



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“MANEJO DE MUJER GESTANTE SERODISCORDANTE EN SEGUNDO
NIVEL DE ATENCIÓN”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Andrade Cárdenas, Byron Augusto

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Marzo, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico con el tema:

“MANEJO DE MUJER GESTANTE SERODISCORDANTE EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN” de Andrade Cárdenas Byron Augusto, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2017.

EL TUTOR

.....
Dr. Esp. Mena Villarroel, Luis Byron

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico, **“MANEJO DE MUJER GESTANTE SERODISCORDANTE EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi persona, como autor del presente trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2017.

EL AUTOR

.....
Andrade Cárdenas, Byron Augusto

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto del 2017.

El AUTOR

.....
Andrade Cárdenas, Byron Augusto

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“MANEJO DE MUJER GESTANTE SERODISCORDANTE EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”**, de Andrade Cárdenas Byron Augusto estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2018

Para constancia firman

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

.....

PRESIDENTE/A

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitir llegar a la culminación de mi formación profesional; darme unos padres y hermanos extraordinarios.

A mi madre por ser el eje fundamental en mi vida que a pesar de las circunstancias que hemos atravesado siempre ha demostrado su amor y su apoyo incondicional. A mi padre que desde el cielo me está guiando y enviando su bendición para culminar mi carrera. A mis hermanos por estar en las buenas y malas durante el cumplimiento de mi sueño.

Andrade Cárdenas, Byron Augusto

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por haberme guiado en cada paso que doy; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi padre, mi madre y hermanos; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. Por último, a mis compañeros y maestros que han logrado formar parte de mi carrera académica.

Andrade Cárdenas, Byron Augusto

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN	x
SUMMARY	xii
1 INTRODUCCIÓN	1
2 OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. RECOPIACION Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	4
3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	4
4. DESARROLLO	5
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO	5
4.1.1 Datos de filiación	5
4.1.2 Antecedentes	5
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	11
4.2.1 FACTORES INFECCIOSOS.....	11
4.2.2 RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD	11
4.2.4 FACTORES GENÉTICOS	13
4.2.5 CUIDADOS PRENATALES.....	17
4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	19
4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA	19
4.3.2 ACCESO A LA ATENCION MÉDICA	19
4.3.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIA	20
4.3.4 OPORTUNIDADES DE REMISION.....	20

4.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	20
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	21
4.5 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	21
4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	23
4.6.1 EL VIH Y EMBARAZO	23
4.6.2 MECANISMO DE REPLICACIÓN VIRAL	25
4.6.3 EPIDEMIOLOGÍA	27
4.6.4 FACTORES DE RIESGO	29
4.6.5 DIAGNÓSTICO	29
4.6.6 CONSEJERÍA ANTES DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH	32
4.6.7 CONSEJERÍA POSTERIOR A LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH	33
4.6.8 DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DEL VIH	34
4.6.9 MANEJO DE LA INFECCION POR EL VIH	36
4.7 TRATAMIENTO	37
4.7.1 CONSIDERACIONES MÉDICAS EN EL TRATAMIENTO	38
4.7.2 EFECTOS COLATERALES DE LAS DROGAS ANTIRRETROVIRALES DURANTE EL EMBARAZO:	38
4.8 MANEJO DE LA GESTANTE NO INFECTADA POR VIH CUYA PAREJA ESTÁ INFECTADA POR VIH	39
4.8.1 MUJER CON VIH SIN TARGA QUE CONSULTA EN ETAPAS TEMPRANAS DE SU EMBARAZO	40
4.8.2 MUJERES CON VIH Y SIN TRATAMIENTO QUE SE PRESENTAN EN TRABAJO DE PARTO	43
4.8.3 PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE MUJER GESTANTE SERODISCORDANTE	44
4.9 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	47
5. CONCLUSIONES	48
6 GLOSARIO	49
7 BIBLIOGRAFÍA	52
8 ANEXOS	55

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“MANEJO DE GESTANTE SERODISCORDANTE EN SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN”**

Autor: Andrade Cárdenas Byron Augusto

Tutor: Dr. Mena Villarroel Luis Byron

Fecha: Agosto del 2017

RESUMEN

Este caso trata de una paciente de 31 años de edad, antecedente de vivir con esposo diagnosticado VIH positivo hace 3 años, quien acude a centro de salud por presentar amenorrea de 2 meses de evolución, se le realiza evaluación médica sin alteración de constantes vitales; además examen complementario (β -hCG) en sangre que confirma embarazo, dicho cuadro es catalogado como embarazo de alto riesgo, el personal del centro de salud dio a conocer sobre las opciones disponibles, así como los riesgos y ventajas que tiene un embarazo en donde cualquiera de los dos es VIH positivo. A la paciente se decide referir a segundo nivel de atención para valoración por especialidad donde se le realiza exámenes de rutina, serológicos y de imagen. Especialista nuevamente explica sobre los riesgos y las ventajas que trae consigo el embarazo en parejas serodiscordantes; así mismo, provee de información sobre el diagnóstico y tratamiento que se requiere en este tipo de casos.

A los dos meses de su último control donde se le administró tratamiento antirretroviral acude a unidad de salud refiriendo dolor abdominal localizado en mesogastrio de tipo continuo, paciente acusa que dicho dolor es causado por el tratamiento antirretroviral lo cual deja de administrarse. Al pasar meses de gestación acude a casa de salud presentando dolor abdominal de 8 horas de evolución, localizado en hipogastrio, tipo contracción, de gran intensidad, al examen físico útero gestante, feto único, vivo, cefálico, dorso lateral derecho; tocografía FCF 130 x', AU 4/10'/45''; al tacto vaginal: dilatación 9 cm., borramiento 90 %, membranas abombadas, se decide remitir a centro obstétrico para atención de parto donde se recibe a recién nacido a término, masculino, APGAR 7 – 9, con peso adecuado para edad gestacional. Transcurrido 32 horas no presenta complicaciones y se decide alta.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO_PAREJAS, SERODISCORDANTES;
TRATAMIENTO_ANTIRRETOVIRAL; EMBARAZO_VIH POSITIVO

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICINE CAREER

“MANAGEMENT OF SERODISCORDANT GESTORS AT SECOND LEVEL OF
ATTENTION”

Author: Andrade Cárdenas Byron Augusto

Tutor: Dr. Sp. Mena Villarroel Luis Byron

Date: August 2017

SUMMARY

This case involves a female patient, 31 years old, whose husband was diagnosed as HIV positive, 3 years ago. Patient had arrived at the clinic where she has presented with 2 months of amenorrhea. A medical evaluation is performed without alteration of vital signs, in addition, a (β -hCG) blood examination is performed where pregnancy is confirmed. This pregnancy is cataloged as high risk. Patient was explained the various options available at the clinic, as well as the associated risks and advantages that a HIV positive pregnancy can have when both parents are HIV positive. This is explained by medical personnel at the clinic. Patient is referred to a higher level of care requiring additional attention where she will have routine exams, serological and imaging. The specialist once again explains the risks and advantages that this pregnancy will have when both parents are positive, thus with this, information is gathered in regards to the diagnosing and treatment needed in these cases.

During the second month check-in where antiretrovirals were administered, patient came to the clinic complaining of continuous abdominal pain located in the mesogastrium region. Patient claimed that the pain was caused by the antiretroviral

treatment. The treatment is then stopped. After months of gestation, patient arrives to the clinic presenting with abdominal pain that has been occurring for 8 hours, located in the hypogastrium region. This is a high intensity contraction. Upon physical examination: pregnant uterus, single fetus, alive, cephalic, right lateral dorsum; tocopography: FCF 130 x', AU 4/10 ' / 45". Upon vaginal examination it is discovered that patient is dilated to 9 cm, effacement 90%, with bulging membranes. Patient decides to check into the obstetrics clinic to labor and deliver where male baby is born, full term, with an APGAR score of 7-9, weight is adequate for gestational age. This all occurred during 32 hours, no complications and patient was sent home.

KEYWORDS: SERODISCORDANTS, COUPLES_PREGNANCY;
ANTIRETROVIRAL_TREATMENT; HIV POSITIVE_PREGNANCY

1. INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han constituido desde la aparición misma de la enfermedad un gran desafío para el equipo de salud. La evolución de los conceptos médicos, los avances en los tratamientos y los cambios socioculturales en la forma de concebir esta patología, junto a la mejoría en el pronóstico de los enfermos observada en los últimos años, ha llevado a muchas parejas con uno o ambos integrantes infectados a solicitar tratamientos de asistencia reproductiva.¹

Desde la descripción de los primeros casos de infecciones oportunistas en EE.UU. a principios de los años ochenta hasta hoy, el avance en el conocimiento de la infección, manifestaciones y la forma de transmisión, nos han enfrentado a una realidad que se actualiza de forma incesante.²

En el Ecuador no escapa a esta tendencia; la manera de afrontar la enfermedad debe prestar atención a las características específicas de la epidemia en el país, desde el punto de vista médico, y desde su dimensión social, económica y cultural. La aplicación obligatoria de protocolos para la organización, gestión y control de procedimientos para el manejo del VIH/sida, en todos los niveles de gerencia y atención, para alcanzar una atención humanizada y oportuna a los pacientes con VIH/sida.³

La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (HAART/TAR o TARGA) y la implementación de las diferentes medidas preventivas de la transmisión vertical (cesárea electiva en casos seleccionados, lactancia artificial, profilaxis intraparto, tratamiento del recién nacido) ha reducido la tasa de transmisión vertical del VIH a cifras inferiores al 2%. Sin embargo, la infección por VIH y el tratamiento antirretroviral (ARV) se asocian a complicaciones gineco/obstétricas como: mayor susceptibilidad a infecciones de transmisión sexual, subfertilidad, aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas,

preeclampsia, retraso de crecimiento intrauterino (CIR) y muerte fetal intraútero. El manejo de la gestante infectada por el VIH se basará en la estabilización de la enfermedad (TAR), en la prevención de la transmisión materno-fetal (TAR, lactancia artificial, cesárea electiva en casos seleccionados) y en la prevención de complicaciones obstétricas frecuentes en estas pacientes.⁴

Las parejas discordantes en las que el varón es seropositivo y la mujer seronegativa que desean tener hijos deben recibir asesoría y consejos adecuados antes de intentar procrear. Deberán tomar una decisión respecto a qué opción elegir, sopesando las posibilidades de procreación contra el riesgo de transmisión de VIH.⁵

El punto de vista del investigador se da a favor de este caso porque es encomiable el estudio del mismo por el impacto que genera a nivel salud, entre parejas que no tienen la suficiente información sobre el diagnóstico y el tratamiento para evitar las complicaciones futuras ya sea maternas y/o perinatales. Así mismo, por las anormalidades ya sea en el manejo de embarazo en parejas serodiscordantes en los diferentes niveles de atención, lo que nos ayuda desarrollar estrategias adecuadas y eficaces a fin de proteger de la transmisión del VIH a parejas serodiscordantes que desean tener hijos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer el protocolo correcto para el manejo de mujer gestante serodiscordante en el segundo nivel de atención del Hospital General Puyo de la Provincia de Pastaza.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar a tiempo la infección por VIH a la gestante.
- Informar a las parejas serodiscordantes que se plantean la posibilidad de un embarazo natural.
- Garantizar el derecho a la atención médica a la mujer con posible contagio de VIH.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

La realización del presente caso clínico se realiza bajo la descripción de múltiples fuentes:

- Historia clínica de la paciente: documento médico legal el cual fue fotocopiado y de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del presente trabajo, desde su atención en el centro de salud, como en el servicio de emergencia y consulta externa del Hospital Provincial Puyo, la condición clínica y evolución subsecuente del paciente, así como tratamiento administrado y resultados de pruebas de laboratorio solicitados en la casa de salud, todo esto previo aprobación del Gerente del hospital.
- Entrevista con la paciente: útil en la recopilación completa de datos y consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión, cuyas evidencias indican estrategias de diagnóstico y manejo para el tratamiento de la paciente, a través de la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas.
- Revisiones Bibliográficas, Linkografía, Libros de texto de Ginecología y Obstetricia para la actualización teórica de la patología presentada de la paciente.

4. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO

4.1.1 Datos de filiación

Paciente de 31 años de edad, género femenino, nacida en Morona Santiago y residente en Puyo, estado civil unión libre, instrucción primaria completa, ocupación quehaceres domésticos, grupo sanguíneo ORh positivo.

4.1.2 Antecedentes

- Antecedentes patológicos personales: No refiere
- Antecedentes quirúrgicos: No refiere
- Antecedentes patológicos familiares: Convivencia con esposo diagnosticado de VIH positivo hace 3 años
- Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:

Menarquia: 14 años

Ciclos menstruales: regulares cada 28 días por 3 días

Inicio de la vida sexual: 20 años

Parejas sexuales: 2

FUM (Fecha de última menstruación): 11/09/2015

FPP (Fecha probable de parto): 18/06/2016

Citología vaginal: No se realiza

Gestas: 3 partos: 2 vaginales: 2 cesáreas: 0 abortos: 0 hijos vivos: 2 hijos muertos: 0

Período intergenésico: 3 años

Gesta 1: hace 9 años parto eutócico, masculino, nacido sin complicaciones.

Gesta 2: hace 3 años parto eutócico, masculino, nacido sin complicaciones.

Gesta actual: Producto de la segunda pareja sexual

Controles prenatales: 7 (registra en carné perinatal)

Fecha de última menstruación 11/09/2015, fecha probable de parto: 18/06/2016, edad gestacional 33,2 semanas.

Ecografías: 2 normales

Suplementos nutricionales: hierro y ácido fólico

TORCH (Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes): No se realizó.

Complicaciones en el embarazo: Bajo peso de la madre (IMC: 19,6) se encuentra en -1, -2 Desviación Estándar.

Período preconcepcional: Paciente que tiene 2 parejas sexuales, con la primera pareja sexual mantiene relación familiar por 13 años donde procrea 2 hijos los cuales no presentan complicaciones tanto la madre, pareja e hijos. Hace 3 años mantiene relación familiar con segunda pareja sexual donde hace 2 meses presenta amenorrea se realiza exámenes de rutina y se diagnostica embarazo, cuando en el control indagan sobre antecedentes familiares la pareja refiere ser portador de VIH, en el subcentro de salud se produce problemas intrafamiliares y deciden retirarse de la casa de salud, meses después la paciente decide acudir a Hospital General Puyo donde se realiza seguimiento.

➤ Antecedentes No Patológicos

Tabaco: No refiere

Alcohol: No refiere

Drogas: No refiere

Medicación: Tratamiento antirretroviral al inicio del embarazo, Hierro y ácido fólico

Condiciones socioeconómicas: Paciente vive en casa propia, un piso, paredes de bloque, techo de losa, habita con sus su esposo e hijos, esta cuenta con 3 habitaciones y servicios básicos (luz, agua y alcantarillado), con bajos ingresos económicos, malas relaciones intrafamiliares.

Paciente acude al centro de Salud Moreta Puyo (28/08/2015) por presentar amenorrea de 2 meses de evolución, antecedentes familiares convivencia con pareja diagnosticado VIH positivo hace 3 años. Al examen físico Temperatura 36.4 °C, Presión arterial 110/70 mmHg, pulso 75 latidos por minuto, saturación de oxígeno 95 %, paciente consciente orientada, afebril hidratada, tórax expansible, cardiopulmonar dentro de parámetros normales. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la

palpación, ruidos hidroaéreos presentes. Región Inguino - genital: no valorado. Se realiza examen complementario (prueba de embarazo en sangre: resultado positivo); extremidades no edema; por lo que se cataloga como embarazo de alto riesgo por antecedente familiar. Se le explica a paciente sobre los riesgos que presenta tanto para sí misma como para feto quien decide salir de la casa de salud sin más información.

(12/10/2015), Acude al Hospital General Puyo manifestando que acude a Subcentro de Salud por presentar desde hace 2 meses amenorrea, con antecedentes familiares de pareja VIH positivo diagnosticado hace 3 años, refiere que en dicho subcentro se realiza prueba de embarazo en sangre confirmando resultado de Embarazo y debido a problemas intrafamiliares no acude a controles posteriores. Decide acudir a Hospital para valoración por especialista quien realiza control; en el examen físico: tensión arterial 100/80 mmHg, pulso: 78 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96%, consciente, orientada, afebril. En abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos presentes. Región Inguino-genital no sangrado ni secreciones, tacto vaginal no se valora, extremidades no edemas, por lo que se decide realizar exámenes de laboratorio que reportan Biometría Hemática; Leucocitos: $6.93 \times 10^3/\text{mm}^3$, Neutrófilos: 54.2%, Hemoglobina: 13.3 g/dL, Hematocrito: 40.1%, Plaquetas: $195 \times 10^3/\text{mm}^3$; Química Sanguínea: Glucosa: 94.1 mg/dl, TGO: 41.2 U/l, TGP: 45.3 U/l, Colesterol Total: 131.6 mg/dL, Triglicéridos: 59.8 mg/dL; Serología: HIV: No reactivo, Hepatitis B: Negativo, Hepatitis C: Negativo.

Especialista interconsulta a Inmunología por el antecedente familiar quien valora y envía a realizar pruebas complementarias (14/10/2015) VIH I-II, ELISA MICROPARTICULAS: VIH; Anticuerpos anti VIH 1 Y 2 Y Antígeno P24: 0,035 (Negativo). Muestra es enviada a Instituto de Investigación en Salud Pública (INSPI) donde refieren que resultado se obtendrá en dos meses.

(5/11/2015) Acude a control ginecológico donde es valorada, al examen físico sin patología aparente. Prescribe indicaciones ácido fólico e inician tratamiento antirretroviral (Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz) con diagnóstico de Embarazo de 6.2 semanas por ECO más Pareja Discordante.

(19/11/2015) Control: Paciente refiere que hace más o menos 7 días presenta disuria y polaquiuria que se acompaña de dolor en región dorsolumbar de moderada intensidad. Al examen físico sin patología aparente. Se realiza exámenes complementarios; Hematológico: Grupo sanguíneo: Orh+, Leucocitos: $7.23 \times 10^3/\text{mm}^3$, Neutrófilos: 61.7%, Hemoglobina: 13.2 g/dL, Hematocrito: 39.3%, Plaquetas: $183 \times 10^3/\text{mm}^3$; Química Sanguínea: Glucosa: 90.1 mg/dl, Creatinina: 0.87 mg/dl, Urea: 20.6 mg/dl; Serología: HIV: No reactivo, VDRL: No reactivo. Elemental y Microscópico de orina: Color: amarillo, aspecto: Ligeramente turbio, densidad: 1.010, PH: 6.5; Químico: Leucocitos: negativo, nitritos: negativo, proteínas: negativo, glucosa: negativo, cetonas: negativo, urobilinógeno: negativo, bilirrubina: negativo; Microscópico: Células epiteliales: +++/ campo, leucocitos: 2-4/ campo, bacterias: +++, células redondas: 1-2 /campo. ECO Pélvico transvaginal: Presencia de saco gestacional, embrión vivo y único, frecuencia cardiaca: 173 latidos por minuto; diagnóstico Embarazo de 8.1 semanas más Pareja Discordante más Infección de vías urinarias.

(12/12/2015) Control: Paciente acude con resultados de examen inmunológico; resultado: Negativo, Prueba confirmatoria realizada: BIBLOT HIV – 1 plus, Western Blot para VIH 1, bandas encontradas: Sin bandas. Diagnóstico: Embarazo de 10 semanas y 6 días.

(21/01/2016) Control: Paciente refiere que hace más o menos 1 semana presenta dolor abdominal de tipo cólico que se acompaña de acidez estomacal o refiere automedicación. Paciente refiere que la causa aparente es la administración de antirretrovirales los cuales deja de tomar. Al examen físico Abdomen: útero gestante, feto único, vivo, frecuencia cardíaca fetal: 129 latidos por minuto, actividad uterina:

negativa, movimientos fetales: presentes. Diagnóstico Embarazo de 18 semanas y 5 días.

(28/01/2016) Control: Asintomática; al examen físico: Abdomen: útero gestante, feto único, vivo, transverso, frecuencia cardíaca fetal: 146 latidos por minuto, actividad uterina: negativa, movimientos fetales: presentes. Diagnóstico Embarazo de 19 semanas y 5 días.

(18/04/2016) Control: Paciente refiere que hace 2 meses presenta granos en la piel localizados en tórax, abdomen anterior y en miembros superiores e inferiores que se acompaña de prurito de moderada intensidad por lo que acude. Al examen físico: Piel: presencia de pústulas costrosas localizadas en tórax, abdomen anterior y en extremidades superiores e inferiores, no exudativas; Abdomen: Útero gestante, feto vivo, único, cefálico, dorso lateral derecho, frecuencia cardíaca fetal: 132 latidos por minuto, actividad uterina: negativa, movimientos fetales: presentes. ECO Obstétrico: conclusión: Embarazo de 22 semanas y 6 días por ultrasonido. Fecha probable de parto: 01/07/2016. Indicaciones que se le da interconsulta a dermatología. Diagnóstico Embarazo de 31 semanas y 2 días.

(02/05/2016) Control: Al momento asintomática. Examen físico: Abdomen útero gestante, feto único, vivo, cefálico, dorso lateral derecho, frecuencia cardíaca fetal: 143 latidos por minuto, actividad uterina: negativa, movimientos fetales: presentes. Diagnóstico Embarazo de 33 semanas y 2 días.

(26/06/2016, 23:30, Emergencia) Motivo de Consulta: Dolor Abdominal. Enfermedad actual: Paciente refiere que hace más o menos 8 horas como fecha real y aparente y sin causa aparente presenta dolor abdominal tipo contracción, localizado en hipogastrio de gran intensidad y que se irradia a región lumbar por lo que acude a esta casa de salud. En el examen físico: Abdomen: útero gestante, feto vivo, único,

cefálico, dorso lateral derecho, frecuencia cardíaca fetal: 130 latidos por minuto, actividad uterina: 4 contracciones en 10 minutos de 40 segundos; genitales de multípara se evidencia salida de tapón mucoso. Al tacto vaginal, pelvis ginecoide, dilatación de 9 centímetros, borramiento de 90%, primer plano, membranas abombadas.

(27/06/2016, 00:25) Se realiza amniorresis artificial, obteniéndose líquido meconial pesado. Se ingresa a centro obstétrico.

(27/06/2016, 00:27) Nota posparto: Bajo normas de asepsia y antiasepsia y previa colocación de campos estériles, se atiende a parto céfalo vaginal obteniendo a recién nacido, vivo, sexo masculino, se evidencia de líquido meconial pesado en abundante cantidad. Manejo activo de la tercera etapa de parto con 10 unidades de oxitocina, masaje uterino y maniobra de tracción y contra tracción. Alumbramiento a los 5 minutos, placenta y membranas completas. Acompañante: no, sangrado: 120 centímetros cúbicos, material blanco completo, complicación ninguna.

(27/06/2016, 00:45) Nota posrecepción: Se recibe a producto único, vivo, sexo masculino, APGAR 7 – 9, líquido amniótico meconial pesado, antropometría: peso: 2645 gramos, talla: 49 centímetros, perímetro cefálico: 32 centímetros, test de Capurro: 38 semanas de gestación. Diagnóstico Recién nacido a término más peso adecuado para edad gestacional.

(28/06/2017) Valoración ginecológica y neonatología sin complicaciones; exámenes complementarios: Madre: Orh+, VDRL: negativo; Recién Nacido: Orh+, VDRL: negativo. Puerperio posparto de 32 horas por embarazo de 38 semanas por Capurro más labor de parto. Alta.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son situaciones o circunstancias que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad o patología.

