

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



Título:

Análisis del manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario.

Nombre de la sustentante:

Valeria González Serrano

Tutor:

Dr. Franklin Escobar Zarate

Año 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

I. RESUMEN

Introducción: El VIH es una patología afecta de manera importante el sistema inmunitario debilitando así el mecanismo de defensa contra infecciones y otro tipo de enfermedades, siendo este un importante problema de salud, por lo que en las mujeres gestantes es de suma importancia un adecuado manejo y diagnóstico. Se debe contar con carga viral y de linfocitos CD4 y las gestantes deben utilizar la TARV tan pronto como sea posible, además, durante el parto es importante la utilización de Zidovudina para lograr disminuir las tasas de contagio.

Objetivo: Analizar el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el HSVP, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario.

Metodología: Este estudio es una investigación cualitativa con diseño fenomenológico que se orientó a la exploración de análisis del manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario, con el fin de investigar más a fondo las repercusiones del VIH en las gestantes y así tener un panorama global más acertado sobre el manejo de esta situación.

Resultados: Existen diversas guías y pautas de cómo manejar las gestantes con VIH, el conocimiento acerca de esta enfermedad por parte de los entrevistados es el correcto en comparación con las literaturas y los trabajos investigativos consultados.

Conclusiones: Para lograr un adecuado manejo del embarazo con VIH se debe mantener con cargas virales indetectables a la gestante, asimismo, iniciar la terapia antirretroviral de forma inmediata. Si se logra mantener estas acciones se podrá bajar significativamente el contagio perinatal.

II. AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen por ser mi guía desde el día número uno en este camino, por siempre ser luz en medio de la oscuridad, por nunca soltar mi mano y darme la fuerza para poder realizar este trabajo. Conocían los más profundos anhelos de corazón y me ayudaron a forjar sabiduría y carácter, que con su amor y su compañía he podido culminar esta linda etapa.

A mi padre, Víctor Hugo González Leitón, por ser siempre mi ejemplo más grande a seguir, por enseñarme a nunca rendirme y siempre afrontar de la manera apropiada cada obstáculo que la vida me ha presentado. Gracias a él por sus consejos, por su amor y su dedicación conmigo, por enseñarme a valorar y amar lo que hago y que siempre las cosas las debo de hacer con la intención de ayudar a los demás. Por él estoy aquí.

A mi madre, María de los Ángeles Serrano Bejarano, por ser mi pilar fundamental en este trayecto, por ser quien me apoyó en este sueño que desde niña tenía, siempre dispuesta a escucharme y apoyarme, que cuando estaba a punto de rendirme siempre me dio aliento para continuar, me dio la confianza necesaria para saber que soy capaz de lograr lo que me propongo.

A mis hermanos, Víctor González Serrano y Mariella González Serrano, por mostrarme que si necesito una mano siempre tendré las de ellos para brindarme su apoyo más condicional y que junto a ellos el amor más puro y leal que me han dado, mis sobrinos, que siempre están ahí para hacerme sonreír.

III. DEDICATORIA

Como motivo principal, nuevamente a Dios y a la Virgen que, con su amor y compañía, han estado para mí en cada momento de mi carrera, siempre escuchando mis oraciones y dándome el entendimiento para concluir este trabajo.

A mis padres, quienes me apoyaron a cumplir el sueño que desde niña tenía, me enseñaron hacer perseverante y lograr superar cada obstáculo que se me presentaba, que con su amor, apoyo y comprensión he logrado culminar tan apreciada carrera.

IV. TABLA DE CONTENIDOS

I. RESUMEN	II
II. AGRADECIMIENTOS	III
III. DEDICATORIA	IV
IV. TABLA DE CONTENIDOS	V
V. LISTA DE TABLAS	VII
VI. LISTA DE FIGURAS	VIII
VII. LISTA DE GRÁFICOS	IX
VIII. LISTA DE ABREVIATURAS	X
CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN	XI
1.1 INTRODUCCIÓN	- 2 -
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 3 -
1.3 OBJETIVOS	- 4 -
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	- 4 -
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 4 -
1.4 JUSTIFICACIÓN	- 5 -
1.5 ANTECEDENTES	- 9 -
1.5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	- 9 -
1.5.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	- 10 -
1.5.3 ANTECEDENTES NACIONALES.....	- 10 -
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO	- 11 -
2.1 Afectación en la vida diaria de la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana	- 21 -
2.2 Manejo actual de las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana	- 23 -

2.2.1 Diagnóstico de VIH	- 23 -
2.2.2 Estrategias para el manejo del VIH en gestantes	- 26 -
2.2.3 Terapia antirretroviral	- 29 -
2.2.4 Manejo de la gestante con VIH durante la labor de parto.....	- 38 -
2.2.5 Elección de vía de parto	- 40 -
2.3 Propuesta de educación continua para las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana	- 42 -
CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO.....	- 46 -
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	- 47 -
3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	- 47 -
3.3 CRITERIOS DE BÚSQUEDA.....	- 47 -
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	- 49 -
3.5 PROCESO DE SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	- 50 -
3.6 CLASIFICACIÓN SEGÚN NIVELES DE EVIDENCIA.....	- 51 -
CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	- 52 -
CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	- 81 -
CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 86 -
CAPÍTULO VII – ANEXOS.....	- 92 -
7.1 Anexos	- 93 -

V. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de búsqueda utilizados según objetivo.....	23
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos.....	25
Tabla 3. Clasificación de artículos según niveles de evidencia.....	27

VI. LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de selección de información.....	27
Figura 2. Estructura del VIH.....	22
Figura 3. Uso de antirretrovirales durante el parto	42

VII. LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	65
Gráfico 2.....	67
Gráfico 3	69
Gráfico 4	70
Gráfico 5	72
Gráfico 6	74
Gráfico 7	76
Gráfico 8	78
Gráfico 9	79
Gráfico 10	81
Gráfico 11	82
Gráfico 12	85
Gráfico 13	86
Gráfico 14	88
Gráfico 15	89

VIII. LISTA DE ABREVIATURAS

ARN: Ácido ribonucleico

ATV: antirretrovirales

AZT: zidovudina

ELISA: Enzimoimmuno análisis de adsorción

Gp: Glicoproteína

HSH: Hombre sexo hombre

HSVP: Hospital San Vicente de Paul

RCIU: Restricción de crecimiento intrauterino

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PPD: Prueba cutánea de derivado proteico purificado

TARV: Terapia Antirretroviral

TNF: Factor de necrosis tumoral

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

El VIH es una patología que afecta el sistema inmunitario debilitando así el mecanismo de defensa contra infecciones y otro tipo de enfermedades siendo un serio problema de salud¹.

En la mujer gestante es aún más importante un adecuado abordaje de esta enfermedad por lo que se tiene acceso universal a la prueba de detección del virus en el primer control prenatal, teniendo en consideración los efectos adversos que esto puede generar al momento del parto como lo son la hemorragia posparto, sepsis puerperal, parto prematuro y mortalidad².

Es importante realizar un análisis del estado emocional en el que se encuentran las pacientes, ya que tienden a presentar complejos personales, cambios en la dinámica familiar, cambios en su ambiente laboral, por lo que no logran adaptarse a una nueva condición de salud, esto por la existencia de un estigma social y evitando así una adecuada comunicación con sus parientes³.

La educación continua de la mujer embarazada con VIH es importante, ya que hay que concientizar de manera apropiada como lograr un adecuado manejo del tratamiento de esta patología para así lograr brindarle a este grupo de pacientes una mejor calidad de vida.

Por esta razón, la presente investigación es importante para la medicina gineco obstétrica en aras de brindar una adecuada información sobre el análisis de un correcto abordaje de la paciente embarazada con VIH, para atender de manera efectiva este grupo de pacientes.

Lo que aporta esta investigación, es información acerca del contagio de VIH en la mujer embarazada, su afectación a nivel prenatal y como lograr una apropiada educación a este grupo de pacientes, por lo que la presente investigación tiene como objetivo analizar cómo es el manejo de la paciente embarazada con VIH en el Hospital San Vicente de Paul, enfatizando su afectación a nivel gestacional.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha ido incrementando con el tiempo, como se demuestra en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA(ONUSIDA) en el 2020, donde se determina que 79,3 millones de personas fueron contagiadas por el VIH. En Costa Rica se registró en el año 2020 un total de 16,000 personas contagiadas con VIH siendo un total de 9,100 contagios en hombres y 6,300 en mujeres⁴, constituyendo un serio problema en la salud pública, por lo que es importante abordarlo de la manera más apropiada para así evitar un incremento en la incidencia de contagios a futuro.

La mujer embarazada pertenece a una población que tiene más predisposición a la vulnerabilidad por la variación de los distintos cambios fisiológicos que este proceso conlleva, por lo que es importante al momento del diagnóstico valorar la problemática en el impacto físico, psicológico y social para así lograr mantener un adecuado asesoramiento en estas pacientes.

En Costa Rica existe un protocolo de atención integral en el embarazo que permite la detección del VIH, donde el 74% de las mujeres embarazadas con VIH se encuentran con terapia antirretroviral y un 35% de recién nacidos reciben su diagnóstico de manera temprana⁵, mostrando la necesidad de que la gran mayoría de las mujeres embarazadas tengan la terapia adecuada para evitar complicaciones durante la gestación y evitar una alta transmisión materno fetal.

Formulado ya el tema de la investigación, es importante definir el problema para así dirigir de manera apropiada y clara el abordaje del trabajo, por lo que, ante la problemática descrita en el presente trabajo se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul, durante el primer semestre del 2023?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el HSVP, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales afectaciones en la vida diaria de la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el HSVP, durante el primer semestre del 2023.
- Revisar el manejo actual de las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidas en el HSVP, durante el primer semestre del 2023.
- Generar una propuesta de educación continua para las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidas en el HSVP.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Como se ha visto, el VIH es un problema de salud a nivel mundial que contempla múltiples situaciones negativas en las personas que viven con dicha enfermedad, pese a que se cuenta con diversas estrategias y planes para combatirla los casos siguen presentándose de forma creciente. Por la propia condición de la mujer embarazada, es de suma importancia realizar un abordaje temprano y oportuno que permitan reducir las complicaciones tanto en la madre como en el feto y debido a esto es que la presente investigación tiene como finalidad un análisis completo para recopilar la información requerida para brindar educar y concientizar sobre esta patología.

Como se mencionó con anterioridad a nivel nacional en 2019 se obtuvo la mayor cantidad de casos reportados por año. También se documenta que la población más vulnerable son jóvenes, en un rango de 20 a 29 años. Con respecto a la mortalidad, aunque se establece que no es elevada, sigue teniendo valores que no son despreciables⁶.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana y las Infecciones de Transmisión sexual por años han sido protagonistas de las causas principales de infertilidad, discapacidad a largo plazo, población con una calidad de vida deteriorada, discriminación y pérdidas de vidas en Costa Rica y el mundo⁶.

Uno de los principales problemas que puede ocurrir en la práctica médica es la comunicación del diagnóstico del VIH al paciente y sus familiares, provocando conflictos éticos en la toma de decisiones sobre el abordaje de la enfermedad⁷.

La publicación del diagnóstico de VIH puede ocasionar negativa al derecho de la educación, de los servicios médicos, el trabajo, el riesgo de divulgación. Asimismo, en ocasiones no todos los profesionales de salud poseen una adecuada orientación ética sobre el tema, poniendo en riesgo la dignidad y el derecho del paciente ⁷.

Han pasado cerca de cuatro décadas desde la aparición de la pandemia relacionada al VIH y a lo largo de los años se ha incrementado la lucha contra esta enfermedad. Desde el

surgimiento de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha evidenciado una disminución de hasta un 48% en la mortalidad de la enfermedad ⁷, sin embargo, continúa siendo una enfermedad con alta prevalencia a nivel mundial. En la población femenina se sigue mostrando una alta tasa de contagio. Puesto que la proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido en el 50 % en todo el mundo, aunque este grupo de población es el más afectado en África Subsahariana y el Caribe⁷.

El VIH, por sus características clínicas, epidemiológicas, sociales y en mayor importancia éticas, repercute de forma significativa en las personas que sufren la enfermedad. Las repercusiones alcanzan al personal de salud que también se enfrenta a escenarios complejos y donde la toma de decisiones se vuelve trascendental⁷.

En las mujeres embarazadas son más grandes las repercusiones y en el personal de salud, dado que la toma de decisiones también involucra el pensar en el hijo de la gestante. Asimismo, las pacientes sufren un alto grado de angustia y ansiedad por su condición que afectan de manera significativa su calidad de vida⁷.

El VIH se sigue considerando como una patología que tiene una alta repercusión a nivel familiar, económico y de los servicios de salud, según lo describe el Informe sobre la Salud en el Mundo, que expone al VIH/SIDA como una seria emergencia sanitaria mundial, por lo que es importante abordar de la forma más apropiada adecuada las necesidades de promoción de conocimientos, prácticas sexuales y reproductivas saludables⁸.

En la mujer gestante el VIH se vuelve un tema de interés relevante, debido a que no solo se pone en riesgo su salud, y aumenta el riesgo de sufrir infecciones oportunistas y comprometer la vida del feto⁷.

La prevención de la transmisión vertical del VIH se considera un gran desafío para los médicos a nivel mundial en cuanto a métodos de abordaje de la patología, debido a un grado de variabilidad en cuanto a la población, por las acciones sanitarias, el nivel socioeconómico, la cultura y todo lo que estos factores repercuten en la infección¹. Aun siguiendo todas las recomendaciones y lineamientos, la mujer gestante tiene una posibilidad de un 5% de transmisión vertical al feto, aumentando el riesgo de sufrir complicaciones desde edades tempranas y disminuyendo la esperanza de vida.

De allí la importancia de entender a la mujer embarazada con este padecimiento, ya que requieren de una apropiada valoración y comprensión de cómo salir adelante con su patología, para evitar que presenten problemas emocionales que repercutan en su calidad de vida.

Hay datos de un estudio transversal que se realizó en Brasil, donde expone que un 81,6% de las mujeres fueron diagnosticadas con la infección de VIH durante su atención prenatal por lo que esta cifra importante hace reflexión a realizar un adecuado control gestacional para así prevenir a futuro alguna alteración al feto².

A nivel global dentro del periodo 2010 a 2018, los contagios en mujeres entre 15 y 24 años han tenido un descenso del 25%, pero pese a esto en la actualidad al menos seis mil niñas, adolescentes y adultas jóvenes son infectadas por VIH cada semana. Estos datos han impulsado a los gobiernos locales a realizar acciones que garanticen un oportuno tratamiento antirretroviral (ARV) en mujeres embarazadas y como consecuencia, cerca del 76% de las mujeres gestantes portadoras de VIH poseen acceso a tratamiento antirretroviral⁹.

El tratamiento antirretroviral para mujeres gestantes y sus bebés fue contemplado por primera vez en un protocolo creado en el año 1991 y 1993 y se notó que al aplicar el esquema de tratamiento se logró un descenso de 35 a 8.3% de contagios⁹.

La terapia antirretroviral resulta segura y eficaz para obtener una supresión de la carga viral materna y con esto lograr reducir la transmisión vertical y bajar las tasas de mortalidad neonatal, por lo que es importante que las gestantes con diagnóstico de VIH tengan una adecuada adherencia al tratamiento. Usando de forma apropiada esta terapia, se e posibilita disminuir el riesgo de transmisión vertical hasta el 1-2%, lo cual evidencia la importancia de mantener un adecuado control².

Se ha demostrado que el factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral; a mayor carga viral de la gestante, mayor riesgo de transmisión. Por lo que el diagnóstico y la administración de antirretrovirales deben iniciarse lo antes posible¹. Gracias a las nuevas estrategias terapéuticas en la actualidad es factible que las mujeres embarazadas lleguen a la fase de alumbramiento con cargas virales indetectables. Esto ha logrado alcanzar tasas de transmisión vertical de 1 a 2 %⁹.

Sin ninguna intervención, el riesgo de contagio antes o durante el parto es de un 15 a 25%, si se brinda lactancia materna el riesgo aumenta de 5-20%, sin embargo, puede reducirse a menos del 2% con una combinación de cesárea electiva, profilaxis antirretroviral a la embarazada y al neonato, y la supresión de la lactancia materna¹.

La mujer embarazada es un factor de riesgo para el contagio al feto o a su pareja, es por esto que la carga viral debe de ser indetectable, para que de esta forma se logre disminuir la transmisión, por lo que es importante la responsabilidad de su tratamiento de los profesionales de salud².

En Costa Rica la cantidad de casos reportados al 2021 fue de 14 293, mientras que en el 2019 hubo el mayor número de casos reportados por año con 942. La mayor incidencia de casos está muy marcada en el sexo masculino con una relación de H:M de 6:1, y la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes para el 2021 fue de 3,6, la de hombres de 5,7 y en mujeres⁶.

Es por esto que el país tiene como prioridad encontrar estrategias que logren erradicar la epidemia en el año 2030. Esta iniciativa es desarrollada en el marco estratégico de ONUSIDA 2016-2021, y es una de las principales del Sistema de Naciones Unidas que en conjunto con los objetivos del desarrollo sostenible 2030 que se centran en la disminución de forma radical las nuevas infecciones y el cambio de la trayectoria de la epidemia⁶.

Es por ello que en Costa Rica se creó la ley 7771, Ley General sobre el VIH-SIDA, la cual abarca los derechos de las personas infectadas, acciones de prevención, la vigilancia epidemiológica y el régimen de atención penitenciario; acompañado a la ordenanza del Reglamento de Vigilancia de la Salud N°40556-S, la cual regula el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud para contar con información de cobertura, de pertinencia y de calidad para la toma de decisiones⁶.

El país tiene como objetivo primordial la búsqueda de estrategias para eliminar la epidemia para el año 2030. Este compromiso forma parte de la estrategia de ONUSIDA 2016-2021, la cual es una de las primeras del sistema de las Naciones Unidas que está alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y se centra en reducir de forma drástica las nuevas infecciones y cambiar la trayectoria de la epidemia⁶.

1.5 ANTECEDENTES

En el siguiente apartado se describen algunos de los antecedentes históricos, internacionales y nacionales fundamentados con base a la revisión bibliográfica que el presente trabajo de investigación abarca en relación con la mujer embarazada diagnosticada con VIH, por lo que es importante dar a conocer también este apartado.

1.5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las primeras apariciones del VIH se reportan en la década de los ochenta. Al principio la enfermedad se manifestó como casos esporádicos con alteraciones inmunológicas y los pacientes mostraban un deterioro significativo del sistema inmunológico ². Se documenta que en esta década los pacientes tenían la característica de ser hombres homosexuales, por lo que se creía que esta enfermedad era propia de estos pacientes, sin embargo, con el paso del tiempo esto se descartó¹⁰.

En ensayos clínicos sobre el SIDA, según estudios realizados se observan resultados que han permitido establecer una variación completamente opuesta en lo que sería el manejo de la mujer embarazada infectada con el VIH esto por lo que ha pasado de ser una fase pasiva y expectante en el manejo obstétrico, a ser una fase más agresiva y más intervencionista siendo de esta forma mejor valorada y permitiendo contener la pandemia en el grupo pediátrico teniendo de manera más clara una mejor prevención en cuanto a la transmisión madre e hijo por la infección del VIH¹¹.

