	20%
Total	153	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.6

Tipo de planificación que desean las pacientes VIH positivo
que no desean procrear diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios

Enero a diciembre 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.7

Factores que influyen positivamente por el deseo de procrear en las pacientes VIH positivo

Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios

Enero a diciembre 2013

Factores que influyeron al planificar	Frecuencia	Porcentaje
Familia	26	47%
Clínica Familiar	17	30%
Propaganda publicitaria	13	23%
Total	56	100%

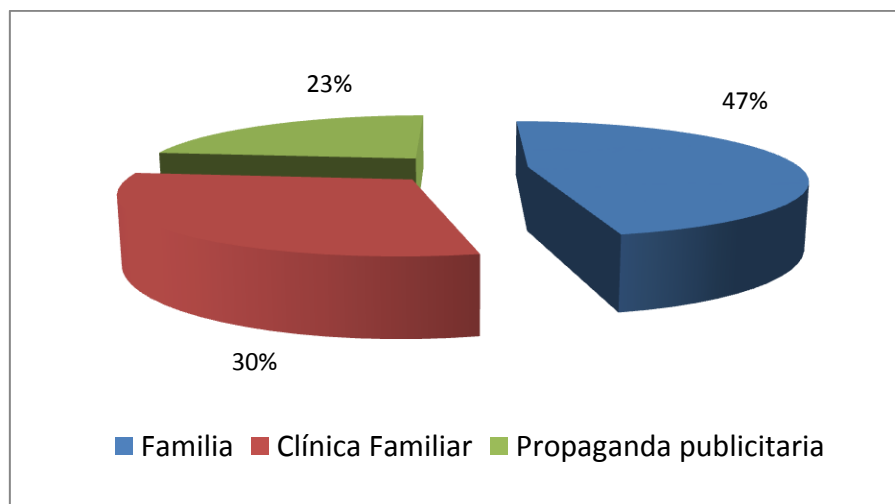
Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.7

Factores que influyen positivamente por el deseo de procrear en las pacientes VIH positivo

diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios

Enero a diciembre 2013



Fuente: boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5.8

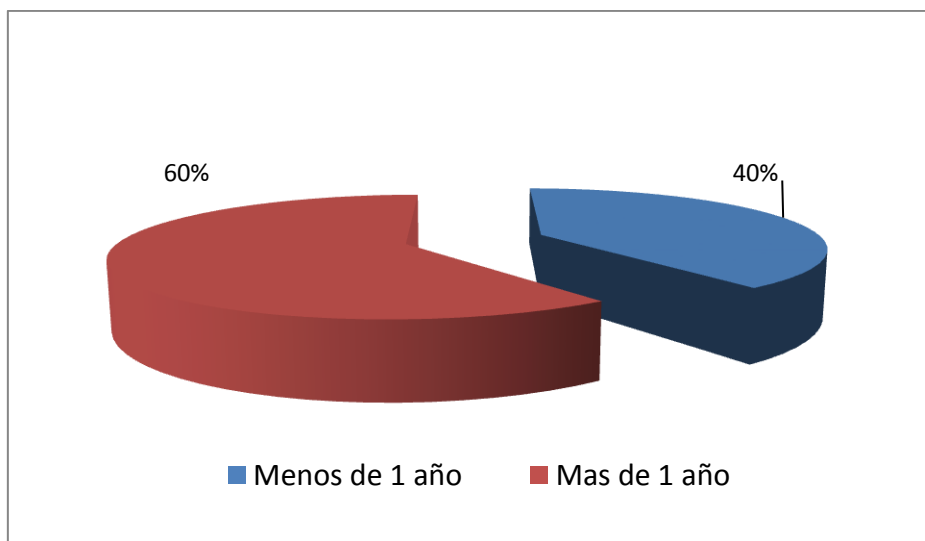
Tiempo de diagnóstico de las pacientes VIH positivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre de 2013

Tiempo de diagnostico	Frecuencia	Total
Menos de 1 año	83	40%
Más de 1 año	126	60%
Total	209	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 5.8

Tiempo de diagnóstico de las pacientes VIH seropositivo
Diagnosticadas en el Hospital General San Juan de Dios
Enero a diciembre de 2013



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El deseo de maternidad en las mujeres en edad fértil es un aspecto importante en la vida de toda mujer. Para muchas, la maternidad es parte de su realización como mujer así como complemento esencial en la vida de pareja.

Como se ha visto a través de los años, el deseo de maternidad puede estar influenciado por muchos aspectos, ya sea social, cultural o familiar. En los últimos años vemos que hay una ascendencia del número de mujeres infectadas por el VIH Sida, así mismo vemos que ido aumentado el contagio en pacientes jóvenes debido al inicio temprano de las relaciones sexuales. En Guatemala se estima que la vía más frecuente de infección es la sexual pero un 0.4% la transmisión es perinatal.

El aspecto a evaluar en este estudio, la infección con VIH, anteriormente fue un aspecto vital en cuanto a decidir si procrean o no. Pacientes estigmatizadas y discriminadas por el hecho de ser VIH positivo hicieron que se levantaran movimientos y leyes que protegen el derecho de éstas de procrear lo cual ha llevado a un cambio en la mentalidad de la población en general, así como de ellas mismas por el deseo de la maternidad.