4.2.1 FACTORES INFECCIOSOS

La presencia de ITS especialmente en la persona que no tiene el VIH puede aumentar el riesgo de transmitir o adquirir el virus. Entre las ITS se incluyen: Clamidia, verrugas genitales (provocadas por el virus del papiloma humano [VPH]), gonorrea, sífilis, herpes, linfogranuloma venéreo, hepatitis A y B, hepatitis C, tricomoniasis.

En el caso de las personas sin el VIH, las ITS también pueden reducir la protección inmunitaria frente a otras infecciones. Una persona sin el VIH que presente una ITS tiene un sistema inmunitario activado, lo que aumenta el número de células dianas del VIH. Por este motivo, el virus tiene más posibilidades de infectar una de esas células. Cualquier ITS que provoque úlceras o llagas facilita la entrada del VIH en el organismo. Una persona con el VIH que presente una ITS puede tener mayor capacidad de transmitir el virus. También puede hacer que, aunque su carga viral sea indetectable en sangre, presente unos niveles más elevados en el fluido genital.⁶

4.2.2 RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

Prácticas sexuales y uso de preservativo: El tipo de sexo que se practique (anal, oral o vaginal) y si se utiliza o no un preservativo son factores relacionados con el riesgo de infección por el VIH. Por lo general, el sexo oral entraña un riesgo de transmisión más pequeño, mientras que la penetración (por vía anal o vaginal) sin un preservativo, habitualmente comporta un riesgo más elevado. La probabilidad de transmisión es mayor para la pareja receptiva en el sexo anal y vaginal que para el hombre que realiza la penetración. Cuando se usan de forma correcta, los

preservativos ofrecen una protección del 100% frente a la transmisión del VIH y algunas otras ITS.

Sexo oral: Por lo general, el sexo oral es una actividad de bajo riesgo, es posible que en la mayoría de las circunstancias la posibilidad de transmisión del VIH sea nula o casi nula. La mayor parte de las ocasiones en que el sexo oral se considera un riesgo de infección por el VIH se debe a que existen problemas en la boca. Los problemas en las encías son habituales. Si sangran las encías cuando hay cepillado de los dientes o el uso de seda dental, es importante que se sepa que podría ser una vía de adquisición del VIH. Si la salud bucal es mala, este riesgo puede ser también elevado.⁶

Fluidos sexuales: La concentración del VIH en semen y líquido preseminal, en el flujo vaginal y en el moco rectal puede transmitir la infección. El líquido preseminal presenta un riesgo más bajo porque, en general, se produce en menor cantidad, aunque algunos hombres pueden generar más cantidad de líquido preseminal que otros hombres semen. Este riesgo está relacionado claramente con otros factores como la carga viral. Si no existen intercambios de líquidos corporales infecciosos, el VIH no puede transmitirse.⁶

Duración del sexo sin protección: Esto es fácil de entender, ya que cuanto más tiempo estén en contacto las mucosas con los fluidos corporales que contienen el VIH, mayor es el riesgo de que el virus se transmita. Además, la mayor duración del sexo puede aumentar la posibilidad de dañar los tejidos. Sin embargo, hay otros factores (como por ejemplo, la lubricación) que resultan más importantes. Una relación sexual rápida sin preservativo implica un mayor riesgo que otra prolongada, pero con preservativo.⁶

Intensidad de las relaciones sexuales: La parte interior del ano y la vagina y la superficie del pene son muy sensibles y delicadas. Cuanto más bruscas o enérgicas sean las relaciones sexuales, más probabilidades hay de que se produzcan abrasiones, desgarros, cortes y fricciones que pueden dañar dichos tejidos. Es probable que el daño no sea visible a simple vista. Cualquier corte o desgarrado puede suponer un

punto de entrada para el VIH presente en los fluidos genitales. La lubricación puede reducir el riesgo de que se produzca este daño. Las agresiones sexuales implican un aumento del riesgo de infección por el VIH en mujeres. Esto es así porque el agresor puede realizar algunas prácticas sexuales de alto riesgo de las que la mujer no puede protegerse y además pueden producirse lesiones o desgarros. Por esta razón se debe garantizar en todas las Comunidades Autónomas que los protocolos sanitarios de actuación frente a la agresión sexual en el contexto de la violencia de género incluyan el tratamiento profiláctico para evitar posibles infecciones de transmisión sexual en fase de incubación y el uso de profilaxis postexposición frente al VIH.⁶

Circuncisión médica: Durante las relaciones heterosexuales, un hombre circuncidado tiene una probabilidad un 50% menor de adquirir el VIH que otro que no lo está. Conviene remarcar, no obstante, que la circuncisión no reduce el riesgo de que el hombre con el VIH transmita el virus a sus parejas, ni tampoco protege frente a otras rutas de infección. Además, contiene una proporción más alta de células diana del VIH que otros tipos de tejido. También es más delicado y sensible a ser dañado. Por ello, el contacto entre la parte interna del prepucio y los fluidos genitales (secreciones vaginales, semen o moco rectal) constituye un modo sencillo de adquirir el VIH.⁶

4.2.3 RELACIONADOS CON HÁBITOS TÓXICOS

Alcohol y/u otras drogas: El uso de alcohol y/u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales puede provocar una desinhibición del comportamiento que podría alterar la percepción del riesgo y afectar a la toma de decisiones. Los niveles de riesgo oscilan entre el de alguien que nunca toma alcohol y/u otras drogas, el de quien lo hace forma controlada, y el de alguien cuyo consumo elevado (ya sea de forma ocasional o habitual) podría provocar un aumento de las prácticas sexuales de riesgo.⁶

4.2.4 FACTORES GENÉTICOS

Estado serológico al VIH y el de tus parejas: Cuando los dos miembros de la pareja son seronegativos para que exista un riesgo de transmisión debe estar presente el VIH. Si las dos personas no tienen el virus, la transmisión no puede producirse. Esto implica conocer tanto tu estado serológico actual como el de tu/s pareja/s. Pero no es lo mismo que saber cuál era el año pasado o la última vez que alguno de los dos realizó la prueba. Una pareja que practique sexo sin usar preservativos tiene que confiar que ninguna de las dos personas haya adquirido el VIH fuera de la relación. Sin embargo, no todas las relaciones son monógamas todo el tiempo. Cuando las relaciones cambian o se rompen, por lo general están implicadas otras parejas sexuales. En ocasiones, podría ser más sencillo seguir utilizando preservativos que plantear estos temas de fidelidad. Si se desconoce el estado serológico al VIH o el de tu pareja; si no tienes el VIH y no sabes el estado serológico de tus parejas, es mejor que supongas y actúes como si estas tuvieran el VIH. Si se lo hace así, no se correrá riesgos innecesarios. Se tendrá sensación de control durante el sexo y no sentirá preocupación o ansiedad después. Si no se conoce el estado serológico al VIH, debería actuar como si se tuviera el virus.⁶

Si un miembro de la pareja tiene el VIH y el otro no, se da esta circunstancia, se debe ser cuidadoso para reducir el riesgo de transmisión del virus. Esto implica saber qué actividades entrañan un mayor riesgo y cuáles resultan las más seguras. Si la persona con el VIH tiene una carga viral indetectable gracias al tratamiento, el riesgo de transmisión del virus es casi nulo, incluso sin preservativo. Si el miembro de la pareja con el VIH no tiene la carga viral indetectable, existe la posibilidad de que el miembro sin el VIH pueda tomar la profilaxis preexposición (PrEP). La PrEP permite que las personas sin el VIH puedan reducir el riesgo de infección tomando tratamiento antirretroviral. Si la persona sin el VIH toma la PrEP de forma adecuada, la efectividad de esta profilaxis es muy elevada, incluso cuando no se utiliza el preservativo. No obstante, conviene recordar que los preservativos, usados de forma correcta, protegen frente al VIH, por lo que la mayoría de las parejas serodiscordantes suelen acabar siendo expertas en su uso. Hay muchas parejas serodiscordantes que disfrutan de una vida sexual plena y activa sin que el miembro sin el VIH se infecte nunca.⁶

Carga viral: La carga viral es la cantidad de virus presente en la sangre u otros elementos del cuerpo humano (fluidos genitales, tejidos, etc.). Se determina a través de una muestra de sangre. La carga viral (o viremia) determina hasta qué punto tienen capacidad de infección los fluidos corporales. Estos niveles son más altos en las personas que han adquirido el virus recientemente (hasta 40 millones de copias/mL en sangre). En cambio, una persona que reciba tratamiento, verá como su carga viral se reduce hasta llegar a ser “indetectable”, es decir un nivel por debajo del nivel de detección de las pruebas, que pueden llegar hasta 20 copias/mL. Cuando la carga viral es muy elevada, actividades que normalmente entrañan poco riesgo (como, por ejemplo, realizar sexo oral) pueden comportar una mayor probabilidad de transmisión. El riesgo de transmisión durante las relaciones sexuales sin preservativo se reduce de forma drástica cuando la carga viral de la persona seropositiva es indetectable.⁶

Genética: Los factores genéticos no pueden medirse con facilidad. Las pruebas para ello son caras y solo están disponibles en estudios de investigación. Sin embargo, la configuración genética está relacionada con el riesgo de adquirir el VIH. Algunos genes ofrecen protección, mientras que otros aumentan el riesgo. Los mismos genes afectan a la rapidez con la que progresa la infección en una persona con el VIH.

Hasta el 10% de las nuevas infecciones por el VIH se deben a virus que presentan el denominado tropismo CXCR4, frente a los cuales esta mutación genética protectora no funciona. La mayor parte de las personas que creen que están protegidas debido a sus genes, en realidad simplemente han tenido suerte. Al igual que existen configuraciones genéticas que pueden proteger frente a la infección, otras pueden aumentar el riesgo. Aunque algunos virus pueden tener una mayor capacidad de infección, las respuestas inmunitarias personales tienen un mayor impacto sobre la posibilidad de adquirir el VIH.⁶

Estadísticas y casualidad: La suerte y las estadísticas son realmente importantes. Una persona puede infectarse después de una única exposición al virus, mientras que otra puede tener numerosas exposiciones a lo largo de los años y aun así no adquirir el VIH. En muchas circunstancias, no es fácil explicar por qué sucede. Podría ser que

los riesgos que son difíciles de medir son mayores cuando se producen las infecciones. Cuando no se producen, los mismos factores de riesgo difíciles de medir pueden ser más bajos. Como no pueden medirse o cambiarse, en última instancia se trata de una cuestión de buena o mala suerte.

Algunos investigadores también señalan el papel de la estadística. Incluso cuando un miembro de la pareja tenga el VIH y el otro no, el riesgo de transmisión cuando no se usa el preservativo una vez podría ser de uno entre 500 (0,2%). Este riesgo será algo mayor en el caso de sexo anal frente al vaginal, y algo menor en el sexo insertivo en comparación con el receptivo (también hay que recordar la influencia de la circuncisión). En general, se trata de riesgos individuales bajos. Sin embargo, las nuevas infecciones se producen ya que, al margen de la probabilidad, también se puede transmitir el VIH con una única exposición. Así, si 500 personas practican relaciones sexuales sin preservativo, es probable que una de ellas se infecte. Si 500.000 personas hacen lo mismo, es posible que 1.000 personas adquieran el VIH. La casualidad está relacionada con el tiempo y el número de exposiciones.⁶

Estos factores se pueden observar en la población sana aumentando el riesgo de sufrir una enfermedad, la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

En la mujer en edad reproductiva que vive con VIH o que conviva con pareja portadora deben tomarse las siguientes medidas:

- Seleccionar el método anticonceptivo correcto para reducir los embarazos no deseados.
- Consejería sobre prácticas sexuales.
- Iniciar tratamiento antirretroviral, para lograr carga viral indetectable, que es la mejor manera de prevención de la transmisión en parejas serodiscordantes.