En este mismo estudio, el Dr Jeffrey Stringer, de la Universidad de Alabama realizó un análisis donde incluyó un grupo de 553 mujeres que habían sido sometidas a una terapia antirretroviral altamente activa durante su gestación, resultando que únicamente 2 de ellas transmitieron la infección a sus hijos, teniendo un resultado de menos del 1% de riesgo de transmisión¹¹.

1.5.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Para el año 2017 en Ecuador se realizó una campaña llamada tu bebé sin VIH, porque existían 39.224 mujeres portadoras del virus del VIH, donde la prevalencia de mujeres embarazadas fue de 0,18% por lo que optan por realizar la campaña de concientización en las mujeres embarazadas de tamizaje necesario, para que de esta forma se lograra reconocer las gestantes seropositivas y así poder brindarles un adecuado tratamiento y prevenir el contagio a la hora del parto¹.

Sauceda et al. en el año 2016 realizó un estudio de tipo casos y controles en el que se seleccionó una población de mujeres embarazadas que asistieron al control prenatal. Los casos se definieron como mujeres embarazadas VIH positivas y los controles como mujeres VIH negativas, donde se busca englobar la información relevante de cada una de ellas, donde 27 de ellas fueron seleccionadas siendo ellas VIH positivas, en una edad promedio de 28.7 años de edad, tenían pareja estable, 10 de ellas se captaron en el centro hospitalario, 16 de las mujeres embarazadas por VIH positivo tenían 28 semanas o menos de gestación al momento de la primera atención y al momento del diagnóstico¹².

1.5.3 ANTECEDENTES NACIONALES

Se realizó una búsqueda exhaustiva en el medio nacional en fuentes de información científica y no se logró encontrar estudios relacionados con la mujer gestante con diagnóstico de VIH en áreas determinantes, solo se cuenta con datos estadísticos confeccionados por las instituciones nacionales que velan por la salud como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, por lo que es de suma importancia realizar la investigación.

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

Al momento de explicar la idea del concepto de salud y de esta forma interpretarla de la manera apropiada puede parecer sencilla, por lo que hoy existen muchas definiciones que hacen que su concepto se comprenda de la mejor manera, tal y como lo expone la OMS. la salud no solo abarca la ausencia de enfermedades sino involucra un estado completo físico social y mental¹³, lo que convierte a la salud en una condición fundamental para una buena calidad de vida y ser un derecho obligatorio para todos los ciudadanos.

En cuanto a la salud sexual o reproductiva todas las personas tienen el derecho de tener el control completo de su cuerpo gozando de su autonomía, para evitar efectos negativos en sus vidas y así lograr un libre desenvolvimiento de la personalidad¹⁴.

Educar e informar de forma integral involucra transmitir información concisa y adecuada relacionada a cada edad. Asimismo, la información debe ser actualizada en aspectos fundamentales como físicos, psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad y la reproducción, también debe englobar temas sobre salud sexual y reproductiva y la falta de salud. Esta información concreta puede solventar ciertas deficiencias de conocimiento, aclarar conceptos erróneos y aumentar la comprensión general de los valores, actitudes positivas y comportamientos saludables¹⁵.

El virus de Inmunodeficiencia Humana es el encargado de producir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), esta es una enfermedad infectocontagiosa. Se caracteriza por afectar el sistema de defensa de la persona volviéndolo más propenso a adquirir cualquier enfermedad e inclusive causarle la muerte¹⁶.

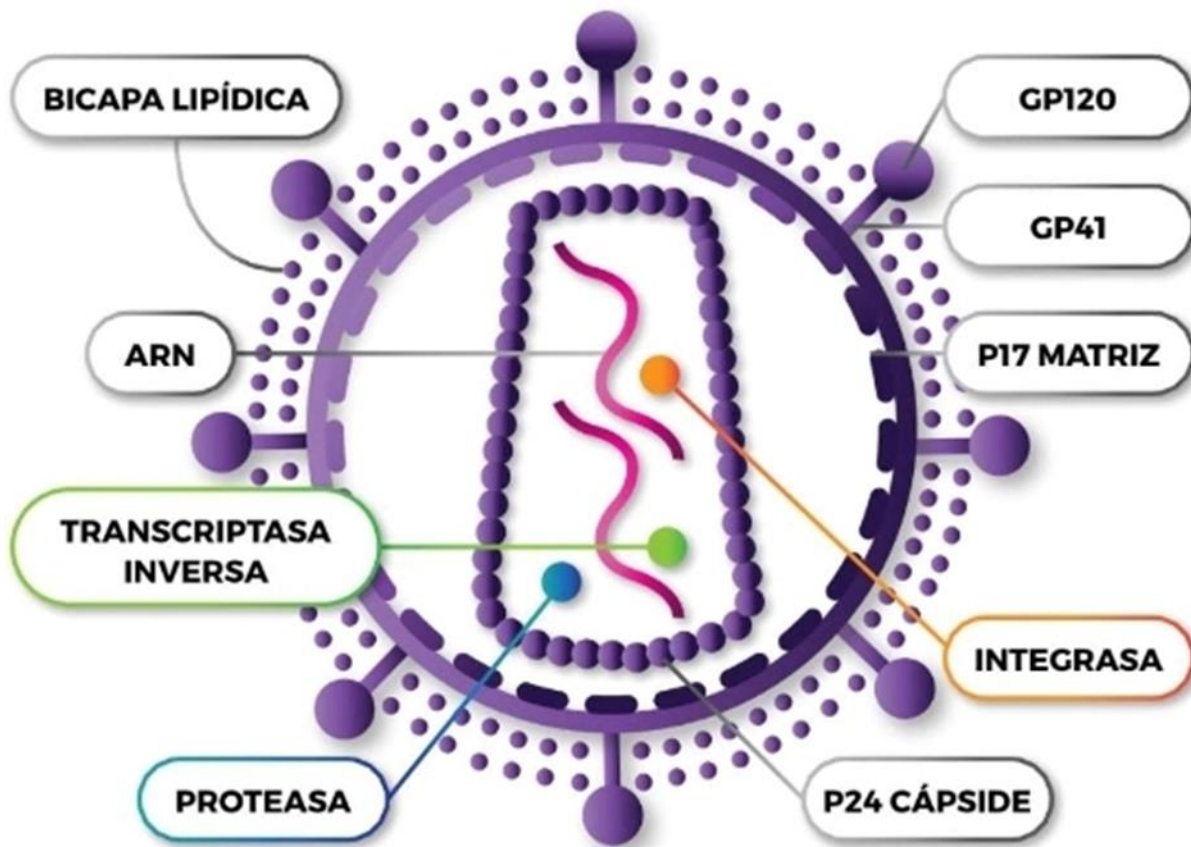
Este virus es perteneciente a la familia de los retrovirus, con una subdivisión en tipos 1 y 2 y estos el VIH-1, es el que provoca la mayoría de las infecciones de VIH en el mundo que se caracteriza por ser de tipo (ácido ribonucleico) ARN, presenta variabilidad genética y posee una estructura esférica con una envoltura lipídica doble ¹⁷.

Este virus tiene una estructura esférica con un diámetro de 100-120 nm, está cubierto por una envoltura lipídica doble exterior que es atravesada por 72 glico proteínas (gp) constituida por la gp120 y la gp41. Por debajo posee otra envoltura que contiene a gp17 esta a su vez envuelve al núcleo cónico conformada por la gp24 que es la más conocida. El núcleo

posee filamentos iguales de ARN. El VIH posee genes que codifican tres enzimas necesarias para replicarse la transcriptasa inversa, proteasa e integrasa¹⁷.

Esta bicapa lipídica del VIH es tomada por la membrana de la célula humana, durante el proceso de gemación de nuevas partículas. Acá se encuentra presente env que es la gp de envoltura de VIH. La estructura y funcionabilidad de esta es importante para lograr entender fenómenos como interacciones con receptores celulares y evasión al sistema inmune¹⁷.

Imagen 1. Estructura del VIH



Fuente: Tomada de referencia 17

El virus ataca células con receptores CD4 uniéndose a estas y provocando la infección. El gran objetivo son células como los linfocitos T que poseen una gran cantidad de receptores CD4.¹⁷

Una vez que el VIH logra entrar dentro del sistema humano, tarda alrededor de 72 horas en llegar a los ganglios linfáticos, cuando estos ganglios regionales son infectados se vuelve imposible la erradicación del VIH. Ante esta presencia, se provoca la activación de los linfocitos CD4 y de citoquinas como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleucina 6, que es la que provoca mayor activación de los linfocitos que a su vez provoca una respuesta inmune normal y se provoca un mayor número de linfocitos CD4 infectados. Estos linfocitos migran y provocan diseminación del VIH a otros órganos desencadenando una reproducción abundante en tejido linfático y sangre¹⁷.

Dentro de los principales factores de riesgo para contraer la infección se encuentran las relaciones sexuales vaginales o anales, donde no se utilice protección. Se establece también que las personas más vulnerables son las trabajadoras sexuales y sus clientes, HSH, víctimas de violencia sexual, transexuales, etc.¹⁷.

Mecanismos de transmisión del VIH

Se establecen tres mecanismos clásicos de transmisión:: sexual, parenteral y vertical. Se conoce como transmisión vertical del VIH al proceso infeccioso que se caracteriza por la migración del virus del VIH de una gestante infectada a su hijo, durante el embarazo, la labor de parto o durante la lactancia materna¹.

Otro método es la vía parenteral, donde se incluye el uso de drogas endovenosas, intercambio de jeringas, transfusiones sanguíneas, riesgo biológico, etc., siendo el riesgo biológico uno de los más usuales que sufre el personal de salud¹⁷.

Otra vía es la transmisión vertical, en esta se puede efectuar en tres momentos, antes del parto, durante el parto y en el postparto (lactancia materna). Esta vía puede ser explicada por micro transfusión materno fetal transplacentaria, cuando se dan las contracciones uterinas o en expulsión vírica por medio de secreciones cervicovaginales y durante el momento del parto¹⁷.

Castro et al. afirman que el riesgo de transmisión antes o durante el parto sin recibir alguna intervención es del 15 al 25%, si se da lactancia materna aumenta a 5-20% aumentando el riesgo total a un 20-45%. Sin embargo, si se toman medidas como cesárea electiva, profilaxis antirretroviral a la embarazada y al neonato, y la supresión de la lactancia materna se puede disminuir el riesgo a un 2%¹.

Transmisión vía placenta

En años anteriores era considerada como la principal vía de contagio, se observaban cuadros de embriopatía que se relacionaban con infección prenatal en los primeros meses de vida producidos por el VIH. En varios análisis de fetos obtenidos por abortos terapéuticos apoyaban esta hipótesis. Sin embargo, en la actualidad varias condiciones cuestionan esta posibilidad ya que son pocos los neonatos que sufren de infección uterina, y estudios posteriores en fetos abortados con técnicas de análisis microbiológico no mostraron la presencia de del VIH¹⁸.

Desde el punto de vista teórico resulta posible que el VIH logre atravesar la placenta y se ha evidenciado que algunos niños evolucionan de forma precoz hacia el SIDA, muestran marcadores virales positivos en sangre periférica en los primeros días de vida. Por lo que debido a esto se sigue considerando una opción de transmisión¹⁸.

Transmisión intraparto

Se estima que cerca del 70% de las transmisión materno-fetal de VIH ocurre durante la labor de parto y parte de las razones de esto es que el VIH está presente en las secreciones y en la sangre en el canal de parto, lo que expone al feto a tener contacto con estas sustancias incluso al aspirar o deglutir estas puede determinar sufrir la infección del VIH¹⁸.

Este mecanismo es similar al que se da con el virus de la hepatitis B y el virus del herpes simple, que también infectan al neonato por esta vía. Existe menor frecuencia de contagios mediante la cesárea y también se ha visto que esto mejora por la eficiencia en la utilización de zidovudina. Diversos estudios han mostrado una reducción de aproximadamente 30 a 51% en el riesgo de transmisión de VIH en neonatos nacidos mediante la cesárea¹⁸.

Lactancia materna

Existen estudios diversos que han mostrado la presencia del VIH en la leche materna y en el calostro. En el recién nacido se manifiesta la aclorhidria y la inmadurez inmunológica de células intestinales, esto provoca que el virus pase con mayor facilidad desde la luz del intestino hacia el torrente sanguíneo¹⁸.

Kou et al. mencionan que en décadas anteriores se realizaron estudios donde se confirmaba que el virus podía ser transmitido fácilmente al neonato mediante la lactancia materna hasta en un 20% de los casos. Actualmente no se aconseja que las madres portadoras de VIH brinden lactancia natural, por lo que se recomienda realizar alimentación artificial y así evitar la mortalidad infantil¹⁸.

Existe evidencia que la lactancia materna aumenta el riesgo de transmisión materno fetal de VIH hasta en un 14% en el caso de la madre infectada previo al parto y hasta en un 30% a las madres que fueron contagiadas posterior al parto. Asimismo, hay evidencia de que se incrementa el riesgo en 4% por cada seis meses de lactancia materna¹⁹. Afirmando esta condición Kou et al. mencionan que después de 6 meses de lactancia materna el riesgo aumenta en 5% por lo que queda claro que no es preferible alimentar al neonato con leche materna¹⁸.

Por estas razones en muchos países no se recomienda la lactancia materna para alimentar al recién nacido, pese a los múltiples beneficios y toda la protección que la lactancia materna otorga. Actualmente existe relación de factores de riesgo como una carga viral alta, progresión clínica o inmunológica en la madre como lo es recuento de CD4 bajos y patologías maternas como lo son mastitis, abscesos, pezones fisurados¹⁹.

La probabilidad de transmitir el virus depende mayoritariamente en características propias de este, con la etapa o estado de la infección de la madre y con diversas condiciones obstétricas. Otros mecanismos que pueden facilitar el contagio al neonato pueden ser un rompimiento de la bolsa de líquido amniótico prematuramente y que él bebe degluta secreciones maternas, que se tomen muestras de la cabeza del bebe con agujas previo a nacer, que el parto sea prolongado, que no se aspiren las secreciones orales del neonato

inmediatamente al nacer y una muy importante que no se realice cesárea antes de que la madre sufra contracciones de parto¹⁸.

Consumir cigarrillos y alcohol por parte de la madre infectada durante el embarazo incrementa el riesgo de transmisión en los recién nacidos. También otros factores mencionados previamente como es el caso de abrasiones en pezón, infecciones de glándulas mamarias. Se ha documentado que la infección transplacentaria ocurre no solo debido a una disrupción de la barrera hematoencefálica si no también debido a infección de células del trofoblasto a partir de leucocitos infectados¹⁸. Pese a esto, no es claro si el virus por sí solo tiene la capacidad de penetrar la barrera.

Estudios in vitro han mostrado infecciones del sincitiotrofoblasto, así como fibroblastos placentarios infectados por VIH. Esto indica que el feto puede infectarse por contacto directo de una célula infectada del trofoblasto o por transcitosis del virus 18. Los neonatos presentan un sistema inmune inmaduro volviéndolos más susceptibles a sufrir transmisión materno fetal y posterior evolución rápida hacia el SIDA. Cerca del 15 al 20% de los niños durante el primer año de su vida ya han progresado a SIDA y el 29% presentan signos y síntomas de la enfermedad. La tasa de mortalidad en su mayoría predomina antes de los cuatro años de vida. Alrededor del 13% de los niños infectados verticalmente por VIH alcanzan los seis años de edad¹⁸.

El factor de mayor importancia para la transmisión vertical del VIH es sin lugar a duda la carga viral. Este riesgo por semana de gestación, será proporcional a la carga viral de la gestante y el riesgo se incrementa cuando la madre se encuentra en estado asintomático en una primera infección. Otra condición es el tipo de cepa viral, las madres que poseen cepas que se asocian con mayor a progresión de SIDA, se ha visto que estas cepas pueden transmitir más que las madres que no tienen estas cepas¹⁸.

El curso clínico en las pacientes gestantes no será distinto al de las pacientes no embarazadas, dependerá en gran mayoría de la infección en la que se encuentre, el tiempo que tenga de evolución y que tanto compromiso tenga el sistema inmune de la gestante, esto se puede determinar por la carga viral y el recuento de linfocitos CD4¹⁷. Al igual que las

pacientes no gestantes se puede dividir en categorías, en la categoría A se puede encontrar el síndrome retroviral agudo, la infección asintomática, y la linfadenopatía crónica generalizada¹⁷.

Dentro de la categoría B se pueden encontrar las llamadas oportunistas menores, y dentro de esta categoría también se encuentran los pacientes asintomáticos sin enfermedades indicadoras de sida, pero con algún compromiso de la inmunidad. Pueden presentarse vulvovaginitis candidiásica, candidiasis orofaríngea, neoplasia intraepitelial cervical, herpes, enfermedad pélvica inflamatoria y síntomas constitucionales de un mes o más de evolución¹⁷.

La categoría C constituye la última etapa de la infección por VIH, y en esta la característica es la presencia de infecciones oportunistas y tumores poco frecuentes, esta etapa evidencia una inmunosupresión severa, pueden incluirse candidiasis esofágica, enfermedades por citomegalovirus, sarcoma de Kaposi, linfomas, neumonías, etc.¹⁷.

Se ha establecido que el factor de riesgo de mayor importancia para la transmisión perinatal es la carga viral materna, a mayor sea esta carga viral, mayor es el riesgo de sufrir contagio.¹ Estos CD4 son inversamente proporcional al estado de infección, cuanto más avanzado se encuentre más bajo será el conteo. Para hablar de la fase sida se estima que el paciente debe poseer menos de 200 CD4¹⁷.

Repercusiones del VIH en el embarazo

Diferentes estudios realizados mostraron también relación entre las mujeres gestantes con VIH y la mayor incidencia de DM preexistente o de hipertensión crónica. Asimismo, se evidenció que estas pacientes son más propensas a utilizar cigarrillos, drogas y alcohol.¹⁷ También se ha establecido en algunos estudios que poseer infecciones de transmisión sexual concomitante a la infección por VIH aumentaron el riesgo de parto pretérmino, hemorragia postparto, corioamnionitis, preeclampsia, RCIU (restricción del crecimiento intrauterino)¹⁷.

Durante la gestación no se suele precipitar la progresión de la enfermedad por VIH, sin embargo, los estudios que se disponen involucran a gestantes con acceso a diferentes opciones en su tratamiento y a pacientes con ningún acceso a tratamiento mostrando resultados similares y coincidiendo que no existe progresión durante el embarazo¹⁷. Lo que se puede argumentar es que la gestación o la lactancia materna pueden llegar a precipitar el

desarrollo de la enfermedad. Tampoco existe evidencia de que exista mayor mortalidad de mujeres embarazadas con VIH, en relación con las infectadas no embarazadas¹⁷.

Sin embargo, existen más estudios que sugieren que el embarazo puede acelerar la progresión del VIH por una función inmunitaria modulada independientemente del estado serológico pero la evidencia científica que respalda es baja. Otros estudios como metaanálisis que comparan la progresión de la enfermedad con VIH, el recuento bajo de CD4, la muerte relacionada con VIH, o muertes relacionadas en mujeres embarazadas y no embarazadas con VIH han argumentado que en ausencia de terapia antirretroviral (TARV) la gestación puede asociarse a pequeños aumentos en el riesgo de varios resultados negativos para VIH sin embargo la evidencia es débil. Por lo que si la infección por VIH o la TARV predisponen a resultados perinatales adversos continúa siendo no concluyente¹⁷.