Este estudio se realizó, por medio de una encuesta realizada a las pacientes VIH positivo que acuden a seguimiento de la enfermedad en la Consulta Externa 6-a (COEX 6-a) del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, a cargo de la Clínica Familiar Luis Ángel García (CFLAG), durante los meses de enero a diciembre del 2013.

Con una muestra de 209 pacientes que se encuestaron, los resultados obtenidos fueron que el 27% de los casos deseaban procrear y el 73% no deseaban tener hijos. Se observó que a pesar de la enfermedad que presentan ellas desean realizarse como madres ya que en varias de ellas aun no tenía hijos. En cuanto al factor que influye en tomar la decisión de tener hijos se encuentra que en un 47% influyó la familia en este caso el esposo todavía deseaba tener hijos con su pareja o las mismas pacientes deseaban tener más hijos ya que algunas son pacientes nulígravidas o tienen menos de 2 hijos en un 44%. Seguido de un 30% influyó la clínica familiar ya que han recibido capacitaciones y charlas informativas en donde les ha brindado claramente la información acerca de su enfermedad, los riesgos y las posibilidades que tienen de transmisión vertical así como también la disminución de riesgo de transmisión debido al tratamiento antirretroviral, el tratamiento profiláctico para los

recién nacidos, la realización de cesárea versus un parto por vía vaginal, antes del inicio del trabajo de parto y sin membranas rotas, va a disminuir el riesgo de transmisión vertical hasta menos de 1% y todo esto influye positivamente en el deseo de procrear. Y de ellas el 13% preferían procrear por información recibida a través de la radio o televisión.

Con respecto al tipo de planificación que refieren las pacientes que no desean procrear se identificó, el 75% de las pacientes deseaban métodos hormonales y solo el 20% deseaban la esterilización quirúrgica. De las pacientes encuestadas el 60% tienen el diagnóstico de VIH, en la clínica familiar hace más de un año y solo el 40% tiene diagnóstico recientemente en menos de 1 año, se observó que las pacientes que tenían más tiempo de diagnóstico eran colaboradoras ya que las de reciente diagnóstico por el impacto de la enfermedad no deseaban colaborar con la investigación.

El grupo de edad de 26 a 30 años, es quien presenta el 46% de los casos, los resultados obtenidos son similares en comparación del análisis de Vigilancia de VIH y VIH avanzado Guatemala, 2014 del Centro Nacional de Epidemiología. Es importante destacar que el 5% de la muestra eran pacientes de 15 a 20 años, este rango de edad se ha reportado en aumento en los últimos años, esto debido al inicio temprano de relaciones sexuales o por violencia sexual. En cuanto a la etnia el 90% se identificó como ladina. Con respecto al estado civil el 82% de las pacientes eran casadas o en unión libre y un 18% eran solteras. En comparación con el análisis de Vigilancia de VIH y VIH avanzado Guatemala, 2014 del Centro Nacional de Epidemiología el estado que predominó en el análisis era soltera.

En las pacientes con diagnóstico de VIH el 73% tienen dos o más hijos vivos, sin embargo un 27% son nulígrava o con un hijo vivo, por lo que se podría considerar que la mayoría de las pacientes no desean procrear por el hecho de ya tener hijos vivos.

El deseo de planificar sobre procrear predominó en la muestra de este estudio. Se puede concluir que las pacientes incluidas están conscientes de los riesgos que conllevan si tienen un embarazo y prefieren planificar, aunque no descartan la posibilidad de más adelante querer procrear.

En este estudio no se puede comparar con otros autores ya que no hay datos registrados en Guatemala ni en otro país que evalúe a las pacientes que desean procrear con VIH positivo, por lo que sería interesante poder realizar estudios similares en otras instituciones para poder darle conciencia al personal médico y paramédico que las pacientes tienen derecho a

ser madres y no criticar el deseo de procrear. Además ellas conociendo la tasa de transmisión vertical con el buen apego al tratamiento desearan poder tener hijos. Siempre teniendo presente que se debe fomentar la paternidad responsable.