El seguimiento de las estrategias planteadas y de las normas de PTMI, la tasa natural de transmisión de madre a hijo del 25% al 40% se puede reducir a 0% - 2%. Las estrategias son:

- Control prenatal adecuado
- Tratamiento con antirretrovirales.
- Cesárea programada en los casos que se amerite (carga viral < 1000 copias en tratamiento de antirretrovirales de gran actividad se puede dar un parto vaginal).
- No lactancia materna
- Profilaxis del recién nacido con antirretrovirales
- Alimentación del niño con leche de fórmula.

4.2.5 CUIDADOS PRENATALES

Los cuidados prenatales de la mujer con VIH deben realizarse en las unidades de atención de VIH y aplicar las mismas normas establecidas para salud sexual y reproductiva, considerando ciertas particularidades de una paciente de alto riesgo; en el siguiente cuadro se explica las actividades que se realizan en el control prenatal:

ACTIVIDAD	PRIMERA CONSULTA	SUBSECUENTES
Historia clínica completa y carné perinatal.	x	Subsecuente.
Control obstétrico completo	x	X
Consulta psicológica	x	Depende necesidad
Nutrición	x	Mensual
Atención de enfermería	x	Depende necesidad
Trabajo social	x	Permanente

BH completa, grupo y factor, química sanguínea	x	Trimestral, final y depende necesidad
VDRL-RPR	x	Cada trimestre
Papanicolau y colposcopia	x	Semestral
Fresco y Gram de secreción vaginal	x	Inicio y final
Serología: IgG-IgM toxoplasmosis, citomegalovirus, VHS, hepatitis C, rubeola (si no se ha vacunado) HBsAg, PPD	x	HBsAG, hepatitis C, solicitar en el tercer trimestre si es negativo en el primer control
Coproparasitario	x	
CD4	x	3 meses iniciado tratamiento
Carga viral (PCR - ARN)	x	4 y 12 semanas del inicio de la TARGA Y a las 34 semanas de gestación.
Elemental y microscópico de orina	x	Trimestral
Cultivo de orina	x	Si bacteriuria sintomática, cada trimestre
Ultrasonografía obstétrica	12 - 20 y 36 semanas	
Oftalmología	x	Cada mes
Odontología	x	32 semanas

Elaborado por: Byron Andrade Fuente: MSP/PNS equipo técnico de apoyo en VIH niños/as.

Cuando se produce la transmisión del VIH, se debe a diversos factores, los más importantes: Estado serológico al VIH, carga viral del VIH, práctica sexual, uso del preservativo, sexo oral, fluidos sexuales, duración de las relaciones, grado de la intensidad de la práctica sexual, genética, circuncisión, infecciones de transmisión

sexual, alcohol y/o droga, estadísticas y casualidad. Muy pocas actividades tienen un riesgo del 100% o resultan seguras al 100%. El riesgo puede estar entre el 100% y el 0%, en función de cada uno de dichos factores. Todos estos aspectos afectan a lo segura o arriesgada que pueda resultar una práctica.⁶

Una vez revisado los factores de riesgo y las diferentes actividades que se debe realizar en los períodos prenatales, natales y posnatales se observa que desde su principio no se manejó debidamente presentando falla desde el primer control en el primer nivel de atención y más aún en el segundo nivel de atención donde nos enfocamos en el presente análisis de caso.

Hubo una falta de control por parte del grupo disciplinario de salud y así como por parte de la paciente y de la pareja, por presentar ya problemas intrafamiliares y dejando a un lado los debidos controles en las diferentes etapas de su embarazo, no se realizó las debidas indagaciones, la realización de exámenes complementarios para poder diagnosticar y poder brindar el tratamiento necesario para llevar a cabo un trabajo de parto adecuado y que el recién nacido no presente la enfermedad.

4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA

Se evidenció la inconformidad por parte de la paciente y de su pareja para acudir al primer nivel de atención ya que en las instituciones del ministerio de Salud Pública existe una demora en la expedición de turnos para su valoración médica.

4.3.2 ACCESO A LA ATENCION MÉDICA

La paciente de 31 años de edad con antecedentes patológicos familiares de pareja VIH positivo diagnosticado hace 3 años, refiere acudir de manera inicial a subcentro

de salud Morete Puyo refiriendo amenorrea de 2 meses de evolución, valoran a la paciente y deciden realizar exámenes complementarios: prueba de embarazo dando como resultado positivo. A días de ser valorada en subcentro de salud y refiriendo problemas intrafamiliares donde acude a Hospital General Puyo donde recibe atención médica de las diferentes especialidades como Ginecología, Inmunología, Dermatología, Nutrición y de Laboratorio Clínico, paciente acude a Hospital por ser geográficamente accesible ya que la paciente vivía en una zona cercana a dicha casa de salud; recibió atención adecuada desde su inicio hasta el final de su embarazo, a partir de este último nacimiento no existe evidencia de una nueva atención médica.

4.3.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

El manejo en emergencia del Hospital consiste en proporcionar el manejo adecuado en dichos casos y remitir inmediatamente al Centro Obstétrico para atender embarazos que presentan labor de parto.

4.3.4 OPORTUNIDADES DE REMISION

En lo que se refiere a la referencia que se hizo de centro de salud Morete Puyo al Hospital General Puyo donde recibió la atención hasta su labor de parto donde se le da alta definitiva para la madre como para el recién nacido. Igual se remite al subcentro de salud donde se le realizará controles posparto y prevención por la convivencia con persona seropositiva.

4.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Los trámites administrativos fueron eficaces sin mayor contratiempo de acuerdo a las necesidades de la paciente en cuanto a la planificación de citas para sus controles

prenatales, ni tampoco hubo dificultad en el trámite de pedido de exámenes complementarios específicos, ya que el hospital no cuenta con este tipo de exámenes de laboratorio y estos deben ser tramitados en el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI).

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- Seguir las normas y actividades establecidas en las diferentes etapas del embarazo en parejas serodiscordantes.
- Reforzar la prevención en los grupos de población especialmente vulnerables.
- Apoyo a la información voluntaria a la pareja sexual.
- Diagnóstico y tratamiento precoz como elementos claves en la prevención.

4.5 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- En los diferentes niveles de atención de salud se debería proponer como regla general seguir las normas y actividades establecidas por el Ministerio de Salud Pública para que la prevención para la transmisión del VIH/SIDA en parejas serodiscordantes tanto como la madre y su hijo.

La fomentación de dichas normas y actividades para los trabajadores de salud, para explicar el asesoramiento a las parejas serodiscordantes y las diferentes maneras de poder llevar un embarazo hasta su finalización sin complicaciones para el recién nacido.

- En el Ministerio de salud en programas que se han realizado se han incluido medidas de prevención y de cambios de conductas, adaptadas a los entornos en los que se encuentran los distintos grupos vulnerables, insistiendo en la prevención en los grupos con mayor riesgo de infección.

La utilización de programas preventivos y de cuidados en VIH tiene además un gran potencial de coste-efectividad para cubrir las necesidades de las personas con VIH o con riesgo de infectarse. Esta situación debería llevar a potenciar el acceso de la población a estos programas preventivos, lo que a su vez permitiría aprovechar el posible ahorro en costes hospitalarios obteniendo una reducción en parejas serodiscordantes.

- Al realizar el diagnóstico de una infección por VIH se anima y asesora a cada persona infectada para informar a su o sus parejas sexuales, incluso de forma anónima si fuera más conveniente. La pareja recibiría el consejo y la atención médica necesaria para descartar o confirmar una infección en su caso, y tomar las correspondientes medidas preventivas o de tratamiento. Se fomentará así la responsabilidad y el compromiso del paciente.

Según las recomendaciones de las Guías de Prevención sobre VIH y Embarazo, tanto nacional como internacional, cuanto más precoz sea el diagnóstico tras la infección y más rápidamente se instaure el tratamiento del VIH, más reduce el riesgo de transmisión de la infección. Además, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado reducen la comorbilidad y el deterioro de la salud a largo plazo de los afectados. Esto es especialmente importante en las personas con infección por el VIH, a quienes

también debe ofrecérseles una atención integral para mejorar y mantener su calidad de vida. Por tanto, sería deseable que el seguimiento de estas personas se inicie lo antes posible, además de implicarles en la adherencia al tratamiento. Los responsables del tratamiento deberían comprobar los resultados una vez completado el mismo.

4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.6.1 EL VIH Y EMBARAZO

El embarazo, una de las etapas más importantes en la vida del ser humano dada su complejidad y magnificencia, se ha visto afectada en los últimos años por la peligrosa epidemia mundial del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Sin embargo, según el reporte mundial de la Asociación de las Naciones Unidas que centra sus esfuerzos contra el VIH (ONUSIDA), en general el crecimiento epidémico parece que se ha estabilizado, el número anual de infecciones nuevas por VIH ha ido constantemente disminuyendo desde finales de 1990, y hay menos muertes relacionadas con el virus debido al aumento y mejoramiento de las terapias antirretrovirales en los últimos años.

Sin embargo, a pesar de que la incidencia de la infección ha disminuido, la prevalencia aun es elevada y a pesar que la transmisión vertical, es decir la infección madre a hijo ha sido reportada como en descenso debido al mayor acceso a los

servicios para prevenir dicha infección, el número total de niños nacidos con VIH se estimó en un promedio de 370.000 niños (230.000-510.000) durante el 2009. Por tal motivo, el VIH/SIDA durante el embarazo sigue siendo un problema prioritario para la salud pública, por lo que es importante realizar una revisión de la literatura actual con el fin de conocer a ciencia cierta los avances, cifras, tratamientos y problemática de esta patología y contribuir con el entendimiento de esta epidemia que azota a la población desde el punto de vista moral, físico y social.⁷

La vía de transmisión predominante en el mundo es la heterosexual la cual, además, adquiere cada vez mayor relevancia en nuestro medio. Esto se produce a pesar de que la infectividad del VIH por esta vía es baja. Así, se ha calculado que el riesgo de transmisión del VIH de hombre a mujer por cada relación sexual es del 0.0009 % y ocho veces superior a la registrada para la transmisión de mujer a hombre. Se ha criticado la metodología del cálculo probabilístico por acto sexual o por pareja al existir una gran heterogeneidad, muy dependiente de las medidas de protección (preservativo) o de otros factores (tratamiento de enfermedades de transmisión sexual concomitantes o tratamiento antirretroviral).

En los primeros años de la epidemia, una vez conocido el vínculo entre la relación sexual y la transmisión del VIH, se puso gran énfasis en evitar nuevas infecciones, recomendándose el uso del preservativo al observarse una disminución de la transmisión del VIH asociada a su uso. Por ello, la atención a la reproducción en las personas con VIH pasó a un segundo plano: por un lado, se intentaba disminuir la transmisión de la infección entre las parejas sexuales y, por otro, se desaconsejaba el embarazo en las mujeres seropositivas por el riesgo de transmisión del VIH al niño. Así, se relacionaba la transmisión sexual con el número de contactos sexuales no protegidos, con las distintas prácticas sexuales y con factores del huésped o con la carga viral plasmática.

En cualquier caso, no todas las parejas serodiscordantes utilizan, de forma habitual, medidas de protección en todas las relaciones sexuales, estimándose que hasta una de cada tres personas con VIH mantiene relaciones sin protección con sus parejas sexuales, sobre todo si la pareja es estable.

Algunos autores señalan la adopción como medida preventiva asociada a una mayor confianza en los tratamientos de la infección. Esta situación hace necesario insistir en la adopción de medidas dirigidas a evitar la transmisión sexual del VIH, independientemente del deseo reproductivo. Así, la reproducción natural en las parejas en las que uno de los miembros está infectado se ve seriamente condicionada.

4.6.2 MECANISMO DE REPLICACIÓN VIRAL

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia retrovirus, del cual se han identificado dos tipos: VIH-1, el más frecuente, que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y a la muerte; VIH-2, principalmente en habitantes o visitantes del África Occidental, transmitido con menor eficacia, más indolente, pero que también termina en SIDA y muerte. Ambos tipos son de estructura viral y genómica muy similar.⁸

El genoma de VIH-1 es relativamente pequeño, constituido por genes que codifican proteínas estructurales, reguladoras y accesorias. La partícula viral se une a las células huésped susceptible, que incluyen linfocitos T, monocitos, macrófagos, células dendríticas foliculares y células de microglia. Se produce un enlace de alta afinidad entre la gp 120 de la superficie viral y la molécula receptora CD4 de la célula huésped.