Existen evidencias pequeñas y de pocos estudios realizados que plantean una hipótesis de que el VIH puede llegar a aumentar el riesgo de padecer complicaciones directas durante la gestación. Esto puede ser explicado ya que las gestantes tienden a ser más vulnerables debido a un estado inmunológico comprometido y una mala salud general de las gestantes con VIH, asimismo, se ha determinado que estados de trombocitopenia asociados al VIH incrementan el riesgo de hemorragias en las embarazadas ¹⁷.

Otro factor es el social, pues cuando no se posee acceso oportuno a la atención médica, se puede incrementar el riesgo de padecer complicaciones obstétricas. Esto puede agravarse en las gestantes con VIH, asimismo, en algunos entornos se pueden enfrentar a discriminación y estereotipos que repercutan durante el curso de su embarazo ¹⁷.

Un estudio que se llevó a cabo en Nigeria con mujeres con VIH con atención intraparto comparo las gestantes que no recibieron TARV durante el periodo prenatal con gestantes que recibieron TARV de forma temprana. Se logró observar que en gestantes no tratadas desde el inicio con TARV padecieron RCIU, parto pretérmino y parto por cesárea. También se asoció que al no tratar la infección materna por VIH se encontrara una mayor incidencia de peso bajo al nacer, siendo inferior a 2500 gramos y se observó puntaje de Apgar menor a los 7 a los 5 minutos y se evidencio mayor ingreso a la unidad neonatal; por lo que se puede afirmar que la infección por VIH no tratada durante la gestación se asocia a un resultado perinatal adverso¹⁷.

Otros estudios realizados compararon la frecuencia de hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias e infecciones intrauterinas en mujeres infectadas y no infectadas con VIH. Se concluyó que, en partos vaginales se aumentaba el riesgo de padecer sepsis puerperal en gestantes con VIH. Mientras que para las otras complicaciones obstétricas la evidencia carece de importancia y los resultados no fueron concluyentes¹⁷.

Hipertensión arterial

Según diversos estudios muestran un aumento en las tasas de incidencia de preeclampsia en las mujeres que utilizan antirretrovirales. El riesgo se eleva de 2 a 3 veces que en mujeres no infectadas. Por lo que se puede determinar que existe un mayor riesgo de preeclampsia en mujeres VIH gestantes que en las no infectadas. Asimismo, se mostró también que tienen mayor riesgo de sufrir de forma más precoz esta complicación¹⁹.

Este incremento aún no tiene una clara fisiopatología, pero podría causarse debido a la toxicidad que generan los antirretrovirales de forma directa en hígado y riñón y con esto crear una condición similar a la preeclampsia. También se habla de factores vasculares, inmunológicos y genéticos. Por estas condiciones es de suma importancia realizar un adecuado control y seguimiento en las pacientes embarazadas¹⁹.

Diabetes gestacional

El embarazo como tal es un factor de riesgo asociado a alteraciones del metabolismo de la glucosa. Se conoce también que el VIH tiene aumento de la incidencia en alteraciones metabólicas, por lo que en gestantes con VIH se podría aumentar el riesgo de sufrir Diabetes gestacional. Estadísticamente, la gestante con VIH posee un riesgo más alto de 11.4% frente a un 2-5% en gestantes sin VIH, datos que pueden variar dependiendo de la zona geográfica y con los métodos y criterios diagnósticos utilizados¹⁹.

Con respecto a la mortalidad, se ha estimado que la mayoría de las muertes maternas relacionadas con VIH son por motivo indirecto, hay evidencia de que las gestantes infectadas con VIH presentan mayor riesgo de muerte por complicaciones obstétricas. Dentro de las principales se encuentran sepsis puerperal sobre todo posterior a cesárea y aborto. Se estima

que las gestantes con VIH sufren alrededor de 6 veces más de riesgo de presentar sepsis puerperal y tres veces más de fallecer por sepsis posterior al parto¹⁷.

2.1 Afectación en la vida diaria de la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana

El día a día de convivir con diagnóstico de VIH puede someter al individuo a situaciones o procesos complejos, donde se producen cambios en la dinámica familiar, modificaciones en el rol, limitaciones en el trabajo diario, y la adaptación a lo que conlleva una nueva condición de salud, donde se debe asistir a controles, exámenes y tratamientos de rutina, todo lo cual repercute a nivel psicosocial³.

Se ha establecido que las gestantes con VIH tienen una experiencia marcada por el miedo y la incertidumbre hacia el uso de los antirretrovirales y el contagio hacia el feto, esto provocando afectación en la salud física y emocional. Esta incertidumbre es provocada por la poca capacidad para entender los elementos que tiene la enfermedad, sobre todo aquellos relacionados a la mortalidad³.

Romero et al. Realizaron un análisis sobre la incertidumbre en gestantes con VIH y encontraron altos niveles de incertidumbre en las gestantes sobre todo en pronóstico, tratamiento y diagnóstico de la enfermedad. Dentro de las inquietudes que las gestantes mostraron está el desconocimiento acerca de cuánto tiempo llevara su enfermedad, cuando se sentirán mejor y con respecto al TARV desconocen cual será la repercusión directa sobre el VIH y no logran entender del todo este tema³.

Estar embarazada y tener diagnóstico de VIH es una situación difícil. En el estudio mencionado anteriormente se evidenció un alto grado de incertidumbre en la muestra analizada, apoyando los diversos estudios que también mencionan este padecimiento lo cual puede provocar consecuencias negativas en el desarrollo y salud de las gestantes y de sus familiares³.

Se establece además que una variable que puede permitir saber la evolución y el pronóstico de la enfermedad es la escolaridad. Si se cuenta con una adecuada escolaridad se puede minimizar la incertidumbre, estrés y se promueve la adopción de conductas saludables y una apropiada adherencia al tratamiento³. Se establece en estudios que las gestantes que poseen menor nivel socioeconómico y de escolaridad sufren mayor riesgo de presentar infección fetal y mayor cantidad de efectos adversos en comparación con las que tienen mejor posición socioeconómica y de escolaridad²⁰.

En su estudio Romero et al. no evidenciaron relación significativa en relación con la incertidumbre y el estado civil de la gestante, esto pese a que en otros estudios la convivencia de pareja ha sido un factor importante frente a enfermedades como el VIH por la percepción de apoyo y bienestar emocional. Se habla que el apoyo social, en su mayoría el familiar se vuelve una estrategia para la reducción de la incertidumbre³. Por otro lado, estudios muestran que la depresión se relaciona con el maltrato de la pareja durante la gestación está presente, Loyola et al. en su publicación mencionan un estudio en Zimbabue donde mostraron que un 22.7% de las gestantes sufrían este tipo de violencia²⁰.

Por otro lado, otros estudios evidencian que el principal sentimiento que tienen las gestantes con VIH es la angustia pues se les dificulta o no desean expresar lo que están viviendo. Se suma a esto el miedo al rechazo y los prejuicios que de las demás personas que las rodean. Por estas razones se plantea que durante la gestación existe un momento donde surgen dudas existenciales y las madres suelen preguntarse cuanto tiempo les queda de vida y luego perciben miedo y pánico relacionados a la transmisión materno fetal²⁰.

Esta angustia y el estrés que sienten las pacientes al recibir el diagnóstico de VIH, siendo lo más importante para estas el miedo de transmitir la enfermedad a sus hijos. También sienten temor acerca de la complejidad del tratamiento y de lo que esto pueda causarles a sus hijos, así como el rechazo social y la muerte³. Se ha destacado dentro de las experiencias de las gestantes con VIH la indiferencia y el maltrato provocado por un ambiente hostil que muchas veces es ocasionado por el mismo personal de salud, aumentando el miedo y la incertidumbre en las embarazadas³.

Si bien es cierto que la TARV de inicio temprano es beneficiosa para las gestantes con VIH y sus hijos, las embarazadas pueden llegar a generar desconocimiento e incertidumbre acerca de este tratamiento. También esto dependerá de factores económicos, sociales, culturales, que se relacionan con la adherencia al tratamiento. Por lo que es importante apoyar y orientar a las gestantes que sean vulnerables³.

Otra determinante es el acceso limitado a la educación sexual y el desconocimiento de información que repercute directamente ya que las gestantes no lograron tener acceso a métodos anticonceptivos, exámenes preventivos de laboratorio²⁰.

2.2 Manejo actual de las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana

Es importante estudiar por VIH a las gestantes debido a que muchas de estas van a ser diagnosticadas por primera vez durante el embarazo. Se ha visto desde hace años que técnicas como pruebas prenatales universales de VIH, TAR, parto programado por cesárea y la suspensión de la lactancia materna mostraron resultados positivos¹.

Es obligación del personal de salud el ofrecimiento a la gestante la realización de serología frente a VIH. Esta serología debe enviarse en la primera visita, previo a brindarle educación e información al respecto. Si no se conoce la situación serológica con respecto al VIH el momento del parto, o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de pruebas serológicas rápidas²¹.

2.2.1 Diagnóstico de VIH

Se considera indispensable para el diagnóstico de VIH en el embarazo la utilización de pruebas de laboratorio, ya que ninguna manifestación clínica es lo suficientemente específica para llegar al diagnóstico¹. La prueba de VIH es la herramienta más eficaz, facilita el diagnóstico temprano, evitando que la enfermedad se propague y aumentando la esperanza de vida y disminuyendo los costos de atención. Sin embargo, la cantidad de personas que se realizan esta prueba siguen siendo bajos.

Lo más oportuno es que esta infección sea diagnosticada previo al inicio de la gestación, y de no ser así lo más temprano al inicio de esta, esto con el objetivo de brindar tratamiento oportuno para evitar lo más que se pueda la transmisión perinatal¹⁷.

La infección viral por VIH provoca una respuesta inmunológica posterior a una intensa replicación viral, donde se incrementan los valores de ARN y de antígeno p24. Posterior a esto se incrementan los anticuerpos anti-VIH, en primera instancia las IgM y posterior los IgG¹.

Como lo es usual en las pruebas de laboratorio, los parámetros más importantes serán la sensibilidad y la especificidad de las pruebas. Donde la sensibilidad se entiende como la capacidad de la prueba para detectar de forma apropiada los sueros que contienen anticuerpos contra VIH, y la especificidad como la capacidad para identificar de forma apropiada los sueros que no contienen anticuerpos de VIH¹.

Depende del tipo de prueba que se utilice se puede detectar anticuerpos específicos contra el VIH 1 y 2, se determina la presencia propia del virus o el recuento de la carga viral, los más usuales son el test de Enzimoimmuno análisis de adsorción (ELISA), la prueba de tercera o cuarta generación, la carga viral y el western blot. De todos estos no hay alguno que reúna todas las condiciones requeridas idealmente.

Existen tres tipos fundamentales de pruebas para el diagnóstico de VIH: las pruebas de anticuerpos las combinadas y las pruebas de ácidos nucleicos. Se ha establecido que en un lapso de tres meses posterior al contacto es el tiempo en el cual la mayor cantidad de personas expresan anticuerpos contra el VIH. Se espera que en este tiempo ya los pacientes tengan resultado definitivo¹⁷.

Pruebas de tamizaje: Constituyen la primera línea, se caracterizan por tener adecuada sensibilidad, pueden ser pruebas rápidas, ELISA, antigenemia p24, quimioluminiscencia ¹. sangre, el cuerpo humano puede tardar alrededor de tres a doce semanas para que sean suficientes anticuerpos y sean detectados. Las pruebas denominadas ELISA de tercera generación acortan el periodo de ventana en 22 días¹⁷.

Este test es el más empleado para detectar anticuerpo anti-VIH, aunque no detecta directamente la presencia del virus, pero si la presencia de los anticuerpos contra este,

recortando el periodo de ventana como se mencionó anteriormente. Existen otras pruebas diferentes para la detección de anticuerpos, sin embargo, ELISA sigue siendo el más popular¹⁷.

Las pruebas de combinación (las que detectan anticuerpos y antígenos) se vuelven más comunes cada día, permiten la identificación del virus en tiempo más corto, de dos a seis semanas¹⁷. También se cuentan con pruebas rápidas, que necesitan poca cantidad de sangre y que pueden mostrar los resultados en aproximadamente media hora, estas poseen una sensibilidad levemente más baja a la de los exámenes serológicos habituales.

Estas pruebas pueden indicarse en situaciones donde se necesite un resultado rápido en el caso de gestantes que inician labor de parto que no tuvieron un adecuado control prenatal y sin tamizaje adecuado. Si el resultado resulta positivo se deberá iniciar de forma inmediata la profilaxis antirretroviral intraparto y neonatal esto hasta que se obtengan pruebas confirmatorias¹⁷.

A las gestantes que no se realizaron la prueba de VIH antes o durante el parto se deberá ofrecer pruebas inmediatamente en el postparto. De ser rechazada por la madre se deberá realizar la prueba rápida de forma inmediata en los neonatos ¹⁷. Resultados negativos serán negativos a no ser que la exposición se haya dado de forma muy reciente. Los resultados reactivos de las pruebas rápidas no son definitivos y necesitaran las pruebas confirmatorias. Es importante la asesoría a las pacientes sobre el significado y el proceder de estas pruebas¹⁷.

Con respecto a las pruebas confirmatorias es cada vez más común confirmar todos los resultados reactivos de sangre u otras muestras, incluidas aquellas cuyo objetivo principal no es diagnosticar la infección. Se pueden utilizar pruebas basadas en inmunoelectrotransferencia o western blot, inmunofluorescencia indirecta, etc. La de elección y más usada es western blot¹⁷.

Por su parte las pruebas de carga viral determinan la presencia del VIH en sangre, poseen periodo de ventana de entre 7 y 28 días. Estas pruebas son costosas y no son parte de la rutina diaria de detección de VIH¹⁷. La carga viral o concentración en plasma determina la cantidad de copias de ARN del virus, esta cuantificación y el recuento de células CD4, junto con el cuadro clínico son los pilares para el inicio y seguimiento de la TARV¹⁷.

Como se ha visto con anterioridad existen múltiples pruebas que deben ser realizadas con la finalidad de saber si se contrajo el virus, dentro de ellas están:¹⁸.

- Conteo de CD4
- Serologías para: sífilis, hepatitis B, hepatitis C, histoplasma y toxoplasma gondii
- Medición de carga viral
- Química sanguínea, pruebas de función hepática y citoquímica de orina
- Cuadro hemático completo con sedimentación
- Citología cérvico vaginal para detección de papilomavirus o herpes
- Reacción intradérmica con PPD

Durante el parto y posparto se debe ofrecer la realización de serología por VIH con test rápido o ELISA inmediato, esto dependiendo la disponibilidad con la que se cuente, a toda gestante que llegue en trabajo de parto o en posparto inmediato que no presente serologías previas en la gestación¹⁸.

2.2.2 Estrategias para el manejo del VIH en gestantes

Hay estrategias y programas enfocados con suficiente evidencia científica para lograr un adecuado diagnóstico y manejo del VIH. El esfuerzo para que dichos programas estén al alcance de la población ha provocado resultados alentadores donde se ha iniciado de forma oportuna y precoz la TARV disminuyendo así los contagios intrapartos¹⁷.

Dichas estrategias como el inicio de la TARV antes y durante la gestación incluido el parto y post parto van a mejorar sustancialmente la calidad de vida de las madres y los hijos. Si de lo contrario no se realiza esto el riesgo de transmisión perinatal puede elevarse hasta un 45%¹⁷.

Uno de los pilares en el manejo de las gestantes es un adecuado control prenatal, y realizar tamizajes para VIH durante estos controles es una estrategia fundamental, tanto en costo como en efectividad, ya que muchas de las mujeres que tienen diagnóstico de VIH se encuentran en edad reproductiva, lo que provocará que en su momento van a requerir TARV y podrían quedar embarazadas¹⁷.

Diferentes análisis han comparado gestantes que ya habían iniciado TARV, altamente efectiva (TARGA) y gestantes que estaban iniciando esta terapia al inicio del control prenatal, se evidenció la existencia de mayor mortalidad en las pacientes que habían iniciado la terapia prenatal más corta, por lo que está claro que los antirretrovirales durante el control prenatal poseen un impacto alto y positivo con relación a la mortalidad materna, junto con los recuentos de CD4 y el estado nutricional¹⁷.

Para esto es de vital importancia que las gestantes cuenten con acceso completo a los servicios de salud para el inicio a tiempo de los tamizajes requeridos, diagnósticos precoces y un tratamiento adecuado. Sin embargo, todavía en algunos países el inicio la adherencia y la persistencia en el tiempo con la TARV es baja, por lo que es vital comprender los factores que afectan esta intervención¹⁷.

Una vez realizado el diagnóstico de VIH en la mujer embarazada, se deben trazar varios objetivos y estrategias con el fin de minimizar la morbilidad materno perinatal y evitar el contagio perinatal. Esto se puede lograr si se cuenta con un equipo multidisciplinario que atienda la embarazada durante toda su gestación, por lo que se deben incluir especialistas en ginecología y obstetricia, infectología, perinatología, pediatría, personal de enfermería, psicología, nutricionista y trabajo social¹⁷.

Durante el control prenatal de la gestante hay ciertas consideraciones especiales que deben realizarse para garantizar un adecuado seguimiento, entre ellas una historia clínica completa donde se dé principal relevancia a la fecha del diagnóstico de VIH (en caso de que sea previo a la gestación) o si fue durante el tamizaje que se realiza durante el control prenatal. Es importante también recopilar datos relacionados a los mecanismos de transmisión, el consumo de psicoactivos y la evaluación del componente psicosocial por el mayor riesgo de estrés, depresión y ansiedad¹⁷.

Evaluación clínica

Durante la evaluación clínica se debe realizar el estadiaje clínico. Aquí se busca determinar el estado inmunológico, y saber en la etapa en la que se encuentra la enfermedad. Se debe conocer cuántas pruebas se ha realizado la paciente, cuáles se ha realizado y si ha tenido pruebas negativas¹⁷.

También es importante la búsqueda de otros diagnósticos asociados, como lo son tuberculosis, candidiasis bucal, leucoplasia pilosa oral, herpes, patología cervical, displasia anal, neumonías, sarcoma de Kaposi, alteraciones neurológicas, enfermedad pélvica inflamatoria, etc., así como también es importante el abordaje psiquiátrico para búsqueda de depresión, ansiedad, ideación suicida¹⁷.

Si la gestante ya comenzó la TARV se debe conocer sobre la fecha de inicio, duración del tratamiento, si ha tenido reacciones adversas, la respuesta virológica y la adherencia al tratamiento. También evaluar los comportamientos de riesgo como el no utilizar condón, uso de jeringas, drogas, contactos sexuales, si tiene o no pareja estable, si tiene hijos es importante conocer el estado serológico de estos. Asimismo, se debe realizar un examen físico extenso en búsqueda de alteraciones que sugieran progresión de la infección u otras complicaciones como se mencionaron anteriormente¹⁷.