Algunos de los inconvenientes que se tuvieron fue la poca colaboración de las pacientes ya que algunas con reciente diagnostico les incomodaba hablar de su diagnostico y no deseaban dar información, por lo que la mayoría eran ya con diagnostico de más de un año.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** De las pacientes VIH positivo, el 27% desean procrear.
- 6.1.2** El método de planificación deseado por las pacientes son los hormonales.
- 6.1.3** La familia es el principal factor que influye en la decisión de procrear.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Se sugiere realizar estudios en el cual determinen los factores sociales, culturales, familiares que influyen en el deseo de procrear o planificar.
- 6.2.2** Se tendría que comprobar si los resultados obtenidos en este estudio son similares a los de otras instituciones que tratan pacientes con VIH, ya sea en Guatemala o resto de Latinoamérica.
- 6.2.3** Se sugiere realizar estudios para determinar si el tiempo de evolución de la enfermedad es aspecto que influye en la decisión con respecto a procrear.
- 6.2.4** Se podría determinar si la edad y la paridad son aspectos que influyen en el deseo de no querer procrear y no la infección por VIH en sí.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) HIV Medicine 2005, www.HIVMedicine.com, Versión en español. Dr. Gustavo Reyes-Terán et al.
- 2) Abdulaziz, Ali (2000), Economics of HIV/AIDS vaccines: Vaccine acceptability. Libya. [www.iaen.org/vaccine/newuser.htm].
- 3) Aguilar, S. y Fernández, V. (2000), Situación de la epidemia de VIH-SIDA en Guatemala. Proyecto Acción SIDA de Centro América –PASCA–. Guatemala.
- 4) Arathoon, E. et. al. (1994), Análisis de factores pronósticos para la progresión de la infección por VIH en una clínica ambulatoria de un país de Centroamérica. Revista del Colegio Médico. No. 1. Guatemala.
- 5) Tesis de graduación como Economista, Facultad de Ciencias Económicas; Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Díaz, Y. (1993), CAP sobre SIDA en trabajadores migrantes. Tesis de graduación de Médico y Cirujano; Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Guatemala.
- 6) Banco Mundial (The World Bank). HIV/AIDS in Central America: Epidemic and Priorities for STD Prevention VIH/SIDA en Centroamérica: La Epidemia y Prioridades para su Prevención. Latin American and Caribbean Bank, Global HIV/AIDS Program, September, 2003.
- 7) Fernández, Víctor Hugo. PNS. Study regarding the monitoring of the HIV/AIDS AND STIS National Strategic Plan, 1999-2003, Guatemala, 2005.
- 8) León, Roberto. Proposal for including the gay men population and other men who have sex with other men (MSM) in the National Strategic HIV/AIDS AND STIS Plan of Guatemala, 2004.
- 9) Ministry of Public Health and Welfare and PASCA. Estimates and Projection for the HIV/AIDS Epidemic, Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA, Guatemala, 2002

- 10) Ministry of Public Health and Welfare and Program for Prevention and Control of HIV/AIDS AND STIS. "National Strategic Plan" Plan Estratégico Nacional std/VIH/SIDA Guatemala, 2000.
- 11) Essome Sengue, 2004, Report Of The Workshop On Sexual And Reproductive Rights And Experiences Of Women Living With HIV/AIDS, BoboDioulasso,Burkina Faso, September 1 to 7, 2003Faulkner, Kathryn and Nott, Jessica, 2002,
- 12) Realizing Rights: Transforming Approaches To Sexual And Reproductive Well-being, London: Zed Press Global Health Council, 2004, AIDS Link issue 83, 1January, Washington, DC.
- 13) The Global Health Council Horizons, 1999: Positive, Engaged, Involved: The Participation of People Living with HIV/AIDS (PLHA) in Community-based Organizations, Washington DC: Horizons, Population Council URL: www.popcouncil.org/horizons/ressum/plha.html
- 14) Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of HIV type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331: 1173-80
- 15) Vidal F. Et al. 2002 Situaciones de Discriminación que afectan a las Personas Viviendo con VIH en Chile. . Santiago. VIVO POSITIVO – FLACSO.
- 16) Donoso, C.: Nuevos desafíos para un concepto político: Derechos sexuales y reproductivos para mujeres viviendo con VIH, Boletín IFP –Salud Reproductiva, Año 1, Numero 7, Junio 2004, Chile.
- 17) Zamorano J., Hirsch T., Infección por virus de inmunodeficiencia humana, embarazo y deseo de reproducción. Comité de SIDA Pediátrico Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Infectología, 2004, 21 (3), 208-212, Santiago de Chile.
- 18) Drapkin A, Anderson J.: Human immunodeficiency virus and assisted reproduction: reconsidering evidence, reframing ethics. Fertil Steril 2001; 75: 343-58.

- 19) French R, Brocklehurst P. The effect of pregnancy on survival in women infected with HIV: a systematic review of the literature and meta-analysis. Br J ObstetGynecol 1998; 105: 827-35.

- 20) Vigilancia de VIH y VIH avanzado Guatemala, 2014 Datos sujetos a cambio Dra. Edelfi Judith García, FETP-GAP Centro Nacional de Epidemiología.

VIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD:

PROCEDENCIA:

ETNIA:

ESTADO CIVIL:

AÑO DE DIAGNÓSTICO:

Gestas: 0 1 2 3 4 más de 4

Hijos Vivos: 0 1 2 3 4 más de 4

1. ¿Tiene deseo de tener hijos?

SI NO

2. ¿Ha considerado la planificación familiar?

SI NO

3. ¿Con qué método le gustaría planificar?

ACOS

Inyección trimestral

Inyección mensual

DIU

Preservativos

Esterilización Quirúrgica

4. ¿QUÉ INFLUYÓ EN LA DECISIÓN QUE TOMÓ SOBRE PROCREAR?

Familia

Clínica familiar

Radio o televisión

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “La Maternidad en Pacientes VIH Positivo”, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.