Las membranas celulares se fusionan y el virus se introduce, quedando al descubierto su RNA. Se postula que después de la infección ocurre una regulación descendente de la expresión de CD4 de la superficie de la célula infectada, lo que impide una superinfección, permite una replicación eficaz del virus y aminora las posibilidades de muerte celular temprana o apoptosis. En una etapa temprana, se activa la transcriptasa reversa viral y otros factores, formándose copias completas de DNA de doble hebra a partir del RNA viral. Esta copia de DNA se transporta al núcleo celular y se une al DNA de la célula huésped mediante la integrasa viral conformando el llamado provirus. Este puede permanecer latente durante un período, no

conociéndose bien los factores del huésped que determinan el período de latencia. En células activadas, la transcripción proviral genera RNA genómico para su incorporación a nuevos viriones y RNA mensajero cuya traducción genera proteínas estructurales y varias proteínas reguladoras y accesorias que facilitan la replicación, ensamblaje y liberación viral.

El sistema inmunitario del adulto tiene varios componentes críticos para la infección por VIH como son los linfocitos B y T, células presentadoras de antígenos, antígenos de histocompatibilidad mayor (tipo I y II), células natural killer, citoquinas y complemento. Siempre antes de una infección o estimulación antigénica, los linfocitos B se encuentran como células “ingenuas”. Después de su estimulación, forman dos subgrupos específicos para VIH, los que secretan activamente anticuerpos contra el virus. De manera similar hay linfocitos T “inocentes” y otros con memoria específica por una exposición previa al virus. En la gran mayoría de las personas infectadas, la invasión por VIH trastorna las reacciones inmunitarias normales e induce una disfunción crónica, progresiva, multifacética, que en un momento dado las hace vulnerables a infecciones oportunistas, cánceres, afecciones neurológicas y muerte prematura. La infección inicial por VIH en adultos a menudo es seguida, 2 a 6 semanas después, por un síndrome viral agudo caracterizado por fiebre, faringitis, mialgia, adenopatía hipersensible, exantema inespecífico, cuadro de 7 a 14 días de duración. Se observa un descenso agudo en los linfocitos circulantes, con normalización bastante rápida de las cifras, aunque los CD4+ no vuelven por completo a las cifras basales. Durante este período hay una replicación y diseminación viral rápida hacia ganglios linfáticos y células monocíticas/macrofágicas. La carga viral circulante es alta en ausencia inicial de una respuesta eficaz de anticuerpos. Típicamente aparecen anticuerpos IgM uno o dos meses después de la exposición a VIH, seguido por la aparición de anticuerpos IgG (específicamente anti-gp 120/41) y el desarrollo de una respuesta anti-p24 que desaparece en etapas más avanzadas de la infección. Poco después aparecen anticuerpos anti-gp120 y gp41 que persisten durante toda la vida. Conforme aumentan las titulaciones de anticuerpos contra VIH, la carga viral circulante desciende y las personas infectadas entran a un período asintomático que a menudo dura de 3 a 11 años. Durante este período asintomático hay una replicación viral

extremadamente intensa, así como destrucción y reposición de CD4+. Debe tenerse en cuenta que antes de causar la depleción gradual de células CD4+, la infección por VIH causa disfunción de éstas. También causa disfunción en monocitos y macrófagos que incluye alteración de la quimioprofilaxis, citotoxicidad mediada por células dependiente de anticuerpos, actividad antimicrobiana intracelular y alteración de la producción de citoquinas. Casi todos los trastornos clínicos descritos en adultos infectados por VIH se presentan en niños, aunque su frecuencia de aparición pudiera diferir en los dos períodos. La evolución de la enfermedad en niños infectados en la etapa perinatal es más rápida que en adultos, lo que ha hecho surgir interrogantes en cuanto a si el sistema inmunitario en desarrollo de los fetos y RN constituye un mejor sustrato para la replicación viral o es menos eficaz para controlar la infección. La inmadurez del sistema inmunitario de los fetos, RN y lactantes causa dos diferencias fisiopatológicas entre adultos y niños: los linfocitos B son poco susceptibles a la infección por VIH y su cifra circulante se mantiene normal, pero estas células muestran anomalías en niños infectados con respecto a los adultos infectados. Como el lactante ha sido expuesto a pocos antígenos externos (y por lo tanto tiene una memoria inmunitaria limitada), se produce una disfunción inmunitaria más grave que en el adulto. Debido al mal desarrollo de la memoria de linfocitos T y B, los niños infectados en etapas perinatales son más vulnerables a las infecciones piógenas mediadas por anticuerpos que los adultos infectados. Casi tan rápido como mueren las células infectadas, son reemplazadas, hasta que sobreviene una disfunción inmunitaria suficiente para hacer ineficaz el control inmunitario del virus, llegándose progresivamente a las condiciones clínicas que definen el SIDA.⁸

4.6.3 EPIDEMIOLOGÍA

La dimensión alcanzada por el SIDA en el mundo torna indiscutible su importancia. Según estimaciones de ONUSIDA, el número total de personas infectadas en diciembre de 2004 en el mundo era de 39,4 millones, estimándose la denuncia por día de 14 mil nuevos infectados. A su vez la epidemia impacta con más fuerza en áreas sociales, política y económicamente más vulnerables, observándose en los

últimos años los mayores crecimientos en Asia Oriental, Europa Oriental y Asia Central; aun así, el África subsahariana continúa siendo la principal región afectada del mundo con 25,4 millones de infectados. Allí viven el 64% de las personas y el 76% de las mujeres infectadas del mundo. En América existen más de 1,7 millones de infectados (4,3% del total mundial), siendo la prevalencia de infección del Caribe la segunda más alta del mundo.¹

El VIH/Sida en Ecuador es una epidemia concentrada. Esto significa que el mayor número de casos de VIH y sida está concentrado en la población más expuesta a comportamientos de riesgo, particularmente personas Trans, hombres gay, bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo y población privada de la libertad. Las personas que viven con VIH y sida y las personas vulnerables a la epidemia: mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes escolarizados y no escolarizados, madres viviendo con VIH son personas vulnerables a la epidemia.¹⁰

El MSP toma como indicador trazador la tasa de VIH en mujeres embarazadas que es 0.24%, menor al 1% en población general, de allí la caracterización de la epidemia en Ecuador, como concentrada. Razón que obliga a respetar cada situación epidemiológica en el contexto en el que se desarrolla. La respuesta multisectorial de carácter nacional se plantea disminuir la velocidad de la expansión de la epidemia con la reducción de la incidencia del VIH, la morbi-mortalidad por sida, la eliminación del estigma y la discriminación, así como el fortalecimiento de un sistema de protección para las personas que viven con VIH y para los grupos vulnerables y de mayor exposición al riesgo.

La vulnerabilidad, particularmente en la epidemia de VIH/sida, se la entiende desde todos los “aspectos sociales, económicos y culturales, de género y religiosos, que disminuyen las capacidades de una persona para evitar el riesgo de infectarse por el VIH. Por ejemplo, una mujer se enfrenta a un mayor riesgo de violencia sexual o por pobreza puede verse obligada a tener relaciones sexuales desprotegidas para satisfacer necesidades básicas como comida, vivienda o seguridad”.¹⁰

4.6.4 FACTORES DE RIESGO

La probabilidad de la transmisión depende de factores de riesgo relacionados con el virus, con el estadio de la infección en la madre y con algunas condiciones obstétricas.

-Factores relacionados con el virus: La virulencia de la cepa y la carga viral. La transmisión madre a hijo puede darse con cualquier nivel de carga viral pero los altos niveles de viremia se han asociado con mayor riesgo de transmisión

-Factores relacionados con la madre: Un bajo recuento de CD4 y un estado de enfermedad avanzado.

-Factores obstétricos: Tiempo de ruptura de membranas mayor de cuatro horas, corioamnionitis, menor edad gestacional, déficit de vitamina A y bajo peso al nacer. El orden de nacimiento también incide en el riesgo y se ha demostrado que el primer gemelo tiene mayor probabilidad de infectarse cuando el parto es vaginal.

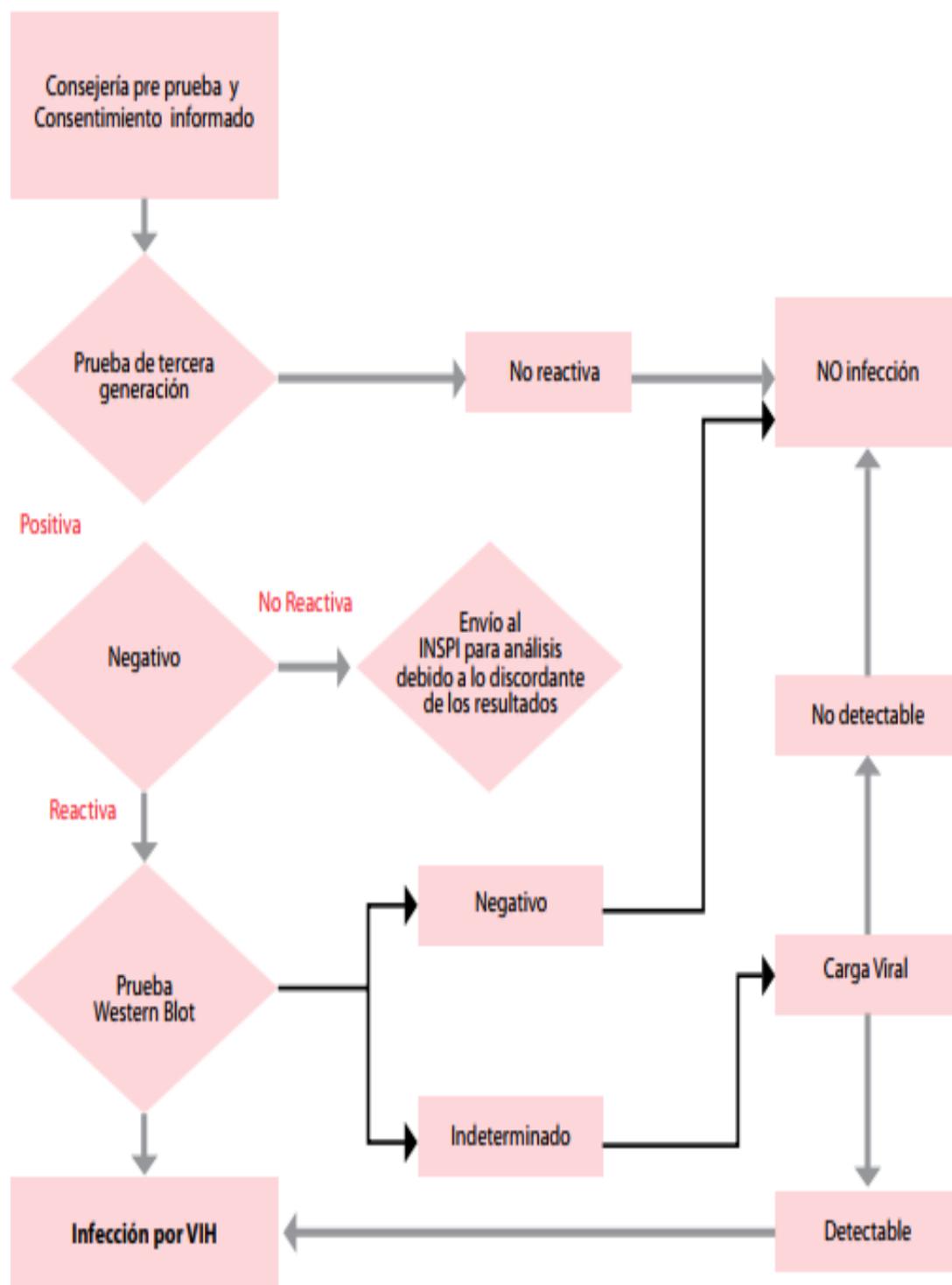
-Factores protectores de la infección: El uso de antirretrovirales durante la gestación disminuye el riesgo de transmisión, especialmente la zidovudina cuyo efecto protector es independiente del nivel de carga viral. El parto atendido por cesárea electiva ha demostrado reducción en la transmisión comparado con el parto por vía vaginal o cesárea urgente.¹¹