Otra pauta del manejo es la realización de estudios ecográficos tempranos, durante el primer trimestre, con el fin de conocer en forma adecuada la edad gestacional. lo que además permite conocer embarazos múltiples, riesgos de aneuploidías¹⁷.

Kou et al. menciona que el Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona han sugerido pautas para dar un correcto trato a gestantes infectadas con VIH Señalando que es importante que la paciente cuente con una referencia a infectología para inicio o ajuste del tratamiento antirretroviral, ajustado a cada paciente involucrando aspectos obstétricos¹⁸.

Otra indicación es suplementación con ácido fólico con 5mg en las gestantes que iniciaron TARV, así como administrar suplementación de hierro tomando en cuenta parámetros analíticos y también es de suma importancia mantener actualizado el esquema de vacunación, que incluye:¹⁸.

- Vacunación antineumocócica en pacientes que no hayan recibido nunca la vacunación. De elección a partir de las 14 semanas.

- Vacunación hepatitis B en pacientes no vacunadas y previa comprobación de ausencia de inmunidad. De elección a partir de las 14 semanas.

- Vacunación hepatitis A en pacientes con ausencia de inmunidad comprobada. De elección a partir de las 14 semanas.

También es importante la evaluación sobre tuberculosis para el tratamiento. En gestantes que no tengan otro factor de riesgo o comorbilidades, y que no posean un estudio previo puede indicarse la cuarentena. De tener otro factor de riesgo esta se realizará durante la gestación. De tener resultados positivos en la prueba de PPD se deberá remitir para descartar tuberculosis activa y valorar el inicio de tratamiento¹⁸.

En general durante el tiempo de gestación, la paciente embarazada con VIH debe tener los mismos cuidados que el resto de las gestantes. Es importante mantener una adecuada limpieza personal, higiene de manos, de ropa y en mayor medida de la zona genital ¹⁸ y en cuanto a la alimentación es fundamental que las gestantes con VIH tengan una dieta rica en alimentos frescos como verduras y frutas, asegurando su adecuada cocción y limpieza. Debe asegurarse de no consumir carne poco cocida y se recomienda ingerir una cantidad suficiente de leche, al menos de 2 a 3 tomas diarias¹⁸.

Otra recomendación importante es evitar que las gestantes tengan contacto con personas enfermas con padecimientos transmisibles tal es el caso de varicela o rubéola. También es recomendado evitar contacto directo con animales que no tengan un adecuado control, en especial con gatos ¹⁸, en suma resulta esencial mantener un estilo de vida saludable, que involucre ejercicio moderado, así como evitar el consumo de alcohol, tabaco y otro tipo de drogas. Además, ante cualquier signo o síntoma de infección la gestante deberá acudir cuanto antes a un centro médico¹⁸.

2.2.3 Terapia antirretroviral

Se estima que en 2019 cerca del 85% del aproximado de 1.3 millones de embarazadas por VIH en todo mundo recibieron TARV para prevenir la transmisión a sus hijos ¹. La TARV puede mantener rangos bajos de transmisión perinatal de aproximadamente 1-2% o menos cuando la carga viral materna se mantenga indetectable y esto es independiente a la vía de parto. La evidencia es clara al indicar que el inicio temprano de la TARV es beneficioso para las pacientes con VIH, y por esto es de vital importancia que las gestantes con VIH sean identificadas con precisión y de forma temprana¹⁷.

La TARV está indicada para todas las gestantes que presenten diagnóstico de VIH, sin importar el recuento de CD4 y si cursa o no asintomática. Se cuentan con estudios que evidencian el claro beneficio de iniciar tempranamente la TARV. Cuando esto se logra se

observa menor deterioro inmunológico, disminuyendo la incidencia de enfermedades relacionadas. Esta terapia también deben mantenerla de por vida para minimizar el riesgo de transmisión a parejas e hijos¹⁷.

La TARV es una indicación universal en pacientes con diagnóstico de VIH. En el transcurso de la gestación es importante utilizarlos para prevenir la transmisión vertical siendo su objetivo fundamental conseguir cargas virales indetectables de forma temprana¹⁹.

La TARV usualmente inicia con la combinación de 3 fármacos (triple terapia) Estos fármacos tienen la característica de poseer muy pocos efectos secundarios y su forma de administrar es sencilla. El inicio de este tratamiento deberá darse en cuanto se dé el diagnóstico de VIH, siendo relevante lograr una adecuada adherencia al tratamiento, que si no se toma de forma regular y apropiada puede favorecer a la progresión de la enfermedad y la disminución de los linfocitos CD4. Otra repercusión es que puede desarrollarse resistencia por parte del virus a los fármacos antirretrovirales ¹⁹.

Esto sucede desde 1994 donde se evidenció que la profilaxis con zidovudina en las gestantes embarazadas podía disminuir la infección perinatal hasta en un 67%. Estudios posteriores también demostraron que los resultados beneficiosos también podían generarse en gestantes con enfermedad avanzada²².

En Costa Rica se establece la pauta de realizar cesárea electiva a las pacientes gestantes con infección por VIH y tanto el uso de la zidovudina como la cesárea electiva son herramientas fundamentales para la disminución del contagio perinatal, ya que con estas dos intervenciones se ha logrado la reducción de transmisión vertical hasta en un 2% ²².

Porras et al. mencionan que durante los últimos años existe evidencia que fundamenta que la profilaxis con zidovudina a la TARV triple, para la totalidad de las gestantes con VIH con la finalidad de lograr una carga viral no detectable en el segundo trimestre del embarazo²².

Como se mencionó, existe evidencia de que el uso de la triple terapia antirretroviral sumado a la cesárea electiva se disminuye la posibilidad de transmisión perinatal., sin embargo, existen reportes de transmisión en gestantes con todos los niveles de carga viral, inclusive los no detectables²².

Asimismo, la suspensión de la lactancia y el uso de zidovudina profiláctica en los recién nacidos logran reducir aún más el contagio perinatal. Los resultados conjuntos de aplicar apropiadamente todas las actividades preventivas de contagio perinatal predicen la posibilidad de tener cero contagios en un futuro²².

Por otra parte, hay diversas clases de familias de medicamentos y son clasificados en función a su mecanismo de acción T. El tratamiento con antirretrovirales en la gestante infectada por VIH busca lograr la supresión completa del ARN del VIH en plasma para el tercer trimestre o para el momento del parto, De lo que dependerá el riesgo de transmisión es de la vía de parto y de factores maternos como la carga viral, el número de linfocitos T CD4+ y el dar o no lactancia materna²². Los fármacos antirretrovirales en general se desarrollan basándose en el ciclo de vida del VIH. Se produce una inhibición de las 3 enzimas transcriptasa inversa, integrasa y proteasa utilizadas por el virus para replicarse o adherirse a células¹⁹.

Estos fármacos muestran diferencias farmacocinéticas en las gestantes con respecto a otro grupo de pacientes, pero existe desconocimiento sobre los efectos secundarios de estos medicamentos sobre los niños a mediano y largo plazo. Se ha documentado que, durante la gestación, algunos cambios en la tolerancia gastro intestinal van a provocar dificultades en el tratamiento por lo que la evidencia apunta a que estos antirretrovirales provocan diversos efectos secundarios gastro intestinales²².

Para la elección de la TARV, se debe tomar en cuenta a la gestante y al hijo, y se debe discutir con la madre y posterior al acuerdo del equipo interdisciplinario se deberá elegir el mejor tratamiento. Estos fármacos reducen la transmisión perinatal debido a que bajan la carga viral materna preparto y brindan al neonato profilaxis pre y post exposición la razón por la que todas las mujeres embarazadas infectadas por VIH, independientemente de su carga viral, deben recibir terapia antirretroviral partir de la doceava semana de gestación o cuando sean detectadas²².

Porrás et al. afirman que las gestantes con VIH van a ser candidatas para recibir la terapia triple de fármacos antirretrovirales, para lo cual se pueden usar los siguientes esquemas de tratamiento²².

1. Zidovudina (AZT, Retrovir)

a. Presentación: cápsulas de 100 mg o tabletas de 300 mg

b. Dosificación: 300 mg c/12 horas vo a partir de la semana 12, o al momento de su detección y durante todo el embarazo

2. Lamivudina (3TC, Epivir)

a. Presentación: comprimidos 150 mg

b. Dosificación: 150 mg c/12 horas

3. Lopinavir/Ritonavir (LPV, Kaletra)

a. Presentación: tabletas 200/50 mg

b. Dosificación: 2 tabletas c/12 horas durante el 1er trimestre, 3 tabletas c/12 horas a partir del 2do trimestre

Si las gestantes ya han iniciado la TARV antes del inicio del embarazo se le debe explicar a la madre la terapia propuesta que abarque la gestación, el parto y el periodo neonatal, explicando los efectos adversos, contraindicaciones y ventajas y desventajas para el neonato²².

También se debe brindar una recomendación de interrumpir el tratamiento hasta la semana 12 en caso de que el diagnóstico de embarazo se realice antes de esta y exista falla de por dosis reducidas o intermitentes provocadas por la hiperémesis gravídica. Si lo anterior no está presente se debe continuar con la TARV que la gestante está recibiendo²².

Se debe suspender lo antes posible la utilización de Efavirenz y cambiarlo por Lopinavir /Ritonavir y explicar a la madre el riesgo del uso de Efavirenz. Cuando la gestante se presenta con embarazo mayor a 12 semanas y presenta carga viral no detectable se debe mantener con la TARV sin modificarla, pese a que contenga Efavirenz y no Zidovudina. Si presentan carga viral detectable es imprescindible modificar el tratamiento para lograr la supresión viral. En la totalidad de las gestantes con TARV a partir del segundo trimestre se deberá aumentar la dosis de Lopinavir/Ritonavir a tres tabletas cada 12 horas²².

Imagen 2. Uso de antirretrovirales durante el parto

Terapia ARV durante el embarazo

1. Zidovudina (AZT, Retrovir®)
 - a. Presentación: cápsulas de 100 mg o tabletas de 300 mg
 - c. Dosificación: 300 mg c/12 horas vo a partir de la semana 12, o al momento de su detección y durante todo el embarazo
2. Lamivudina (3TC, Epivir®)
 - a. Presentación: comprimidos 150 mg
 - b. Dosificación: 150 mg c/12 horas
3. Lopinavir/Ritonavir (LPV, Kaletra®)
 - a. Presentación: tabletas 200/50 mg
 - b. Dosificación: 2 tabletas c/12 horas durante el 1^{er} trimestre
3 tabletas c/12 horas a partir del 2^{do} trimestre

Terapia ARV durante la labor de parto

1. Zidovudina intravenosa (AZT, Retrovir®)
 - a. Presentación: frascos de 20 ml con 200 mg, es decir, 10 mg por ml.
 - b. Dosificación: dosis de carga: 2 mg/K de peso corporal IV a pasar en la 1ra hora. Dosis de mantenimiento: de 1 mg/kg de peso corporal IV por hora hasta el nacimiento, independientemente de la duración de la labor de parto.
 - c. Preparación: diluir 1 frasco de AZT iv (200mg en 20 ml) en solución de Dextrosa al 5% o solución salina; la concentración no debe exceder 4 mg/ml. Se recomienda diluir los frascos 1 en 180 ml, 2 en 360 ml, o 3 en 540 ml, para producir una solución de 1mg/ml. La solución preparada es estable 8 horas a temperatura ambiente, o 24 horas en refrigeración.
 - d. En caso de cesárea programada, iniciar la Zidovudina IV con las indicaciones anteriores, 3 horas antes del inicio de la cirugía, y luego mantener la infusión hasta que se complete el nacimiento.
2. Si no hay Zidovudina intravenosa disponible: mantener la Zidovudina por vía oral, 300 mg (3 cápsulas) cada 3 horas durante el periodo de labor y hasta el nacimiento, administrando la última dosis 3 horas antes de la cesárea. Se puede utilizar el AZT que la madre ha estado tomando durante el embarazo. Se puede asociar 3TC oral en dosis de 150 mg c/12 horas.

Fuente: Tomado de referencia 22

Clasificación fármacos antirretrovirales

Inhibidores de transcriptasa inversa nucleósidos

Las combinaciones de estos fármacos se pueden utilizar en el embarazo de igual forma que en otros pacientes infectados por VIH. Algunos estudios sugieren una menor mineralización ósea en recién nacidos cuya madre fue tratada con tenofovir, sin embargo, recientes revisiones sistemáticas no confirman este hecho ²¹, mientras que la Zidovudina históricamente se ha convertido en el fármaco clave en la prevención de la transmisión vertical, sin embargo, si se puede utilizar Abacavir o Tenofovir se ha demostrado que la

Zidovudina es inferior en eficacia y toxicidad²¹, mientras que fármacos como Estavudina y Sisanosina son fármacos tóxicos y por lo tanto no deben ser utilizados bajo ninguna indicación en las gestantes con VIH. No se cuenta con datos suficientes en cuanto a farmacocinética y seguridad de tenofovir Alafenamida²¹.

Inhibidores de transcriptasa no nucleósidos

La Nevirapina es un fármaco que no se recomienda debido a que tiene escasa potencia en comparación con otras alternativas como tercer fármaco. Sin embargo, se sabe de la amplia experiencia y seguridad de este fármaco durante el embarazo por lo que si la gestante ya se encuentra tomando este medicamento y la infección está bien controlada puede mantenerse²¹.

El Efavirenz es un fármaco potente, pero presenta un perfil de efectos adversos importantes que han hecho que se convierta en un medicamento alternativo presente en las guías de tratamiento, y sigue siendo bastante utilizado en países de menos recursos. Estudios de teratogenicidad muestran que el riesgo relativo de presentar defecto de nacimiento en niños expuestos a Efavirenz durante el primer trimestre es similar al de los que no se expusieron. Uno de los fracasos virológicos en el tercer trimestre es la modificación del tratamiento durante la gestación, y se debe evitar incluir este fármaco, pero si ya es parte del esquema de TARV se puede valorar mantenerlo²¹.

Con respecto a la Rilpivirina, es un fármaco que posee estudios de farmacocinética durante el embarazo, las concentraciones disminuyen entre 20-30% durante el embarazo en el segundo y tercer trimestre. En general, los datos de pacientes analizadas tratadas con este medicamento son muy bajos para lograr tener conclusiones significativas con respecto a su teratogenicidad, por lo que de ser preferible se aconseja utilizar un fármaco con mayor experiencia durante la gestación²¹.

Otro fármaco de este grupo es Etravirina, del que se cuentan con casos anecdóticos que se han publicado acerca de que en las gestantes se produce fracaso virológico, pero los datos que se ofrecen de seguridad y farmacocinética durante la gestación son insuficientes para poder recomendar su utilización²¹.

Inhibidores de proteasa

Existe controversia con relación al potencial riesgo de prematuridad por la utilización de esta familia de medicamentos y existen recientes publicaciones que afirman que esta relación existe, mientras que otros estudios realizados en África y Europa aportan datos que sugieren que este efecto no sería específico de este grupo de medicamentos, en especial si se usan previo a la concepción. En cualquier caso, no se han relacionado con prematuridad grave.

Por mecanismos que todavía no están claramente estudiados y establecidos se genera un desbalance de citoquinas placentarias en mujeres con tratamiento antirretroviral, en años atrás han sido los fármacos más utilizados y efectivos, asociando disminuir la transmisibilidad por debajo del 1%²¹.

Otra condición de esta familia de medicamentos es que, dadas las características específicas farmacocinéticas del embarazo, puede llegar a producirse un descenso de los niveles de los inhibidores de la proteasa durante el embarazo especialmente en el tercer trimestre²¹.

La utilización de Lopinavir/Ritonavir a menudo no suele producir fracaso virológico, es recomendable monitorizar los niveles del fármaco para evaluar la necesidad de aumentar las dosis. Este fármaco ha sido muy utilizado, sin embargo, en la actualidad se considera un fármaco alternativo por su perfil de efectos adversos y por la necesidad de utilizar dos dosis diarias²¹.

Atazanavir + Ritonavir cuentan con la ventaja que debe ser administrado solo una vez al día. Hay estudios que demuestran que es seguro durante la gestación. Existe interacción entre el Tenofovir y Atazanavir por lo que, en pacientes pretratadas con este, el esquema de tratamiento sugiere la utilización de una dosis de 400/100 mg de Atazanavir y Ritonavir respectivamente ²¹.

Inhibidores de la integrasa

Actúan diferente del resto de las familias, y realizan un bloqueo en el paso de la transferencia de hebra del proceso de integración ¹⁹. Estos fármacos se han utilizado en los últimos años en acompañantes de elección de los Inhibidores de transcriptasa inversa

nucleósidos a la hora que se inicia tratamiento en pacientes con VIH. Poseen una excelente eficacia, y en general poseen pocos efectos adversos y pocas interacciones. Los estudios durante el embarazo son limitados, aunque progresivamente crecientes. Teóricamente esta familia tiene una ventaja teórica de una disminución más rápida de la carga viral, lo cual puede ser una ventaja en los casos que las mujeres gestantes conocen su situación de infectadas por VIH con la gestación avanzada²¹.

Entre ellos existen:

Dolutegravir: según la información actual en farmacocinética, eficacia y seguridad es un fármaco seguro para el embarazo y se considera el fármaco de elección cuando se da el diagnóstico de VIH ya sea antes o durante la gestación ¹⁹. Suele administrarse solo o combinado. Su experiencia durante el embarazo todavía es muy limitada. Diversos estudios que se han realizado no observaron malformaciones congénitas, tampoco hubo caso de incidencia de partos prematuros, bajo peso al nacer, aborto o muerte neonatal²¹.

Dentro de sus beneficios se ha visto que reduce de forma rápida la carga viral, es de los mejores tolerados, y tiene porcentajes más altos de supresión viral ¹⁹ mientras que datos del pasado sugerían el uso de Dolutegravir con la aparición de defectos en el tubo neural, sin embargo, las evidencias no son claras, y en la actualidad no se ha establecido un vínculo claro entre el uso de Dolutegravir y alguna alteración en el metabolismo del folato¹⁹.

Con respecto a la farmacocinética, la evidencia sustenta que no es necesario realizar ajuste de dosis durante la gestación debido a que este fármaco no es capaz de transferirse por medio de la placenta; y también se establece que los niveles del fármaco son más bajos durante el tercer trimestre sobre los recopilados posterior al parto ¹⁹.

Raltegravir: Es otro fármaco de elección utilizado en inicio de tratamiento en el embarazo. Este medicamento descompone rápidamente al VIH provocando con esto un alto grado de supresión viral en el momento del parto ¹⁹ y es el que mayor experiencia posee, tiene buena tolerancia y pocas interacciones, aunque en algunos casos se han descrito casos de hipertransaminasemia por lo que se debe monitorizar²¹.

Puede administrarse como tercer fármaco. Además de la potencial utilidad de Raltegravir en mujeres embarazadas con virus resistentes a fármacos de primera línea se ha

sugerido que debido a su buen paso transplacentario y la rápida caída que produce en la carga viral podría ser también de utilidad en gestantes que son diagnosticadas tardamente y que llegan a las últimas semanas de embarazo con niveles elevados de carga viral²¹. Durante la gestación se administra dos veces al día, debido a que los niveles son muy bajos cuando solo se administra una dosis poniendo en riesgo la disminución de la carga viral¹⁹.

Bictegravir: Es un fármaco recomendado para administrar a mujeres adultas no gestantes, aunque no hay mucha evidencia sobre la farmacocinética durante el embarazo, por lo que es desconocido si pudiera ocasionar defectos en el tubo neural¹⁹.

Elvitegravir: No cuenta con respaldos científicos que mencionen la farmacocinética y farmacodinamia durante la gestación. Su uso no se recomienda durante el embarazo debido a que posee niveles terapéuticos bajos¹⁹.

Carbotegravir: Este fármaco tampoco posee estudios que avalen su uso durante la gestación. Podría utilizarse en no embarazadas. Asimismo, no se recomienda como terapia de inicio o de reinicio de TARV¹⁹.

Teratogenia de la TARV

Los fármacos actuales poseen mayor seguridad y menores efectos adversos que los antirretrovirales clásicos. Estos tienen mayor vínculo con efectos adversos como mielopatía, miopatía, neuropatía periférica, trastornos metabólicos y con respecto a la actual terapia antirretroviral no se dispone de mucha información sobre los efectos adversos en las gestantes¹⁹.

No existen estudios suficientes que relacionen el uso de TARV y la incidencia de malformaciones congénitas, sin embargo, los estudios observacionales que se disponen no muestran índices superiores en gestantes expuestas al uso de antirretrovirales en comparación con madres no expuestas¹⁹.

Actualmente es considerado seguro el uso de fármacos antirretrovirales durante cualquier trimestre de la gestación, esto incluyendo fármacos de primera elección como Dolutegravir o Efavirenz. Se estima que la teratogenia es baja cuando se usa Dolutegravir en el primer trimestre, sin embargo, su uso debe ser consensuado con la gestante para su uso

preconcepcional y durante las primeras 6 semanas y no hay indicaciones para suspender este fármaco luego de las 6 semanas y tampoco justifica una interrupción del embarazo¹⁹.

Con respecto al uso de Dolutegravir y la relación con malformaciones congénitas, se dispone de un estudio denominado Tsepamo realizado durante 2018, este estudio muestra tasas de 0.19% de defectos en tubo neural en hijos de madres que utilizaban este fármaco. La tasa de defectos en hijos de mujeres sin VIH fue de 0.07% por lo que las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas¹⁹.

Inhibidores de entrada

Enfuvirtide es un fármaco que se administra de forma subcutánea, está indicado únicamente en la paciente que muestra fracaso a varias familias. En el embarazo su experiencia es bastante limitada, posee pobre o nulo paso de la barrera placentaria. Se ha utilizado en combinación con otros fármacos en pocas embarazadas, sobre todo en gestantes infectadas con virus multirresistentes²¹.

2.2.4 Manejo de la gestante con VIH durante la labor de parto

Como se ha mencionado con anterioridad el riesgo de transmisión madre hijo se incrementa en mayor medida durante la labor de parto explicable por las micro transfusiones de sangre cuando se dan las contracciones uterinas, luego de una ruptura de membranas o que el feto degluta secreciones con contenido viral¹⁹.

Por estas razones es de vital importancia realizar un adecuado y oportuno manejo de las gestantes mientras se encuentren en labor de parto y uno de los manejos más eficaces y oportuno es el tratamiento farmacológico. Para esto el fármaco de elección para utilizar antes de todo parto en gestantes con VHI es la utilización de Zidovudina sola o en conjunto con otros fármacos antirretrovirales¹⁹.

El esquema utilizado de la Zidovudina consiste en administrar una carga inicial de 2mg/kg IV suministrados en una hora. Luego de esto se administra una infusión continua de 1 mg/Kg cada hora hasta que se finalice la labor de parto¹⁹. En caso de que se programe cesárea se deberá administrar el esquema 3 horas antes de la realización de esta¹⁹.

Según porras ²² et al. a nivel de Costa Rica, se encuentra con el siguiente esquema de terapia antirretroviral durante la labor de cada parto de gestantes infectadas con VIH.

1. Zidovudina intravenosa (AZT, Retrovir)

a. Presentación: frascos de 20 ml con 200 mg, es decir, 10 mg por ml.

b. Dosificación: dosis de carga: 2 mg/K de peso corporal IV a pasar en la 1ra hora. Dosis de mantenimiento: de 1 mg/kg de peso corporal IV por hora hasta el nacimiento, independientemente de la duración de la labor de parto.

c. Preparación: diluir 1 frasco de AZT IV (200mg en 20 ml) en solución de Dextrosa al 5% o solución salina; la concentración no debe exceder 4 mg/ml. Se recomienda diluir los frascos 1 en 180 ml, 2 en 360 ml, o 3 en 540 ml, para producir una solución de 1mg/ml. La solución preparada es estable 8 horas a temperatura ambiente, o 24 horas en refrigeración.

d. En caso de cesárea programada, iniciar la Zidovudina IV con las indicaciones anteriores, 3 horas antes del inicio de la cirugía, y luego mantener la infusión hasta que se complete el nacimiento.

Si el centro médico no cuenta con zidovudina intravenosa, se podrá sustituir administrando Zidovudina oral en dosis de 300 mg cada 3 horas. Se agregará también Lamivudina en dosis de 150 mg cada 12 horas vía oral, durante el periodo de labor de parto ²².

2.2.5 Elección de vía de parto

La planificación y la vía de parto más adecuada para las gestantes debe darse de forma individual y para ello debe tomarse en cuenta la carga viral de la madre y así garantizar en mínimo riesgo de transmisión vertical y la reducción de la mortalidad y morbilidad materno y fetal¹.

Para tomar una decisión acerca de la vía de parto se debe garantizar que sea tomada en conjunto con el personal médico y la madre, teniendo presente la carga viral de la gestante, esto podría darse entre las semanas 34-36 de gestación. También debe contemplarse el uso

de terapia combinada, condiciones cervicales, deseos de la paciente y la integridad de las membranas amnióticas¹.

Como se ha visto anteriormente el parto es el momento donde se produce la mayor cantidad de casos de transmisión materno fetal¹⁸. Durante este momento puede ocurrir hasta 65% de la transmisión perinatal²². La planificación y la vía de parto más adecuada para las gestantes debe darse de forma individual y para ello debe tomarse en cuenta la carga viral de la madre y así garantizar en mínimo riesgo de transmisión vertical y la reducción de la mortalidad y morbilidad materno y fetal¹.

Como se discutió con anterioridad, lo que explica esta transmisión son eventos como micro transfusiones sanguíneas durante el periodo de contracción, ascenso del virus a la vagina y cérvix, cuando hay ruptura de membranas y con la absorción intestinal del VIH en el recién nacido. Para esto existe gran cantidad de evidencia médica que sustenta que la cesárea electiva programada para las 38 semanas de edad gestacional disminuye por si sola el riesgo de contagio perinatal²².

Porras et al.²² afirman que ante la evidencia con la que se encuentra descrita las recomendaciones en cuanto a elección de vía de parto son las siguientes:

Cesárea programada, independientemente de la carga viral que la mujer tenga durante el embarazo.

Mujeres VIH+ que reciben TARV triple: parto por cesárea programada a la semana 38 de gestación.

Mujeres VIH+ en quienes se indica un parto por cesárea programada que no es posible realizar: vía de parto vaginal, con el mínimo de trauma posible, no instrumentado y sin ruptura artificial de membranas.

Mujeres VIH+ que inician labor de parto con o sin ruptura de membranas: frente a la importancia de que el niño nazca lo antes posible, escogencia de la vía de parto que logre esto más rápidamente. La urgencia para acelerar el parto es mayor si hay ruptura de membranas. Cuando se elija la vía vaginal, esta debe ser lo más rápida y menos instrumentada posible.

Mujeres en pre-labor o labor, con condición serológica para VIH desconocida: realización de PR-VIH o ELISAVIH y comunicación inmediata del resultado a los médicos tratantes. Si la prueba rápida es positiva, tomar muestra de sangre para ELISA-VIH y Western-Blot VIH, y en un tubo con EDTA, una muestra para carga viral. Indicación de AZT IV en labor, y vía de parto por cesárea en caso de emergencia.

Parto vaginal

Se ha establecido que las gestantes infectadas con VIH que reciben terapia antirretroviral oportuna y tiene carga viral menor a 400 copias pueden ser candidatas para tener un parto vaginal de forma segura, en ausencia de factores de riesgo obstétrico. Además, se deben de cumplir varios requisitos obstétricos para la realización de parto vaginal¹⁸:

- Tratamiento antirretroviral combinado (triple terapia) durante la gestación.
- Edad gestacional mayor a 34 semanas
- Viremia indetectable (entre las 34-36 semanas)
- Adecuado control prenatal y buena adherencia al tratamiento terapéutico

Cesárea

Cuando se decide realizar cesárea electiva se suele programar a las 38 semanas si la indicación es la propia infección por VIH por el riesgo más elevado de transmisión vertical si se inicia la dinámica uterina o se inicia una amniorrexis espontánea y siempre deberá administrarse Zidovudina endovenosa profiláctica 4 horas previas a la cesárea ¹⁸. Pero, puede realizarse a las 39 semanas cuando las gestantes estén en tratamiento antirretroviral combinado, con adecuado control y una carga viral indetectable y si existen indicaciones por razones obstétricas o propia decisión de la madre ¹⁸.

Con respecto a la realización de cesárea como vía de parto, hay estudios que establecen que la resolución de embarazo por esta vía disminuye la tasa de transmisibilidad hasta 0.26% y en 1.1% para parto vaginal planificado. Cuando se decide realizar cesárea electiva el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras recomienda que se realice este

procedimiento a las gestantes con diagnóstico de VIH que presenten un nivel de ARN viral mayor a 1.000 copias / ml durante el momento cercano a la realización del parto¹⁹.

Cuando las pacientes embarazadas presenten un ARN viral menos a 1.000 copias / ml no se presenta evidencia clara acerca de que se deba realizar cesárea electiva programada, por lo que en estos casos podría realizarse a las 38 semanas de gestación¹⁹.

2.3 Propuesta de educación continua para las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana

En materia de educación continua se vuelve importante la prevención de la transmisión vertical del VIH, y se considera un reto para el personal de salud y para la misma sociedad. Las políticas, programas e intervenciones sanitarias para prevenir la transmisión vertical de la enfermedad deben ser abordadas de forma global, es decir, de forma social, cultural y de género¹.

Las pacientes embarazadas deben mantener educación y se les debe brindar información de las diferentes estrategias preventivas en temas de contagio y sobre todo para evitar el contagio perinatal y se debe brindar asesoría con respecto a la TARV, la vía de terminación de su gestación, evitar la lactancia materna, que se ha visto en las últimas guías que es una recomendación estándar¹⁷.

Las mujeres con infección de VIH que quieran quedar embarazadas deben recibir asesoramiento y formar parte de la práctica clínica para evitar el nacimiento de niños con diagnóstico de VIH. Si se logra identificar de forma temprana la infección en la mujer gestante se puede frenar de forma eficiente la transmisión perinatal, esto siempre y cuando se asegure el acceso al tratamiento antirretroviral y el control obstétrico²¹.

Recomendaciones previas al embarazo

El objetivo fundamental radica en intentar planificar el embarazo en la mejor etapa clínica posible, para poder minimizar riesgos en la mujer, en la pareja y en el feto antes que se alcance la fase óptima clínicamente hablando que incluya un adecuado control virológico

e inmunológico, buena adherencia al tratamiento y adecuado seguimiento clínico, se debe brindar educación que evite la gestación no planeada²¹.

Algunas de las recomendaciones para una adecuada educación preconcepcional son: mantener hábitos saludables, tener actualizado el esquema de vacunas, utilización de ácido fólico previo a la gestación, optimizar el control clínico, educar sobre el riesgo de transmisión perinatal, brindar diferentes opciones reproductivas para lograr una gestación con el mínimo riesgo de transmisión y realizar una valoración básica sobre fertilidad²¹.

También es importante que la gestante reciba información clara y precisa sobre complicaciones que puede tener en las gestaciones para crear conciencia y educar para poder prevenir estas, tales como parto pretérmino, THE, aborto, sepsis, muerte fetal, etc.¹⁷.

Porras et al. mencionan que basados en la evidencia publicada, la Comisión Clínica de VIH (CC-VIH) de la Caja Costarricense de Seguro Social, recomienda la siguiente guía de manejo para prevenir la transmisión perinatal del VIH. Esta estrategia se puede aplicar en el momento cuando se inicie el control prenatal y se sustenta en cuatro elementos:²²

- Tamizaje de la embarazada en la primera consulta prenatal, idealmente durante el primer trimestre, aunque puede efectuarse en el momento de inicio del control prenatal.

- Notificación inmediata de pruebas de tamizaje positivas al área de salud correspondiente, para ubicar a la paciente lo más pronto posible, y continuar con las medidas preventivas de la transmisión materno fetal.

- Disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales en las presentaciones oral (tabletas y solución) e intravenosa indicadas en estas guías. El personal de salud encargado de ofrecer estos medicamentos debe conocer su dosis y utilización, efectos adversos, contraindicaciones y consecuencias reportadas sobre el feto y el recién nacido, en procura de ofrecer la consejería adecuada a la madre VIH+.

- Educación continua del personal de salud en todos los niveles de atención, para que la estrategia se desarrolle sin interrupciones ni errores.

Actividades para educación y prevención

Al acudir a la primera consulta prenatal, las gestantes deben recibir una adecuada y completa consejería sobre los beneficios del tamizaje prenatal por VIH. Una vez que se cuente con el consentimiento de la paciente para la realización de la prueba ELISA-VIH debe ser enviada al laboratorio para la toma de esta. En condiciones idóneas la muestra debe ser tomada el mismo día de la consulta, y debe rotularse como embarazada. Los servicios de atención primaria deben asegurar el seguimiento de las ordenes de laboratorio con el fin de obtener los resultados lo más pronto posible. Un resultado del ELISA-VIH reactivo en una mujer embarazada, debe considerarse una emergencia médica²².

Los casos reactivos deberán ser reportados de forma inmediata por el personal de laboratorio que procesó la muestra. En este nivel no es necesario realizar más pruebas de VIH. Cuando se obtenga la información de la prueba, se debe localizar a la madre y citarla de forma rápida y oportuna, para brindarle educación y referirla a una clínica de VIH²².

En este nivel de atención se solicitará un segundo ELISA-VIH y una prueba Western-Blot. Esta segunda muestra se obtiene igual que la primera; en la orden es preciso indicar “ELISA-VIH muestra #2 en mujer embarazada; si es reactiva, enviar el suero para Western-Blot”. Los resultados de esta segunda muestra deben reportarse con carácter de urgencia y es fundamental citar a la gestante para la consejería discusión de los resultados e indicaciones acerca del tratamiento adecuado a su condición de embarazada con VIH+, con el fin de prevenir la transmisión perinatal²².

Con el diagnóstico ya realizado de una gestante infectada por VIH, la clínica de VIH referirá a la paciente al Servicio de Obstetricia correspondiente, para su manejo y seguimiento. No es necesario que el Servicio solicite nuevos estudios relacionados con la infección por VIH²².

En un ámbito de clínica de VIH se debe iniciar con un proceso que involucre consejería, educación y apoyo con la gestante y con su pareja, buscando educar en temas de posibilidades de transmisión de VIH de la madre al niño, importancia de una buena adherencia al TARV, evitar la lactancia materna y la premasticación de alimentos al neonato. Así como también abarcar técnicas y educación continua para la planificación de eventuales embarazos futuros, mencionar y ofrecer posibilidades de esterilización y brindar educación sobre prácticas de sexo seguro²².

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio consiste en una investigación cualitativa con diseño fenomenológico orientada a la exploración de análisis del manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario, con el fin de investigar más a fondo las repercusiones del VIH en las gestantes y así tener un panorama global más acertado sobre el manejo de esta condición.

3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

La información del presente proyecto de investigación se obtuvo a través de entrevistas estructurales y autoadministradas que contenían preguntas relacionadas al adecuado abordaje de esta patología, factores de riesgo. La técnica de muestreo utilizada fue muestreo de expertos, pues se entrevistaron profesionales de medicina de la Caja Costarricense del Seguro Social en el Hospital San Vicente de Paul y los datos recopilados se sistematizaron utilizando Microsoft Excel y la información recolectada fue contrastada con artículos científicos que fueron clasificados según el nivel de evidencia de Sackett.

3.3 CRITERIOS DE BÚSQUEDA

En el siguiente apartado se presentan los criterios de búsqueda que han sido utilizados en la investigación con la finalidad de ofrecer al lector referencia acerca de dónde se obtuvo la información, los descriptores, el periodo que abarca el estudio, el idioma de los artículos en relación a los objetivos fijados para el trabajo.

Tabla 1. Criterios de búsqueda utilizados según objetivo

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
1. Identificar las principales afectaciones en la vida diaria de la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el HSVP, durante el primer semestre del 2023	Patologías en el embarazo	Pubmed Scielo Elsevier	2017-2023	Español Inglés
	Afectación y salud sexual	Googleo académico Clinical		
	VIH en el Embarazo	Key		
2. Revisar el manejo actual de las pacientes embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidas en el HSVP, durante el primer semestre del 2023.	Manejo del VIH en las mujeres embarazadas	Pubmed Scielo Elsevier Googleo académico Clinical	2013-2023	Español Ingles
	Frecuencia del Diagnóstico en las mujeres embarazadas	Key		
	Métodos de Tratamiento			

Fuente: elaboración propia. 2023.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

En la siguiente tabla, se describen los criterios de elegibilidad y selección con los que se lleva a cabo el presente trabajo de investigación, así como los que fueron descartados por no tener relación con la finalidad de este estudio.

Criterios de inclusión:

Son aquellos criterios que permiten identificar los participantes que formaran parte de la formalización de estudio dentro de los cuales se puede abarcar aspectos sociodemográficos de accesibilidad y relacionados con aspectos clínicos y patologías específicas.

Criterios de exclusión:

Abarcan las características que presentan los sujetos de estudio durante el desarrollo que los hacen no elegibles para el trabajo de investigación; aquella población que no cumple con los requisitos para participar en el estudio.