4.6.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de infección por VIH/sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materna infantil del VIH; este se realiza mediante las pruebas de tamizaje: pruebas rápidas, ELISA y prueba confirmatoria Western Blot. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha dispuesto la realización del diagnóstico de la infección por VIH en mujeres embarazadas en

todas las unidades de salud del sector público que disponen de laboratorio y en algunos autónomos. En el contexto de la realización del diagnóstico de la infección, debido al impacto tanto personal como social que esto implica y sobre todo al momento de conocer los resultados de los exámenes, se considera fundamental la consejería, que logra el acercamiento del profesional a la paciente con el objetivo de informar adecuadamente los resultados y brindar el apoyo que la situación amerite.³

GRÁFICO 1. ALGORITMO DIAGNÓSTICO QUE INICIA CON PRUEBAS RÁPIDAS



Fuente: Guía de atención integral en VIH/Sida del Programa Nacional del Sida MSP

El presente algoritmo nos describe sobre la realización de pruebas rápidas en mujeres embarazadas iniciándose en la consejería a la paciente de lo que se va a realizar, que

tipo de prueba se hará, en este caso se realiza el test rápido de VIH y que se requiere su consentimiento firmado por la persona a la cual se lo va a aplicar.

Dicho test rápido puede tener dos resultados puede ser negativo o positivo. Si la prueba rápida resulta negativa se refiere a la paciente que no tiene la infección. Si la prueba resulta positiva se le informa que se le va a realizar otro tipo de prueba más compleja y que da una mayor probabilidad de tener la infección. La prueba Western Blot posee dos probabilidades dar un valor negativo o indeterminado; si la prueba es negativa se informa a la paciente que no presenta la infección. Si la prueba resulta indeterminada la muestra se envía al INSPI para ver carga viral de la infección es aquí donde presenta dos probabilidades; no detectable o detectable. En caso de ser no detectable la paciente no presenta la infección, mientras si es detectable se informa a la paciente que es portadora de la enfermedad.

4.6.6 CONSEJERÍA ANTES DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH

Desde el primer control en el embarazo se deben realizar las siguientes actividades:

- Brindar Información sobre los mecanismos de transmisión, prevención del VIH/sida, posibilidades de tratamiento con ARV y sobre los efectos adversos de la terapia.
- Se notificará que las pruebas de detección y seguimiento de VIH/sida se incluirán en las evaluaciones rutinarias (para VIH, con consentimiento informado previo), que deben quedar documentadas en el expediente médico.
- La paciente se puede rehusar a realizarse la prueba; en cuyo caso se debe enfatizar sobre la necesidad del diagnóstico por la posibilidad de prevención de transmisión materno infantil del VIH/SIDA.

- Para aquellas mujeres que requieran información y apoyo adicional para la toma de decisión respecto a realizarse las pruebas, se programarán más consultas de consejería.
- Insistir en la captación de la pareja para la realización de las pruebas de diagnóstico y, de ameritar el caso, instaurar el tratamiento correspondiente.

A nivel institucional se dará consejería correspondiente a aquellas mujeres que llegan en trabajo de parto sin pruebas realizadas para el VIH, enfatizando la posibilidad de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita; se aplicará la PTMI de acuerdo con protocolos establecidos.

4.6.7 CONSEJERÍA POSTERIOR A LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH

En función de los resultados se realizarán las actividades:

RESULTADO REACTIVO	RESULTADO NO REACTIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Entregar los resultados de los exámenes en forma confidencial. • Dar amplia información sobre las posibilidades de apoyo y soporte para la prevención de la transmisión materno infantil, como del uso de ARV durante el embarazo, que recibirá en la unidad de atención correspondiente. • Reforzar las estrategias de 	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar los resultados de los exámenes en forma confidencial. • Entregar el material informativo para la prevención del VIH. • Reforzar las estrategias preventivas de transmisión del VIH durante el embarazo (uso de condón). • Informar sobre procedimiento de control de embarazo en los niveles que corresponden y derivar a unidades de mayor complejidad si fuese necesario.

<p>prevención de transmisión del VIH y sífilis durante el embarazo (uso de condón).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar información y derivación para manejo del VIH y PTMI. • Dar información y derivación al profesional correspondiente, para el manejo y tratamiento de la sífilis durante el embarazo. • Entregar condones para la prevención secundaria del VIH. • Fomentar la adherencia al tratamiento, a exámenes y a controles periódicos. • Insistir en la captación de la pareja para la realización de las pruebas pertinentes y el tratamiento de sífilis, si corresponde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar de condones para la prevención secundaria del VIH.
--	---

Elaborado por: Byron Andrade Fuente: MSP/PNS equipo técnico de apoyo en VIH niños/as

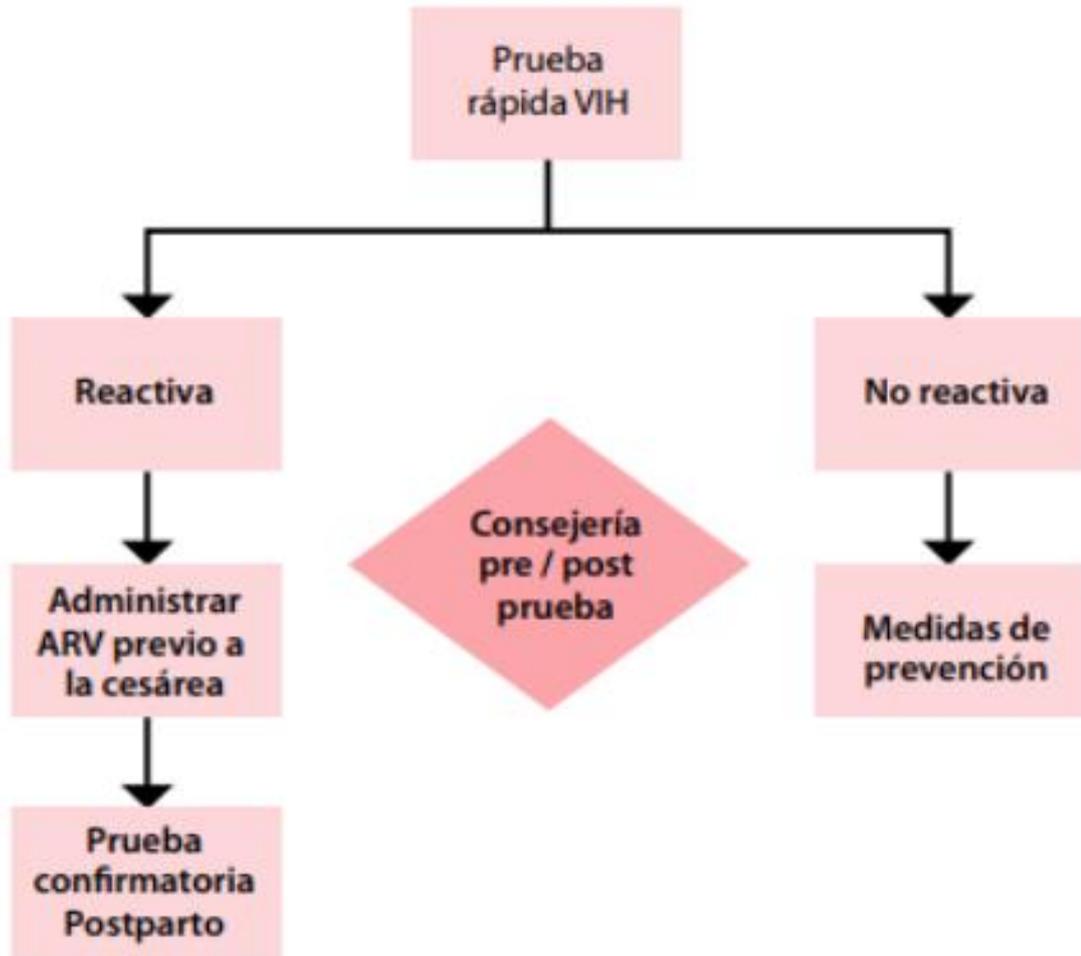
4.6.8 DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DEL VIH

Para el diagnóstico de la infección por VIH en la gestante se debe realizar lo siguiente:

- Pruebas de tamizaje:
 - Dos pruebas rápidas de 3ra. generación

- Una prueba de ELISA para VIH, de ser posible de cuarta generación.
- En caso de ser reactiva la prueba de tamizaje, deberá realizarse la confirmación con prueba de Western Blot.
- En caso de resultar no reactiva la primera evaluación, se debe repetir a las 34, 36 semanas y en la labor de parto (por la posibilidad de período de ventana o infección durante el embarazo). **Gráfico 1**

GRÁFICO 2. ALGORITMO PARA EL MANEJO DE EMBARAZADA QUE SE DIAGNOSTICA DE INFECCIÓN POR VIH EN EL TRABAJO DE PARTO



Fuente: MSP/PNS equipo técnico de apoyo en VIH niños/as y PTMI

En el algoritmo se describe la prueba que se realiza a la mujer en labor de parto y cuando haya duda de ser portadora de VIH. Previo a la información de que prueba se lo va a realizar y con el consentimiento informado se realizará la prueba rápida de VIH con sus dos probabilidades reactiva o no reactiva. Si la prueba es negativa se dará medidas de prevención, si dicha prueba es reactiva se administra antirretrovirales antes de que se realice cesárea y dicha muestra se realizará pruebas de cuarta generación para el descarte o la confirmación de la infección.

4.6.9 MANEJO DE LA INFECCION POR EL VIH

En la mujer en edad reproductiva que vive con VIH deben tomarse las siguientes medidas:

- Seleccionar un efectivo y seguro método anticonceptivo para reducir los embarazos no deseados.
- Consejería sobre prácticas sexuales seguras.
- Iniciar tratamiento ARV, para lograr CV indetectable, que es la mejor manera de prevención de la transmisión en parejas serodiscordantes.

Siguiendo las estrategias planteadas en las normas de PTMI, la tasa natural de transmisión de madre a hijo del 25% al 40% se puede reducir a 0%- 2%. Las estrategias son:

- Control prenatal adecuado
- Tratamiento con ARV
- Cesárea programada en los casos que lo ameriten (carga viral < 1000 copias en TARGA se puede recomendar parto vaginal)
- No lactancia materna
- Profilaxis del recién nacido con ARV
- Alimentación del niño con leche de fórmula

4.7 TRATAMIENTO

Antes de iniciar el tratamiento antirretroviral se deben conocer las necesidades básicas de cada paciente, sus características sociales y psicológicas, e intervenir en estos aspectos para educarlo y apoyarlo en el cumplimiento del tratamiento y así evitar fallas terapéuticas. La decisión de iniciar la terapia antirretroviral debe ser tomada de común acuerdo con el paciente y se recomienda, si la condición clínica del paciente lo permite, destinar un tiempo prudencial para dar el respectivo apoyo psicológico e inducción al paciente y su familia: si así él o ella lo autorizan, con la

finalidad de disminuir las dificultades relacionadas con el cumplimiento y poder de esta forma obtener un grado máximo de su colaboración.⁷

4.7.1 CONSIDERACIONES MÉDICAS EN EL TRATAMIENTO

Esquemas recomendados:

- Primer a Elección: AZT + 3TC + Nelfinavir.
- Segunda Elección: AZT + 3TC + Saquinavir /Ritonavir
- Sospecha de Resistencia: incluir en el esquema el IP: Lopinavir/Ritonavir.
- No recomendado: Nevirapina por los riesgos elevados de toxicidad hepática, especialmente en embarazadas con conteo de CD4 mayores de 250 cel/mm³, en estos casos, si se decide utilizar considerar riesgo/beneficio.