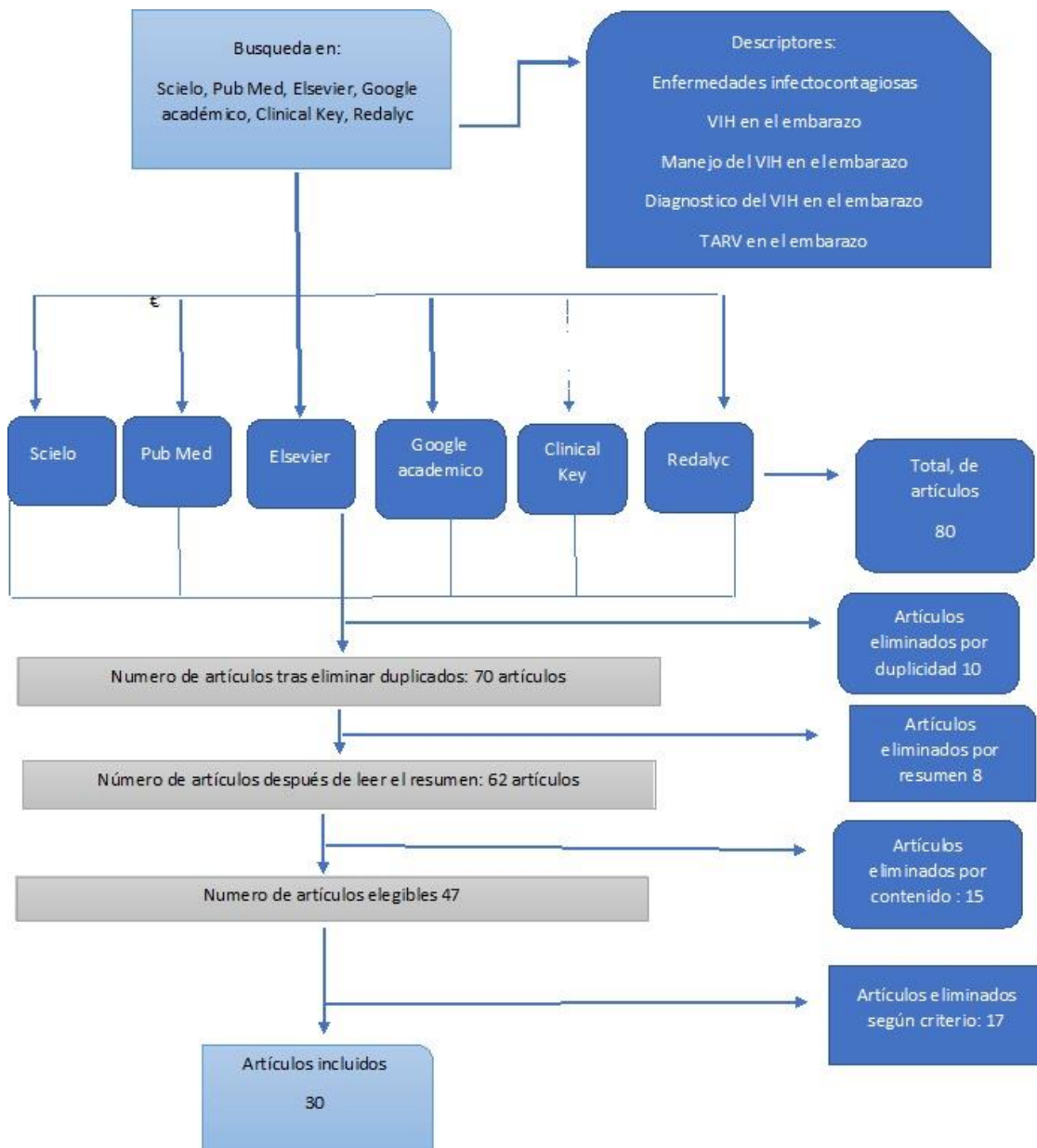
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos sobre población femenina y masculina	Artículos sobre población de pacientes en edad pediátrica
Periodo durante el primer semestre del 2023	Otro periodo que no sea el primer semestre del 2023
Artículos relacionados con la infección de VIH durante el embarazo	Artículos que no se relacionen con infección de VIH durante el embarazo
Artículos de revistas bibliográficas gratuitas	Artículos de revistas bibliográficas pagas

Fuente: elaboración propia. 2023.

3.5 PROCESO DE SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Figura 3. Proceso de selección de información



Fuente: elaboración propia. 2023.

3.6 CLASIFICACIÓN SEGÚN NIVELES DE EVIDENCIA

Tabla 3. Clasificación de artículos según niveles de evidencia:

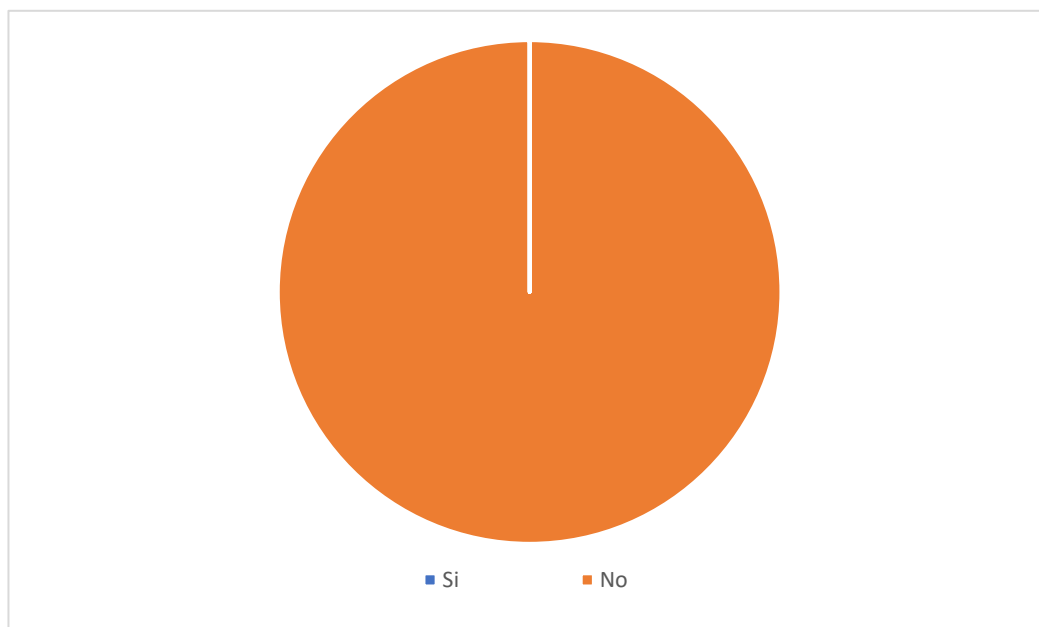
Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Metaanálisis			
	Revisión sistemática y metaanálisis			
2	Ensayo piloto aleatorizado controlado			
	Estudio de cohorte			
3	Revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados		2	20%
	Estudio de casos y controles individuales	2		
4	Estudio transversal	5	5	50%
5	Revisión bibliográfica	3	3	30%
Total.....		10	10	100%

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se muestra el análisis de resultados sobre la encuesta realizada de Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul (ver anexo). Dicha encuesta conto con un total de 15 ítems, con 14 preguntas cerradas y una abierta. Esta encuesta se relaciona con el conocimiento acerca del diagnóstico y manejo de las pacientes embarazadas con VIH realizada por profesionales de la salud del Hospital San Vicente de Paul. La encuesta contó con un total de 10 sujetos participantes.

La primera pregunta consistía en saber si el diagnóstico de VIH es una limitante para quedar embarazada.

Gráfico 1- ¿Si una mujer tiene diagnóstico de VIH es una limitante para quedar embarazada?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul.

Como se muestra en el gráfico anterior la totalidad de los participantes respondieron que no. Ratificando de esta forma la población encuestada que tener un diagnóstico de VIH no es una limitante para quedar embarazada.

Como se ha visto a lo largo del trabajo y con evidencia científica es completamente posible que una mujer con diagnóstico de VIH curse con un embarazo. Las mujeres con este diagnóstico tienen todos los derechos de tener una adecuada salud reproductiva. La calidad de vida de las personas con VIH ha aumentado significativamente, por lo que hoy en día se cuenta con más herramientas y técnicas para poder convivir con esta enfermedad²³.

La decisión de concebir es propia de cada mujer y no se puede prohibir o limitar esta situación. La información y tratamiento adecuados permiten tener un embarazo y un hijo sanos. Si se vive con VIH es recomendable lograr, por medio del TARV, que la carga viral sea indetectable²¹.

Para garantizar que el embarazo transcurra de la mejor forma y sin tener limitantes es importante apegarse a las técnicas y manejo que se da actualmente. Todas las mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH deben tomar medicamentos contra el VIH durante el embarazo por su propia salud y para prevenir la transmisión perinatal del virus. La mayoría de los medicamentos contra el VIH son seguros para usar durante el embarazo²¹.

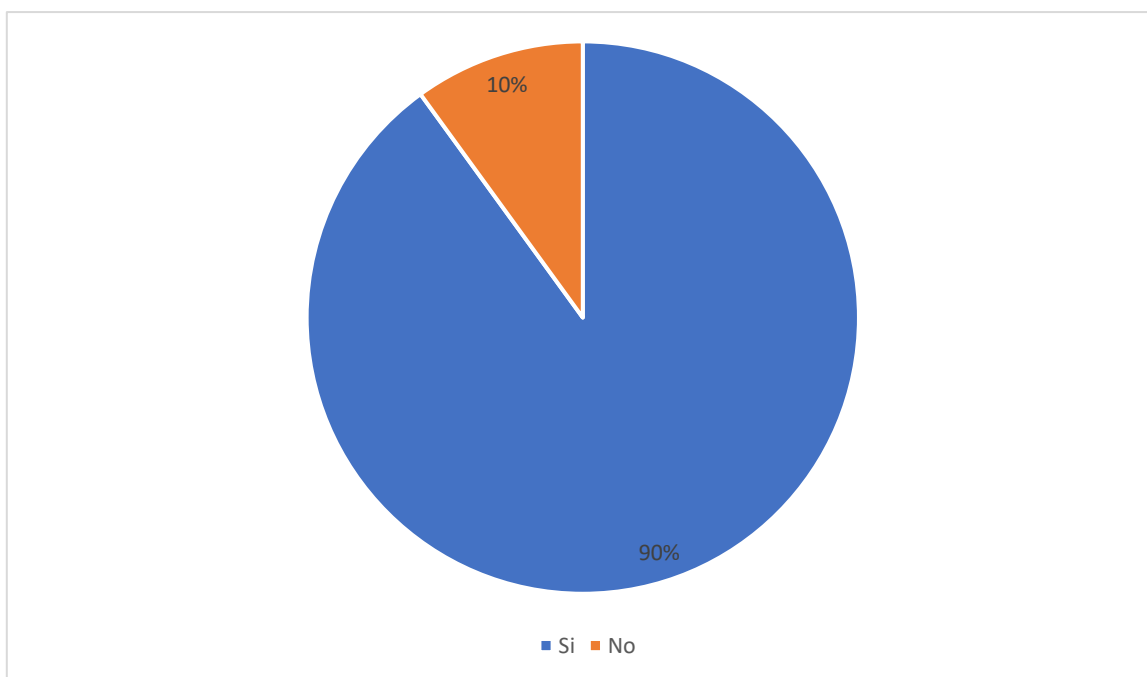
En general, las mujeres embarazadas seropositivas pueden usar los mismos regímenes de tratamiento contra el VIH recomendados para las mujeres no embarazadas. Uno de los mayores avances para que una gestante curse con un embarazo normal es la disminución de las tasas de contagio perinatal con que se cuentan en la actualidad, se estima que esta tasa está por debajo del 2% cuando se utiliza tratamiento antirretroviral. Esto da tranquilidad a las gestantes de que si se sigue con las indicaciones el transcurso del embarazo no traerá complicaciones ni contagio para el neonato²⁰.

El tratamiento antirretroviral durante el embarazo y la implementación de las diferentes medidas preventivas de la transmisión vertical como cesárea electiva en casos seleccionados, lactancia artificial, profilaxis intraparto, tratamiento del recién nacido también contribuyen a la

disminución de las tasas de contagio. Actualmente una infección bien controlada con TARV y con carga viral indetectable, se considera que no transmitirá el virus ni por vía sexual ni por transmisión vertical siempre y cuando la gestante se mantenga en estas condiciones, por lo que ratifica aún más que no existe alguna contraindicación para que la mujer quede embarazada, ni tampoco la infección por sí misma de VIH se considera una indicación de interrupción del embarazo²⁴.

La segunda pregunta de la encuesta consiste en conocer si la mujer portadora de VIH debe recibir asesoramiento si desea quedar embarazada. A continuación, se muestran los resultados.

Gráfico 2- ¿Debe una mujer portadora de VIH recibir asesoramiento si desea quedar embarazada?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul.

Como se observa en el gráfico 2 del total de participantes (10) un 90% (9 sujetos) respondió que es necesario que las mujeres con diagnóstico de VIH reciban asesoramiento previo a un embarazo, mientras tanto un 10% (1 sujeto) contestó que no se debía realizar un asesoramiento previo.

Es de suma importancia la realización de consejería preconcepcional para la mujer que cuente con diagnóstico de VIH, el objetivo de esta consejería es obtener un estado de salud óptimo previo a la gestación y también es importante que la consejería cuente con diversos puntos²⁴.

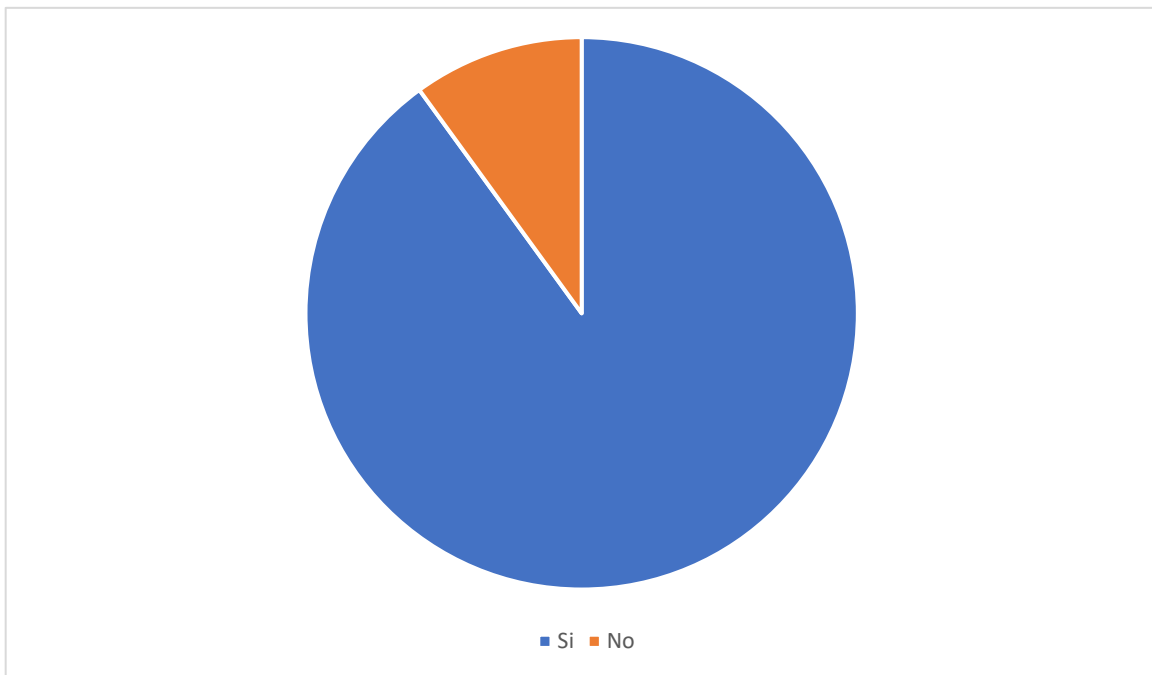
Se debe mantener una contracepción efectiva mientras se logra obtener un estado óptimo para la gestación, sobre todo con controles virológicos e inmunológicos. También es fundamental un adecuado seguimiento clínico y una apropiada adherencia al tratamiento. Asimismo, se debe informar condiciones de riesgo de transmisión vertical, realización de estrategias para la prevención, efectos adversos en la medicación y también conocimiento de los riesgos obstétricos²⁴.

Otro de los puntos importantes en la consejería previa a la concepción es realizar una prevención de transmisión a la pareja, esto se puede realizar asegurando que la paciente tome de forma apropiada la TARV y realice controles de carga viral. El objetivo principal previo a un embarazo será conseguir una carga viral indetectable, esto puede lograrse si se tiene una adecuada adherencia al tratamiento. Para asegurar estas condiciones también es importante suministrar a cada mujer el mejor y más adecuado tratamiento antirretroviral, que sea seguro para la gestación, esto basándose en la evidencia científica que se dispone²⁴.

También puede ser importante la realización de una valoración basal de la fertilidad, teniendo en cuenta la edad materna, el historial reproductivo, antecedentes patológicos o patología previa relacionada con infertilidad como enfermedad inflamatoria pélvica, etc. Ante cualquier sospecha se derivará a la paciente al servicio de fertilidad o de Ginecología para realizar más estudios a profundidad²⁴.

En la tercera pregunta se midió el conocimiento de los entrevistados en cuanto a la carga viral y el conteo de linfocitos. A continuación, se muestran los resultados

Gráfico 3- ¿Deben realizarse controles de carga viral y conteo de linfocitos durante la gestación?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul.

Como se muestra en el gráfico 3, 9 de los 10 sujetos entrevistados contestaron que sí se deben realizar los controles de carga viral y conteos de linfocitos, solo un entrevistado contestó que no era necesario realizar estos estudios. Los resultados obtenidos concuerdan con los estudios disponibles dado que efectivamente es necesario la realización de estas pruebas durante el embarazo. Esto es importante ya que el tener estos controles va a permitir evitar complicaciones durante la gestación y también disminuir la tasa de contagio perinatal²⁰.

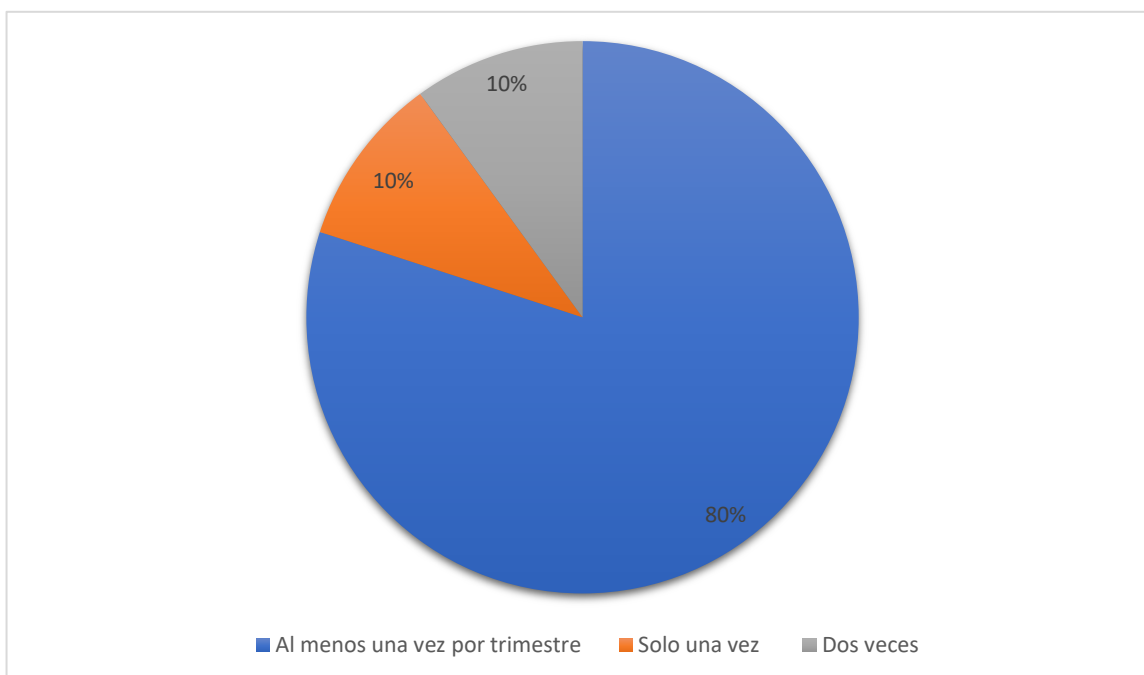
Durante la evaluación inicial de las gestantes con VIH es importante contar con un recuento de los linfocitos CD4. Como se ha observado en diferentes estudios y literatura la cantidad de células CD4 es inversamente proporcional al riesgo de la transmisión perinatal. Por esto es de vital importancia contar con estas pruebas para detectar fases avanzadas de la enfermedad o mala adherencia al tratamiento²⁰.

Estudios realizados de gestantes con VIH mostraron seguimiento del conteo de CD4 y su prevalencia durante el embarazo, se muestra que al recibir una adecuada terapia antirretroviral y realizar controles oportunos estos parámetros no se verán afectados. En este mismo estudio se cuantificaron los niveles de carga viral, se mostró que previo al inicio del seguimiento del embarazo la población presentaba carga viral detectable, sin embargo, posterior a la intervención cerca del 98% de la población estudiada mostró niveles de carga viral indetectables y por estas condiciones es importante la realización de estas pruebas tanto al inicio de la gestación como cuando se encuentra avanzada²⁵.

Toda esta importancia es explicada debido a los procesos que genera el VIH en el sistema inmune: Se produce una activación de los linfocitos CD4 y de diversas sustancias que provocaran mayor actividad linfocitaria, aumentando la expresión de moléculas de CD4 en la superficie lo cual causa que naturalmente el VIH genere una respuesta inmune que acelera la propia destrucción de los linfocitos. También se establece que la carga viral en los ganglios linfáticos será de cinco a diez veces más alta que la carga viral en sangre²¹.

En la cuarta pregunta se evalúa el conocimiento de los sujetos participantes con respecto a que tan frecuente se debe realizar la carga viral en las gestantes con VIH y se muestran los resultados a continuación.

Gráfico 4-Si su respuesta fue sí, ¿Qué tan frecuente deben realizarse estos conteos?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul.

Como se muestra en el gráfico 4, el 80% de los entrevistados (8 sujetos) afirmaron que los conteos de carga viral y CD4 deben realizarse al menos una vez cada trimestre, un 10% (1 sujeto) afirmó que solo debía realizarse una vez en el embarazo y por último un 10% (1 sujeto) contestó que se tenían que realizar dos veces durante la gestación.

En esta ocasión también la gran mayoría de los entrevistados acertaron con la respuesta apropiada, ya que según la mayoría de los estudios y evidencias científicas hablan de este tiempo determinado. Se estima que para que se logre un adecuado control y seguimiento del embarazo con pacientes VIH positivas se debe realizar el conteo de carga viral en la consulta inicial, posterior a esto es necesario repetir estos estudios de forma trimestral, esto con la finalidad de monitorizar la progresión de la enfermedad²⁴.

López et al. en su estudio también concuerdan con la información mencionada anteriormente y recomiendan que en la primera cita de control prenatal parte de los objetivos más importantes será determinar la carga viral de la paciente, esto es de suma importancia en gestantes que ya tienen diagnóstico de VIH ya que a partir de esto se podrá tomar decisiones

en cuanto a modificación de tratamientos. En pacientes que se diagnostican por primera vez durante el embarazo también es importante la determinación de la carga viral para conocer si la TARV que se va a suministrar tendrá un efecto positivo con las posteriores evaluaciones que se den²⁴.

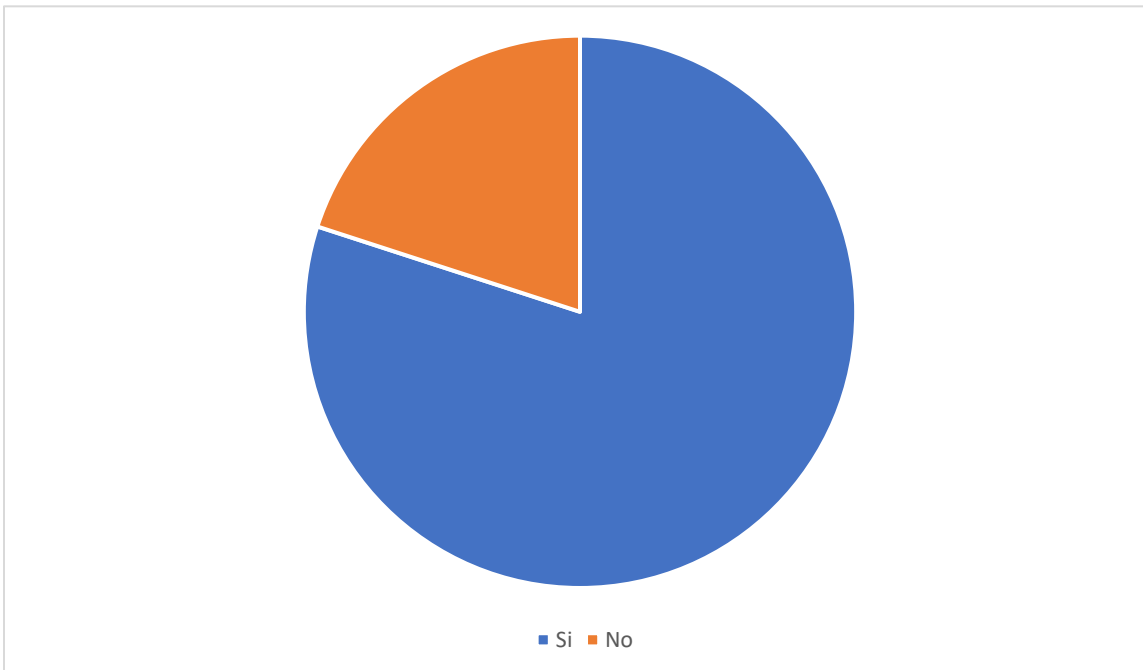
A la importancia de los controles cada 3 meses durante la gestación se le suma la determinación de la carga viral entre las semanas 34 a 36 de gestación. Esto ayuda a orientar sobre la elección más oportuna sobre el modo de parto y también estos valores ayudan a tener un panorama más claro y oportuno sobre un posible tratamiento para los neonatos²⁰.

Con respecto al conteo de linfocitos CD4 de igual forma se deben solicitar en la primera consulta. Posterior a esto se deberá solicitar estos conteos en un lapso de 3 meses durante la gestación. Sin embargo, si una paciente tiene un tratamiento óptimo y ha recibido TARV por más de dos años que cuente con supresión viral sostenida y CD4 mayor a 300 cel./mm no será necesario la realización de un nuevo control²⁰.

Como se ha descrito anteriormente y como la literatura lo menciona, uno de los puntos fundamentales para lograr un éxito en el manejo de las gestantes con VIH es lograr un adecuado control de la carga viral y de los linfocitos CD4. Al no realizarse estos o hacerlos solo una vez se corre un riesgo elevado de sufrir un inadecuado control del embarazo, pudiendo aumentar la tasa de complicaciones y la tasa de contagios perinatales¹⁸.

La siguiente pregunta consiste en determinar el conocimiento acerca de si se debe iniciar la TARV de inmediato, se muestran los resultados:

Gráfico 5- ¿Si se diagnostica el VIH por primera vez durante la gestación se debe iniciar la terapia antirretroviral de inmediato?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 5 la mayoría de la población encuestada (8 de 10 personas) afirmaron que, si se diagnostica por primera vez el VIH durante la gestación, es necesario iniciar la terapia antirretroviral de inmediato. Solo 2 sujetos de los 10 encuestadas contestaron que no era necesario iniciar con esta terapia de forma inmediata.

En esta ocasión los sujetos encuestados también contestaron de forma acertada, ya que se habla que la totalidad de las mujeres gestantes con diagnóstico inicial de VIH deben iniciar a tomar los medicamentos contra el VIH tan pronto como sea posible durante el embarazo. Si ya se encuentran tomando este tratamiento deben seguirlo durante la gestación. Esto para favorecer su propia salud y para evitar complicaciones y evitar lo más que se pueda la transmisión perinatal del virus²².

La gran mayoría de estos medicamentos son seguros durante el embarazo por lo que no debería ser ningún obstáculo comenzar la TARV de inmediato, en general estos medicamentos no aumentarían el riesgo de sufrir defectos al nacimiento en los neonatos. Para una elección apropiada se deberá individualizar a cada paciente y valorar los riesgos y beneficios tanto de la madre como del hijo. En general, las mujeres gestantes con diagnóstico de VIH pueden usar los mismos fármacos contra el VIH recomendados para las mujeres no

embarazadas, esto a menos que el riesgo de cualquier efecto secundario conocido para una mujer embarazada o su bebé sea mayor que los beneficios del tratamiento²⁵.

Dadas las evidencias actuales respecto al uso de TARV de inicio temprano, es vital que toda mujer gestante con diagnóstico de VIH sostenga las terapias recomendadas y también un control clínico posterior al parto, esto con la finalidad de evitar complicaciones²⁶.

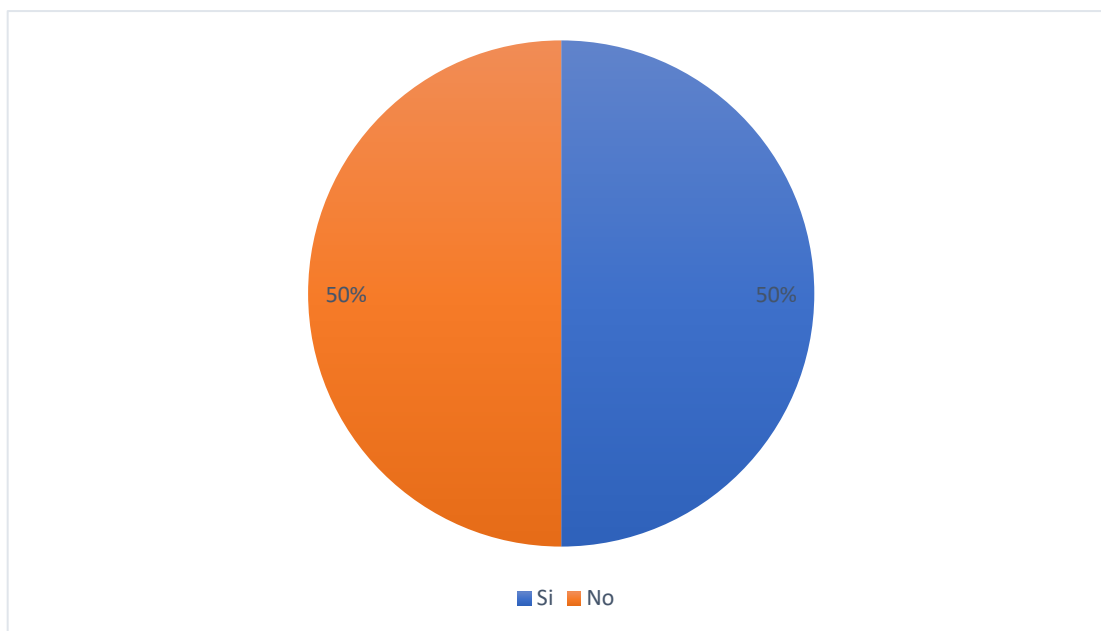
Un estudio realizado en Argentina mostró que el inicio de la terapia antirretroviral antes de las 24 semanas ocurrió en el 62.5 % de los embarazos estudiados. También documentaron que en un porcentaje alto de las gestantes no se logró un adecuado control de la viremia y esto puede ser explicado por un inicio tardío de la TARV, lo que demuestra la importancia de iniciarlo tempranamente²⁶.

Alcanzar una supresión viral pronta y que se mantenga por debajo del límite de detección durante la gestación y el parto es una parte fundamental para la prevención de la transmisión perinatal del VIH w. Al momento en que a una gestante se le confirme el diagnóstico de VIH se debe iniciar la TARV independientemente de la condición de la madre. Lo que se espera es tener una carga viral indetectable al momento del parto, la cual es controlada a la semana 34 de gestación para así evitar la transmisión vertical²⁰.

La TARV de inicio temprano se ha convertido en un importante avance contra la lucha de esta pandemia. Se estima que la disponibilidad de la terapia se ha incrementado en 84% alrededor del mundo. Se ha determinado que la terapia antirretroviral ha participado en la reducción del 35% de nuevas infecciones desde el año 2000 y también estudios establecen que ha logrado una reducción del 42% de las muertes desde el 2004, y una disminución del 58% en nuevas infecciones en niños¹⁹.

A continuación, se muestran los resultados de la pregunta 6 de la encuesta que pretende recopilar información acerca si el personal médico conoce si existe algún plan nacional de manejo para gestantes con VIH

Gráfico 6- ¿Existe algún plan nacional de manejo para gestantes con VIH?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 6, se pregunta la mitad de los encuestados tuvieron una respuesta diferente. Un 50% (5 sujetos) respondieron que, sí existe un plan nacional de manejo para gestantes con VIH, mientras que el restante 50% (5 sujetos) afirmó que no se encuentra con ningún plan nacional de manejo. Es la primera pregunta que muestra una opinión tan dividida.

A nivel nacional se dispone del plan estratégico nacional del VIH, que contiene todas las normativas y los instrumentos clave para la realización de un adecuado y correcto manejo de pacientes con VIH. Este plan estratégico incluye también estadísticas significativas de toda la región nacional, también propone acciones específicas para garantizar el correcto manejo de personas con VIH.

Asimismo, el país cuenta con una guía extensa de cuidado prenatal, donde involucra todas las acciones que se deben seguir para garantizar un embarazo sin complicaciones y

libre de transmisiones perinatales. En dicha guía se presentan los derechos que poseen las gestantes en la realización de la prueba de VIH tanto en ellas como en sus parejas²⁷.

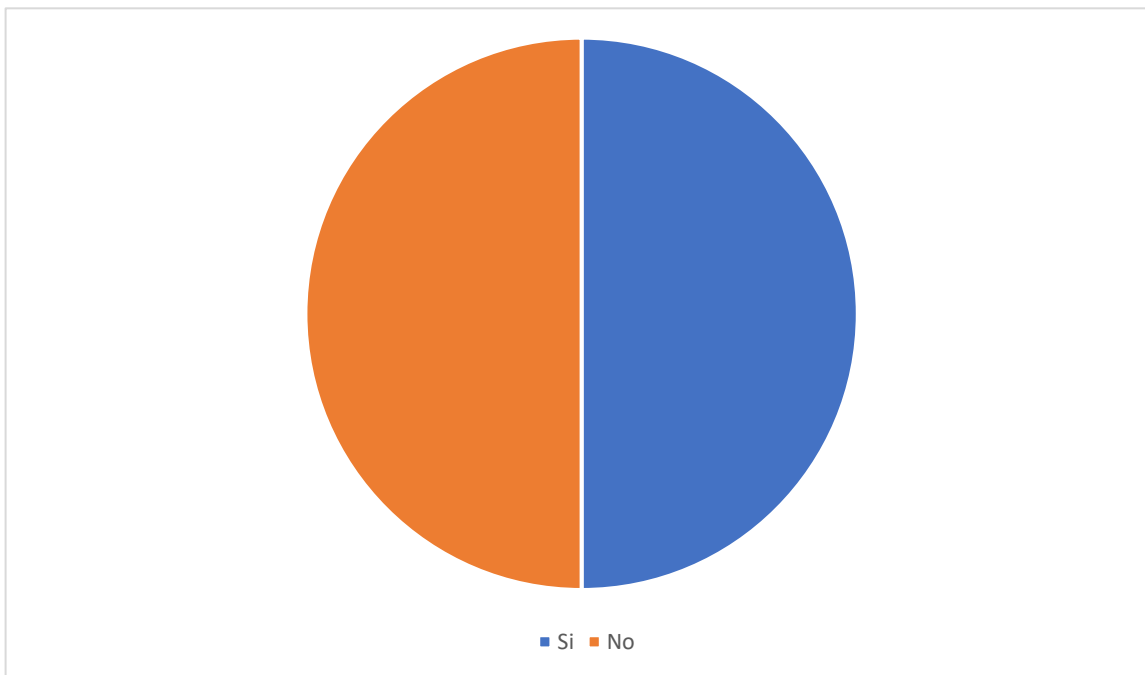
También en esta guía se cuenta con las indicaciones de cuando se debe realizar las pruebas serológicas para detección y o seguimiento del VIH y es importante recalcar que la guía es una orientación de cómo llevar un adecuado control prenatal y será de importancia para el personal de salud que las pacientes logren acudir a las citas y realizar los abordajes oportunos, para así minimizar las complicaciones que puedan presentarse durante el embarazo²⁷.

Pérez et al. cuentan con una guía para la prevención y manejo de mujeres gestantes con VIH sin embargo no son de épocas tan recientes. En dicho estudio se brindan recomendaciones para lograr un adecuado control de las gestantes con VIH e incluye recomendaciones acerca del inicio de las pruebas serológicas y la periodicidad de estas, así como también las pautas necesarias para la realización de un adecuado tamizaje y muestra paso a paso lo necesario para cumplir con todas las normativas nacionales²².

También contempla los esquemas utilizados a nivel nacional con respecto al uso de los fármacos antirretrovirales, así como los riesgos y beneficios durante el embarazo. También dispone de una guía para el manejo de las gestantes durante el parto, suministrando los pasos a seguir para garantizar un adecuado parto independientemente de la vía que se elija, siguiendo estas pautas se puede garantizar un adecuado manejo de las pacientes gestantes con VIH²².

La siguiente pregunta consistió en saber si el personal médico contaba con todos los recursos necesarios para abordar de forma integral un embarazo, se recopilaron las siguientes respuestas:

Gráfico 7- ¿Como profesional de la salud cuenta con todos los recursos para abordar de manera eficaz e integral un embarazo cuya madre es VIH positivo?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 7 en esta oportunidad también los encuestados tuvieron la opinión dividida en porcentajes iguales, 5 encuestados contestaron que sí disponían de todos los recursos para abordar de forma eficaz e integral a una gestante VIH +, y los otros 5 encuestados contestaron que no contaban con estos recursos para garantizar el manejo integral.

Un embarazo con madre seropositiva se vuelve un reto para el personal de salud, y es imprescindible contar con todos los recursos para el abordaje de este. Desde que inicia la primera consulta se debe poner en práctica todos los recursos y técnicas que se cuenten con la finalidad de lograr un éxito en tasas de complicaciones y de infecciones perinatales. Será por la indicación médica que las gestantes logren tener las pruebas serológicas correspondientes que permitan conocer su estado inmunológico previo al parto¹⁹.