En dosis única se asocia con elevado porcentaje de resistencia, tanto en la madre como en el RN, pudiendo comprometer la elección del tratamiento futuro de la mujer embarazada.

4.7.2 EFECTOS COLATERALES DE LAS DROGAS ANTIRRETROVIRALES DURANTE EL EMBARAZO:

Se recomienda que la mujer embarazada seropositiva al VIH sea tratada igual que la mujer seropositiva no gestante, tomando en cuenta efectos teratogénicos de las drogas, edad del embarazo y combinaciones potencialmente tóxicas. El embarazo no ha de limitar la escogencia de las drogas antirretrovirales, no obstante el Comité de expertos recomienda tomar en cuenta los siguientes factores:

1. Cambios fisiológicos del embarazo que pueden ocasionar cambios en la dosis de la

droga. Durante la gestación, se prolonga el tiempo del tránsito intestinal, se aumenta del peso corporal y se modifica la homeostasis del agua acompañándose esto por aumento en el rendimiento cardíaco, ventilación y aumento del flujo sanguíneo al hígado y los riñones, se disminuye la concentración de proteínas plasmáticas y se aumenta la reabsorción de sodio renal con cambios metabólicos enzimáticos hepáticos, factores que pueden afectar la farmacocinética de los antirretrovirales en la gestante.

2. Efectos potenciales de las drogas sobre la mujer embarazada dentro de los que se cuentan: efectos gastrointestinales como náuseas, vómito o diarrea; efectos hematológicos siendo la anemia el más frecuente, toxicidad mitocondrial y hepática, ictericia y litiasis renal entre otros.

3. Posibles efectos potenciales en el corto y largo plazo de las drogas antirretrovirales sobre el recién nacido, aunque los datos no son concluyentes se debe hacer seguimiento a los niños expuestos a dichos fármacos. La profilaxis ARV, preferiblemente ha de ser iniciada después del primer trimestre en virtud que en las primeras semanas del embarazo ocurre el mayor periodo de órgano génesis y se desconocen los efectos potenciales de estas drogas sobre el feto.

La gestante será informada sobre los riesgos conocidos y potenciales de estos medicamentos sobre su salud, la del feto y la del recién nacido, después de recibir dicha información la elección definitiva de las drogas antirretrovirales se realizará, previo consentimiento informado, conjuntamente con la paciente, adicionalmente se le informará que el control prenatal regular y seguimiento del el recién nacido son muy importantes para detectar complicaciones asociados a estas drogas.

4.8 MANEJO DE LA GESTANTE NO INFECTADA POR VIH CUYA PAREJA ESTÁ INFECTADA POR VIH

Se recomienda que toda gestante no infectada por VIH y cuya pareja esté infectada con este virus sea considerada de alto riesgo para adquirir la enfermedad. Se le debe realizar tamizaje en la primera consulta, el segundo tamizaje en el tercer trimestre, preferiblemente antes de las 36 semanas de gestación, y una tercera prueba en el parto.

En caso de síntomas sugestivos de síndrome retroviral agudo, está recomendado solicitar carga viral. Si el resultado es positivo para la prueba de tamizaje o la carga viral, se debe iniciar la TARGA inmediatamente junto a las demás intervenciones para reducir la transmisión materno infantil del VIH. Si el resultado es negativo, la gestante y la pareja deben recibir consejería acerca del uso apropiado y consistente del preservativo para evitar el riesgo de la transmisión del VIH. En parejas serodiscordantes, el componente de la pareja con infección por VIH debe iniciar TARGA independientemente del recuento de CD4 o del estadio clínico. En ningún caso ello debe suponer la abstención de otras medidas para impedir la transmisión del VIH.³

4.8.1 MUJER CON VIH SIN TARGA QUE CONSULTA EN ETAPAS TEMPRANAS DE SU EMBARAZO

Los ARV en la mujer embarazada con VIH se administran desde el momento del diagnóstico y se continúan indefinidamente. El objetivo de la TARGA en la gestación es disminuir la carga viral (CV) y mantenerla indetectable, lo que impedirá la transmisión del virus al feto, preservará la salud de la madre e hijo y evitará la aparición de resistencias a los ARV. Para asegurar el estado de salud de la madre y reducir la TMI del VIH, es recomendado el inicio de tratamiento desde el momento

del diagnóstico, y mantenerlo indefinidamente y administrar profilaxis al lactante. Cuando se administra la TARGA, es necesario tener en cuenta los posibles efectos adversos de los ARV, tanto al feto como a la madre. La evaluación de la carga viral de manera periódica permite monitorizar la eficacia del tratamiento. Cuando es menor a 1 000 copias/ml al final del embarazo, está indicado el parto normal. La pauta de primera línea recomendada para las mujeres embarazadas, como en el resto de la población adulta, se basa en dos INTI habitualmente TDF + 3TC (o FTC) con EFV. En mujeres que presentan más de 250 células CD4/mm³, debe tenerse en cuenta que el uso de NVP puede estar asociado a una mayor toxicidad; en caso de no haber otra opción, debe vigilarse minuciosamente a la paciente durante las primeras 12 semanas de tratamiento. Otra opción puede ser un régimen basado en 2 INTI (habitualmente AZT + 3TC) + LPV/r, pero hay que tener en cuenta que el uso de IP en primera línea limita las opciones futuras de tratamiento. Las normas actuales para PTMI en embarazadas con VIH son la de administración de TARGA, que debe iniciarse en el momento del diagnóstico y mantenerse indefinidamente. Este enfoque ofrece una reducción efectiva del riesgo de TMI, genera un beneficio para la salud de la mujer con el inicio más temprano de tratamiento, simplifica el programa de PTMI, elimina el requisito de contar con el recuento de CD4 para el inicio, extiende la PTMI a futuros embarazos desde el momento de la concepción, introduce un beneficio en relación con la transmisión en parejas serodiscordantes, disminuye los riesgos derivados de interrumpir y reiniciar la triple terapia antirretroviral, en particular en entornos con altas tasas de fecundidad, minimiza la posibilidad de generación de resistencias por monoterapias encubiertas, y simplifica el mensaje a las comunidades: una vez iniciada, la TARGA es para toda la vida.

Esquema de elección: TDF + 3TC (o FTC) + EFV, preferiblemente en formulación combinada.

Esquemas alternativos:

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

- TDF + 3TC (o FTC) + NVP

En caso de no poder utilizar INNTI, el esquema estará basado en LPV/r + 2 INTI, generalmente 3TC +AZT (o TDF), teniendo siempre en cuenta que el uso de IP limita las opciones futuras de tratamiento. En caso de anemia, no utilizar AZT, y en caso de disfunción renal, no emplear TDF.

Para el componente intraparto se deberá iniciar una dosis de carga intravenosa de AZT de 2 mg/kg a pasar en una hora, continuar con una infusión intravenosa de AZT de 1 mg/kg/hora hasta clampearse el cordón. Si no se dispone de AZT intravenoso, se puede utilizar AZT 12 horas antes de la cesárea programada en dosis de 300 mg VO cada tres horas. Para el niño, no se dará lactancia materna sino alimentación con fórmula láctea. Administrar AZT en jarabe a partir de las 6-8 horas de nacido a dosis de 4 mg/kg. Cada 12 horas durante cuatro semanas. En caso de que la madre haya recibido TARGA menos de cuatro semanas durante el embarazo, prolongar la profilaxis con AZT al recién nacido hasta seis semanas. En caso de que una mujer VIH+ en tratamiento antirretroviral se embarace, según la data actual no requiere cambio de esquema (se ha demostrado no mayor incidencia de teratogenicidad en pacientes con EFV frente a aquellas que no usan) se referirá a la unidad correspondiente para el control materno y el monitoreo para prevenir la transmisión materno infantil, aplicándose la normativa durante la gestación, parto y al recién nacido.³

GRÁFICO 3. RECOMENDACIONES DE ARV DE INICIO EN GESTANTE

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Todas las embarazadas con infección por VIH deben recibir TARGA. |
| <ul style="list-style-type: none">• La TARGA debe iniciarse tan pronto como se establezca el diagnóstico de infección por VIH. |

- En las mujeres embarazadas con > 250 células CD4/mm³, el inicio de NVP tiene riesgo de toxicidad grave; las alternativas son:
- Régimen con EFV
- Régimen con IP
- Régimen con NVP solo si se puede asegurar control clínico y analítico estrecho durante las siguientes 12 semanas

Elaborado por: Byron Andrade Fuente: MSP/PNS equipo técnico de apoyo en VIH

4.8.2 MUJERES CON VIH Y SIN TRATAMIENTO QUE SE PRESENTAN EN TRABAJO DE PARTO

Si la mujer se presenta en el momento del parto se deben administrar los tratamientos con ARV intraparto y posparto. Para el componente intraparto, el esquema de elección consiste en iniciar inmediatamente una dosis de carga intravenosa de AZT de 2 mg/kg a pasar en una hora y una monodosis de NVP de 200 mg, continuar con una infusión continua intravenosa de AZT de 1 mg/kg/hora hasta clampearse el cordón. Cesárea siempre que no se ha iniciado el trabajo de parto y la madre no ha roto membranas. En caso de no disponer de AZT intravenoso, se debe administrar cada tres horas 300 mg de AZT vía oral, iniciándose 12 horas antes de la cesárea y mantenerse hasta el nacimiento. Para el componente posparto deberá administrarse el esquema de primera línea (TDF + 3TC (o FTC) + EFV) indefinidamente. Para el tratamiento del niño, en el caso de que la madre recibiera NVP para PTMI o en presencia de factores de riesgo de transmisión como prematuridad, bolsa rota de más de cuatro horas, infecciones del tracto genital y sangrado, se considera el uso de tratamiento combinado con tres fármacos, AZT-3TC-NVP. En caso de que la madre no haya recibido NVP en el parto, se administrará al recién nacido AZT + NVP con el siguiente esquema: AZT jarabe a las 6-8 horas de nacido a dosis de 4 mg/kg cada 12 horas durante seis semanas; NVP si la madre no ha recibido este fármaco durante el parto, se administrará una primera dosis de 2 mg/kg (solución, 10 mg en 1 ml) dentro de las primeras 12 horas de vida y una segunda dosis a las 72 horas de vida.

Esquema alternativo, cuando no está disponible AZT intravenoso: en caso de no disponer de AZT intravenoso, se debe administrar cada tres horas 300 mg de AZT vía oral, iniciándose 12 horas antes de la cesárea o al inicio del trabajo de parto, y mantenerse hasta el nacimiento. O AZT-3TC vía oral (300-150 mg) al inicio y continuar con AZT 300 mg cada tres horas hasta el nacimiento.³

4.8.3 PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE MUJER GESTANTE SERODISCORDANTE

PRIMERA CONSULTA

- 1.- Control obstétrico e infectológico en el que se detallará a la paciente las implicaciones de la infección por VIH durante su gestación.
- 2.- Anamnesis completa.
- 3.- Exploración Clínica general y Obstétrica: peso, talla y tensión arterial.
- 4.- Realización de citología cervicovaginal
- 5.- Descartar enfermedades de transmisión sexual.
- 6.- Determinar el estadio clínico de la infección por VIH.
- 7.- Historia del uso de antirretrovirales, anterior o actual.
- 8.- Determinaciones analíticas generales de la gestación:
 - Grupo sanguíneo y Rh.
 - Hemograma y Bioquímica sanguínea
 - Serología: Hepatitis B, LES, Toxoplasma y Rubéola.
 - Urocultivo.
- 9.- Determinación de analíticas específicas: Hepatitis C y CMV.
- 10.- Estudios de infección por VIH:
 - Determinar carga viral en plasma.
 - Recuento de CD4.
- 11.- Ecografía: Edad gestacional y cribado de malformaciones congénitas.
- 12.- Cribado de cromosomas anómalos.

CONSULTAS SUBSECUENTES

- 1.- Valoración de pruebas anteriores.
- 2.- Asesoramiento, y respeto de la decisión que tome la mujer de seguir o no con el embarazo y de tomar o no tratamiento farmacológico.
- 3.- Inicio de tratamiento adecuado, considerando el efecto sobre el feto y recién nacido.
- 4.- Ofrecer condiciones óptimas para la realización de amniocentesis si amerita el caso.
- 5.- Control de carga viral plasmática:
 - 15 días una vez iniciado el tratamiento ARV.
 - Cada 2 meses cuando la carga viral es indetectable.
 - 34 y 36 Semanas para posibilidad de parto vertical.
 - En el parto o posparto.
- 6.- Profilaxis de infecciones si CD4 son menos de 200 cel/mm³
- 7.- Control fetal:
 - Ecografía y Doppler cada 4 o 6 semanas a partir de la semana 20
 - Registro cardiotocográfico en la 34 y 35 semanas, si hay alteración en
 - Estudio de Doppler, bajo peso para edad gestacional.
- 8.- Control de proteinuria, tensión arterial y peso de la madre.

POSPARTO

- 1.- Control biometría hemática, Química sanguínea, perfil hepático y proteinuria.
- 2.- Control de la tensión arterial.
- 3.- Carga viral y conteo de CD4 materna y recién nacido.
- 4.- Valoración de finalización de tratamiento ARV si su indicación era únicamente obstétrica.

4.9 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora
Capacitar e informar a trabajadores de salud en los diferentes niveles de atención sobre el manejo de embarazo en pareja serodiscordantes	Brindar información, charlas, talleres a los servidores de salud sobre el manejo correcto de mujeres gestantes serodiscordantes en los diferentes períodos de embarazo
Promover una valoración médica temprana	Fomentar la confianza del médico al paciente mediante las citas oportunas para que busquen una atención inmediata en las unidades de salud.
Disponibilidad de medicamentos	Proponer nuevos fármacos y recursos tecnológicos en las demás casas de salud que permitan la disponibilidad para tratamiento y control de la enfermedad.
Mayor información médica	Implementar una base de datos del paciente para mayor alcance de la información del paciente.
Bioseguridad, control de este tipo de patologías y prevención de sus complicaciones durante su evolución.	Brindar charlas sobre los controles periódicos maternos y neonatos. Realizar talleres y prácticas sobre la prevención y manejo de complicaciones durante esta patología.

5. CONCLUSIONES

- Todas las personas tienen derecho a la atención médica en todos los niveles de salud pública. Se debe dar prioridad a las mujeres gestantes y específicamente a las mujeres con un embarazo de alto riesgo sin discriminación social.

Las mujeres que presentan la infección de VIH/SIDA deben ser atendidas rigiéndose a las normas y actividades que se realiza en estos tipos de casos para determinar o diagnosticar si es portadora o no del virus con la brevedad posible para evitar el impacto psicológico tanto de la mujer gestante como el de sus familiares.

- En el caso de parejas serodiscordantes el equipo de salud debe estar preparado para dar la información necesaria de las consecuencias de la enfermedad para prevenir los factores de riesgo y así como dar el tratamiento específico para llegar a un parto de forma natural. Para llegar a esto el profesional de la salud debe mantener una buena relación con su paciente.
- Desde el primer nivel de atención de salud se debe realizar los debidos exámenes complementarios para diagnosticar de una forma segura; en caso de tener dudas de portar el VIH/SIDA se debe enviar a unidades de salud donde posean equipos especializados para dar resultados precisos en estos casos de embarazo en parejas serodiscordantes.

6 GLOSARIO

- **BhCG:** hormona gonadotrofina coriónica humana.
- **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.
- **FCF:** frecuencia cardíaca fetal.
- **AU:** actividad uterina
- **SIDA:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- **TARGA/HAART:** tratamiento antirretroviral de gran actividad.
- **ARV:** antirretrovirales.
- **CIR:** retraso de crecimiento intrauterino.
- **TAR:** tratamiento antirretroviral.
- **FUM:** fecha ultima de menstruación.
- **FPP:** fecha probable de parto
- **TORCH:** toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple.
- **IMC:** índice de masa corporal.

- **PrEP:** profilaxis preexposición.
- **ITS:** infecciones de transmisión sexual.
- **VPH:** virus del papiloma humano.
- **INSPI:** instituto nacional de investigación de salud pública.
- **CD4:** tipo de célula sanguínea blanca del sistema inmune.
- **CXCR4:** proteína en la superficie de una célula que sirve de sitio secundario de fijación (unión) a un virus o a otra molécula.
- **RNA:** ácido ribonucleico.
- **DNA:** ácido desoxirribonucleico.
- **RN:** recién nacido.
- **PTMI:** prevención de la transmisión materno infantil.
- **CV:** carga viral.
- **AZT:** zidovudina.
- **3TC:** lamivudina.
- **IP:** inhibidores de la proteasa.
- **INTI:** inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa.
- **TDF:** tenofovir disoproxil fumarato o tenofovir.

- **FTC:** comisión federal de comercio.
- **EFV:** efavirenz.
- **LPV/r:** lopinavir reforzado con ritonavir.
- **NVP:** nevirapina.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Documentación y Recursos Pedagógicos. Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH. Aproximación a la situación actual. SIDASTUDI. 2003; 13 (2): 68-74
2. Grupo de Trabajo sobre Tratamiento del VIH. Transmisión Sexual del VIH Guía para entender las Pruebas de Detección y el Riesgo en las Prácticas Sexuales 2016. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre Tratamiento del VIH; 2016.
3. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Riesgo de transmisión del HIV en parejas serodiscordantes en tratamiento de fertilidad. SAMeR. 2009; 24: 116-127
4. Valdés E. VIH-Sida y Embarazo: Actualización y Realidad en Chile VIHEARC. Revista Chilena Ginecológica. 2002; 67(2): 160-166
5. Velásquez G, López P. Guía de manejo de mujeres embarazadas con infección por VIH. SMI. 1998; 2(2): 118-126
6. Wiki de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Universitaria San Martín. VIH y Embarazo Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. Bogotá: GUSM-OBGIN; 2017.
7. Wilde J.T. Procreación en Parejas con VIH Discordante. Schulman S., editor. Birmingham: FMH; 2008.

LINKOGRAFÍA

8. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Infección por VIH y Gestación. BCNATAL. 2013. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/vih%20y%20gestaci%F3n.pdf
9. Coalición Ecuatoriana. VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual en Ecuador. 2010. Disponible en: <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-ITS-en-Ecuador-MSP.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública. Guía de prevención y control de la transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita, y de Atención Integral de Niños/as con VIH/Sida. 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

11. **EBRARY:** Derose, K. P., Kanouse, D. E., & Kennedy, D. P. (2010). Role of Faith-Based Organizations in HIV Prevention and Care in Central America. Santa Monica, CA, USA: RAND Corporation.
12. **EBSCO:** Ma, M., & Malcolm, L. R. (2016). Cultural influences on HIV testing among Latino youth. *Culture, Health & Sexuality*, 18(4), 470-480.

- 13. EBSCO:** Srinithya, B., Maturana, (2014). Source of the Document International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences.
- 14. PROQUEST:** Carolyn Chu and Peter A. Selwyn. An Epidemic in Evolution: The Need for New Models of HIV Care in the Chronic Disease Era. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2011. Citado el 13 de Agosto del 2016.
- 15. SPRINGER:** Martin Holt, Dean Murphy, Denton Callander, Jeanne Ellard, Marsha Rosengarten, Susan Kippax, John de Wit. HIV-Negative and HIV-Positive Gay Men's Attitudes to Medicines, HIV Treatments and Antiretroviral-based Prevention. National Centre in HIV Social Research, The University of New South Wales, Sydney, NSW 2052, Australia. AIDS Behav (2013).

8 ANEXOS

ANEXO 1

PRUEBA DE EMBARAZO	
FECHA: 28/08/2015	POSITIVO

ANEXO 2

HEMATOLOGIA	16/10/2015
GLOBULOS BLANCOS	6.93 10 ³ /mm ³
NEUTROFILOS	54.2 %
LINFOCITOS	37.2 %
MONOCITOS	5,7%
EOSINOFILOS	2,4 %
BASOFILOS	0,5 %
RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS	4.34 10 ⁶ /mm ³
HEMOGLOBINA	13.3 g/dl
HEMATOCRITO	40.1 %
PLAQUETAS	195 10 ³ /mm ³
QUIMICA SANQUINEA	
GLUCOSA BASAL	94.1 mg/dl
TGO	41.2 U/L
TGP	45.3 U/L

COLESTEROL TOTAL	131.6 mg/dl
TRIGLICERIDOS	59.8 mg/dl

SEROLOGIA	
HIV	NO REACTIVO
HEPATITIS B	NEGATIVO
HEPATITIS C	NEGATIVO

ANEXO 3

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
14/10/2015	
HIV I-II	HIV; ANTICUERPOS ANTI HIV 1&2 Y ANTIGENO P24
ELISA MICROPARTICULAS	0,035 (NEGATIVO)

ANEXO 4

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD	
PUBLICA- INSPI	
LABORATORIO DE INMUNOLOGIA QUITO	
FECHA DE INGRESO: 19/11/2015	RESULTADO: 12/01/2016
RESULTADO	
NEGATIVO	
PRUEBA CONFIRMATORIA REALIZADA: BIBLOT HIV – 1 PLUS	
WESTERN BLOT PARA VIH 1.	
BANDAS ENCONTRADAS: SIN BANDAS	

ANEXO 5

HEMATOLOGIA	
18/11/2015	
GRUPO SANGUIENO	ORH+
GLOBULOS BLANCOS	7.23 10 ³ /mm ³
NEUTROFILOS	61.7 %
LINFOCITOS	30 %
MONOCITOS	5,8 %
EOSINOFILOS	1,9 %
BASOFILOS	0,6 %
RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS	4.5 10 ⁶ /mm ³
HEMOGLOBINA	13.2 g/dl

HEMATOCRITO	39.3 %
PLAQUETAS	183 10 ³ /mm ³
QUIMICA SANQUINEA	
GLUCOSA BASAL	90.1 mg/dl
CREATININA	0.87 mg/dl
UREA EN SUERO	20.6 mg/dl

ANEXO 6

SEROLOGIA	VDRL	HIV
18/11/2015	NO REACTIVO	NO RECTIVO

ANEXO 7

EMO	18/11/2016
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	LIG. TURBIO
DENSIDAD	1.010
PH	6.5
QUIMICO	
LEUCOCITOS	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO

PROTEINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO
MICROSCOPICO	
CELULAS	+++/ CAMPO
LEUCOCITOS	2-4
BACTERIAS	+++
CELULAS REDONDAS	1--2

ANEXO 8

HEMATOLOGIA	26/06/2016
GLOBULOS BLANCOS	11.44 $10^3/\text{mm}^3$
NEUTROFILOS	70.6 %
LINFOCITOS	23 %
MONOCITOS	4.9 %
EOSINOFILOS	1.2 %
BASOFILOS	0,3 %
RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS	4.21 $10^6/\text{mm}^3$
HEMOGLOBINA	12.6 g/dl
HEMATOCRITO	38. %
PLAQUETAS	130 $10^3/\text{mm}^3$
TP	11 seg

TTP	29 seg
QUIMICA SANQUINEA	
GLUCOSA BASAL	90.1 mg/dl
CREATININA	0.87 mg/dl
UREA EN SUERO	20.6 mg/dl

ANEXO 9

SEROLOGIA	VDRL	HIV
26/06/2016	NO REACTIVO	NO RECTIVO

ANEXO 10

HEMATOLOGIA	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO
27/06/2016	11.3 g/dl	34%