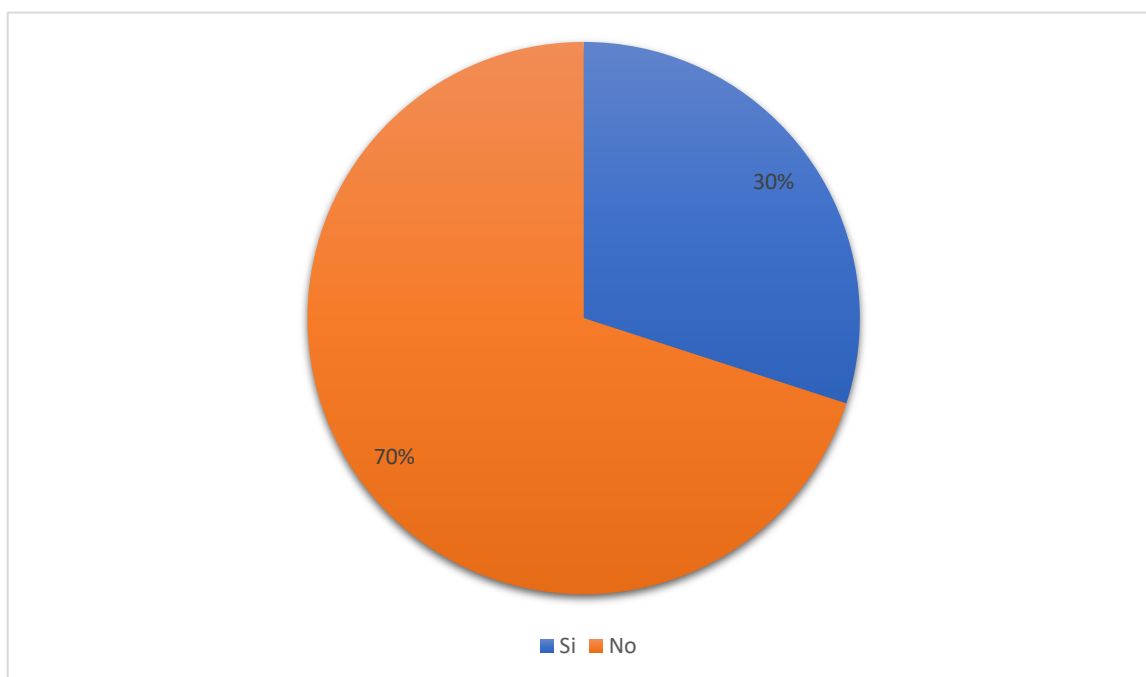
Una de las limitaciones con las que puede contar los centros de salud son con la cantidad y calidad de pruebas de detección y tamizaje de VIH. Esto es algo que el personal médico no puede manejar, ya que dependerá de la cantidad de recursos y o limitaciones de cada región²¹.

Otra situación para contemplarse es el acceso a los medicamentos antirretrovirales, si bien es cierto son medicamentos conocidos y que forman parte de los sistemas de salud, en ocasiones no se puede contar con ellos, o poseen efectos adversos. También es importante individualizar a cada paciente, y si no se cuenta con el tratamiento que sea de mayor beneficio para la madre y el hijo se puede generar un problema en las tasas de complicaciones, contagios perinatales e inclusive en muertes fetales¹⁹.

Porras et al. contiene un estudio que muestra que a nivel nacional si se sigue con todas las disposiciones y se usan los recursos que se tienen a la mano se puede lograr una reducción de complicaciones y menor tasa de contagio perinatal. Esto lo avalan los estudios del país, que involucran un gran porcentaje de pacientes con VIH que tienen tratamiento, así como los índices pequeños de contagio perinatal.

El siguiente gráfico se muestra la experiencia del personal de salud con respecto a la atención de pacientes gestantes con diagnóstico de VIH.

Gráfico 8- ¿Le ha tocado abordar alguna paciente gestante con VIH?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

En el gráfico 8 se puede apreciar que el 70% de la población encuestada (7 sujetos) no le ha tocado abordar alguna paciente gestante con VIH, y muestra que el 30% (3 sujetos) sí han tenido la oportunidad de abordar gestantes seropositivas.

Cada vez más son las personas que tienen acceso a la salud y a la realización de pruebas de tamizaje de VIH y enfermedades infectocontagiosas mientras que las estadísticas mundiales siguen afirmando que el diagnóstico de VIH continúa siendo alto y pese a todas las estrategias con las que se cuentan las mujeres embarazadas son vulnerables a sufrir estos contagios¹⁹.

A nivel nacional no se dispone de revisiones que muestren la experiencia de los médicos ante pacientes embarazadas con VIH, sin embargo, sí se cuenta con datos epidemiológicos que hacen ver que es una condición que puede llegar a la consulta de cualquier centro de salud del país. Según datos de la OMS en el año 2015 se diagnosticaron cerca de 30 millones de personas con VIH. Asimismo, datos estimados por ONUSIDA mostraron que en 2019 en el mundo existían 38 millones de personas con VIH⁴.

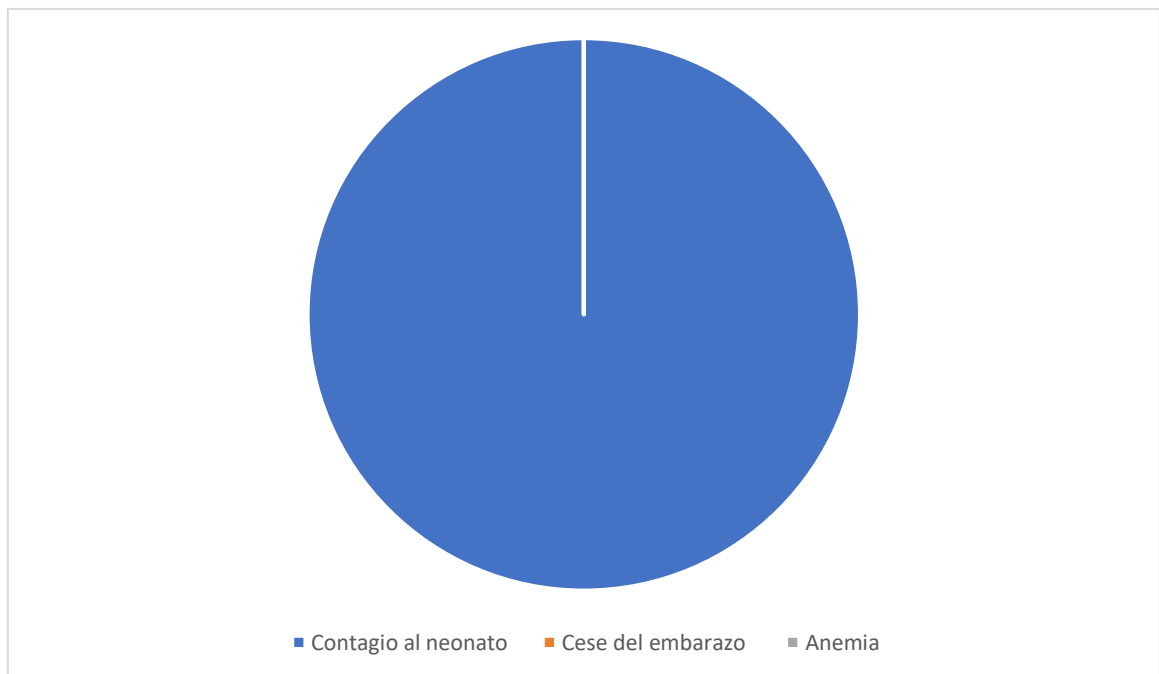
Por ejemplo, en Venezuela durante el 2016 la cifra de habitantes con VIH llegó a 120 000. También se estima que cerca del 44% de las personas infectadas con VIH son mujeres en edad reproductiva por lo que no es un diagnóstico inusual en la práctica clínica. en Costa Rica para el periodo 2014-2018 los nuevos diagnósticos de VIH fueron de 3.895, teniendo un incremento con respecto al año 2014⁴.

Por su parte en el periodo 2000-2019 la tendencia que muestra el país es hacia el aumento del 30% de las infecciones, pero cabe rescatar que se presenta disminución de la mortalidad. Con respecto a las gestantes con VIH ONUSIDA estima que en el año 2010 el país tenía un 40% de mujeres embarazadas que recibieron TARV, por lo que se habla que esta

condición es frecuente y que podría ser parte del manejo de cualquier médico en el sistema de salud. Lo que recalca la importancia de un adecuado manejo de estas gestantes ⁴.

La siguiente pregunta de la encuesta recopiló información acerca de cuál es la complicación más frecuente en las gestantes con VIH, los resultados se muestran de inmediato.

Gráfico 9- ¿Cuál es la complicación más frecuente si no se aborda oportunamente a una gestante con VIH?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 9, el total de encuestado respondió que la complicación más frecuente durante el embarazo con madre VIH+ es el contagio perinatal. En esta oportunidad la población encuestada concuerda con los diversos estudios y publicaciones científicas.

Como se ha visto en la presente investigación, la mayoría de las acciones son enfocadas a una disminución del contagio perinatal. Sin embargo, se estima que cerca del 70% de las transmisiones materno-fetales de VIH ocurren durante la labor de parto. Existen diversas publicaciones que hablan sobre las complicaciones frecuentes que sufren las gestantes con VIH y concuerdan que la más frecuente es la transmisión intraparto¹⁸.

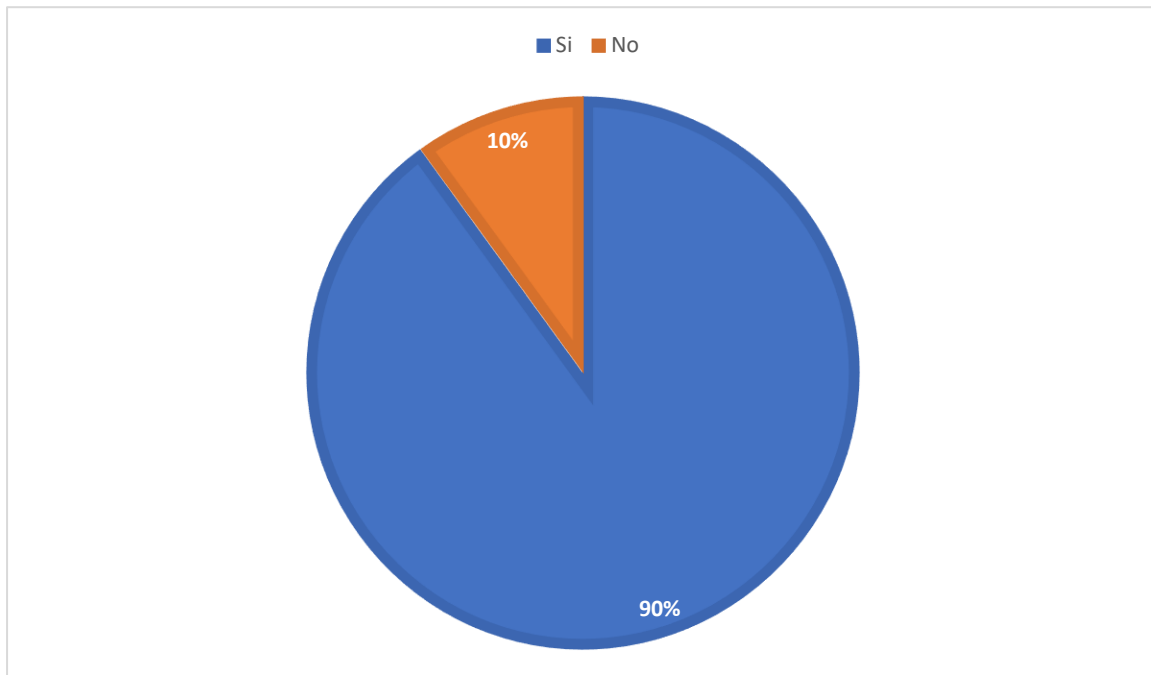
A lo largo de todo el abordaje que se les da a las pacientes embarazadas con VIH se menciona la importancia de la disminución del contagio perinatal. Aunque este es el más importante no es el único. Se han descrito complicaciones obstétricas asociadas como ruptura prematura de membranas, partos pretérminos, sin embargo, las estadísticas no son tan exclusivas de la infección por VIH¹⁷.

Otras complicaciones que pueden estar presentes son la preeclampsia y la diabetes mellitus gestacional, se han establecidos mecanismos fisiopatológicos que sugieren que las gestantes con VIH pueden tener alteraciones que promueven la aparición o la exacerbación de estas complicaciones. Estadísticamente no son tan significativas, pero sí son de importancia y requieren cuidado a lo largo de toda la gestación¹⁹.

Porras et al. también evidencian la importancia de conocer la complicación más frecuente de las gestantes seropositivas, y su investigación dispone de una guía y esquemas para diagnóstico precoz y temprano de la infección. Asimismo, cuentan con todo un esquema de TARV para los diferentes escenarios que pueda tener una gestante con VIH. Todo esto bajo el mismo objetivo y el más importante en el manejo con gestantes con VIH el cual es lograr la menor tasa de contagio perinatal²².

La siguiente pregunta se relaciona con la afectación en la salud mental de las gestantes si se es diagnosticada por primera vez, se muestran los resultados a continuación.

Gráfico 10 ¿Existe más afectación en la salud mental y la calidad de vida si la gestante es diagnosticada con VIH por primera vez durante el embarazo?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 10 se observa que el 90% de los encuestados (9 sujetos) afirma que existe más afectación en la salud mental de la gestante cuando el diagnóstico de VIH se genera durante el embarazo. El 10% (1 sujeto) afirmó que no existe mayor afectación.

No se cuentan con estudios específicos que muestren si es mayor la afectación mental en las gestantes con diagnóstico de novo. Sin embargo, hay estudios que evidencian la afectación mental de las gestantes. Está claro en estas investigaciones que la mayoría de las mujeres persisten con miedo e incertidumbre a lo largo de toda la gestación y que esto se relaciona en la mayoría de los casos con miedo a contagiar al feto³.

Hay diversos estudios que confirman que las embarazadas sufren cambios humorales y pueden tener angustias relacionadas con la evolución de su embarazo. Si a esto se le suma recibir el diagnóstico de VIH estas condiciones mentales pueden incrementarse. Se debe tomar en cuenta que no todas las gestantes poseen educación respecto a la enfermedad y que

muchas van a creer que la vida de su hijo está en riesgo elevado, lo que puede provocar afectación en la salud mental de las gestantes¹⁸.

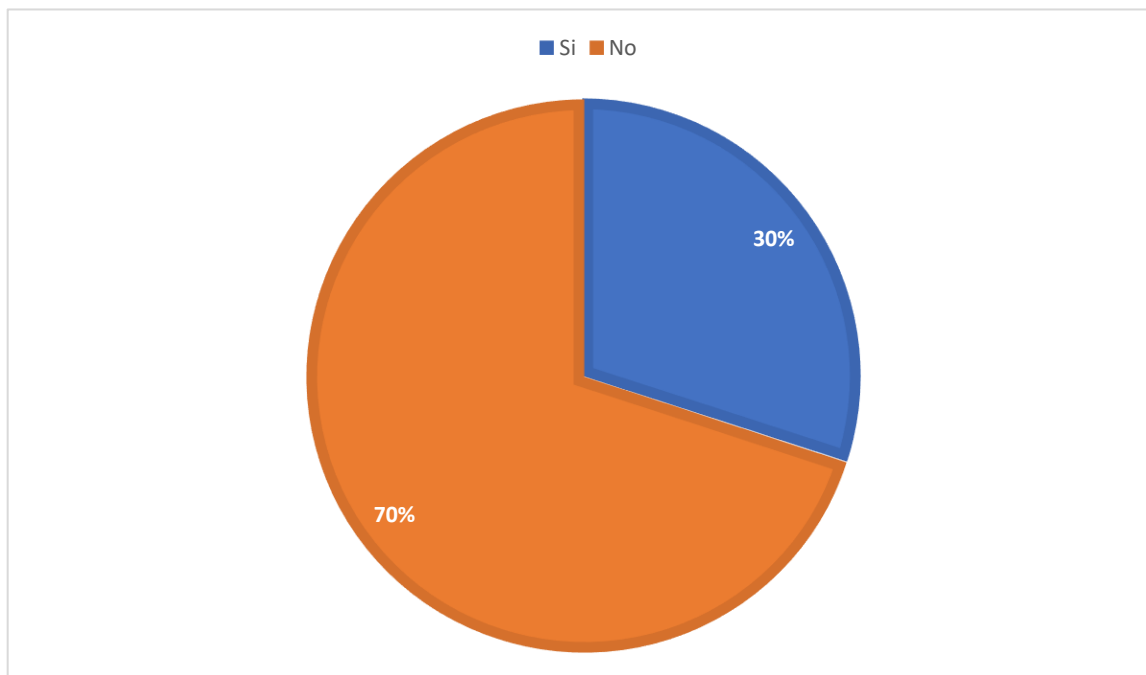
Por estas situaciones el estar embarazada y ser seropositiva es una situación compleja que tiene un gran impacto en todos los ámbitos del mundo de la gestante. En el estudio realizado por Romero et al. se observó un alto grado de incertidumbre y esto se corroboró con otros estudios que identificaron que el embarazo crea incertidumbre relacionada con el bienestar del feto y de la madre situaciones que podrían traer repercusiones negativas en el desarrollo y la salud de las mujeres gestantes y sus familias³.

Un estudio realizado por Rubiano et al. la muestra las experiencias de mujeres gestantes con VIH, se mostró que las embarazadas afirmaron que a la hora de recibir la noticia del diagnóstico sufrieron una gran carga emocional, afirman que piensan exclusivamente en el bienestar de sus hijos. El estudio muestra que las gestantes con VIH tienen angustia y temor provocados por la nueva experiencia que están sufriendo. Asimismo, afirman que es todavía más difícil debido a que la información que tienen sobre el VIH no es tan clara y se deben buscar información para entender más la enfermedad²⁸.

Este mismo estudio afirma que las gestantes reciben el diagnóstico de VIH de una forma inesperada y difícil y que en esos momentos su mayor preocupación es la integridad del hijo inclusive por encima que su propia vida. Todos los resultados pueden resumirse en interminables sentimientos de angustia, incertidumbre, miedo e intranquilidad²⁸.

La siguiente pregunta número 11 de la encuesta consiste en determinar si existe algún plan en caso de que la madre no quiera recibir la TARV, los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico 11 ¿Si la gestante se niega a iniciar la terapia antirretroviral se dispone de algún plan o un método alternativo?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 11 un 70% de la población encuestada (7 sujetos) afirmaron que no se dispone de plan si la gestante decide negarse a la terapia antirretroviral. Por su parte el 30% restante (3 sujetos) contestaron que sí existe un método alternativo.

En las bases de datos científicas se carece de estudios que corroboren esta información, como tal no se cuenta con una guía en caso de que las madres se rehúsen a recibir el tratamiento. Pero sí se dispone de leyes que facilitan realizar en el neonato todas las pruebas requeridas y el tratamiento correspondiente. Si la gestante se niega a comunicar su diagnóstico a la pareja o si se niega a recibir la TARV se debe indicar por parte de los profesionales de salud a la pareja²⁴.

A nivel nacional existen leyes que facultan al personal médico a la realización del manejo más oportuno a los niños cuyas madres rechazaron la TARV durante el embarazo.

Dentro de las acciones que se pueden tomar es la realización de cesárea como único mecanismo de parto. Así como el realizar pruebas de carga viral a los neonatos, y también se puede iniciar tratamiento antirretroviral desde el nacimiento²².

De lo que sí se dispone es de un adecuado plan y esquema para el manejo en niños. En caso de que no se logre aplicar las medidas de prevención de la transmisión vertical durante el embarazo y el parto. La profilaxis en el recién nacido debe iniciarse lo antes posible, idealmente en las primeras 6 horas de vida, y siempre antes de las 72 horas. La profilaxis más allá de las 72 no ha demostrado ser efectiva²⁴.

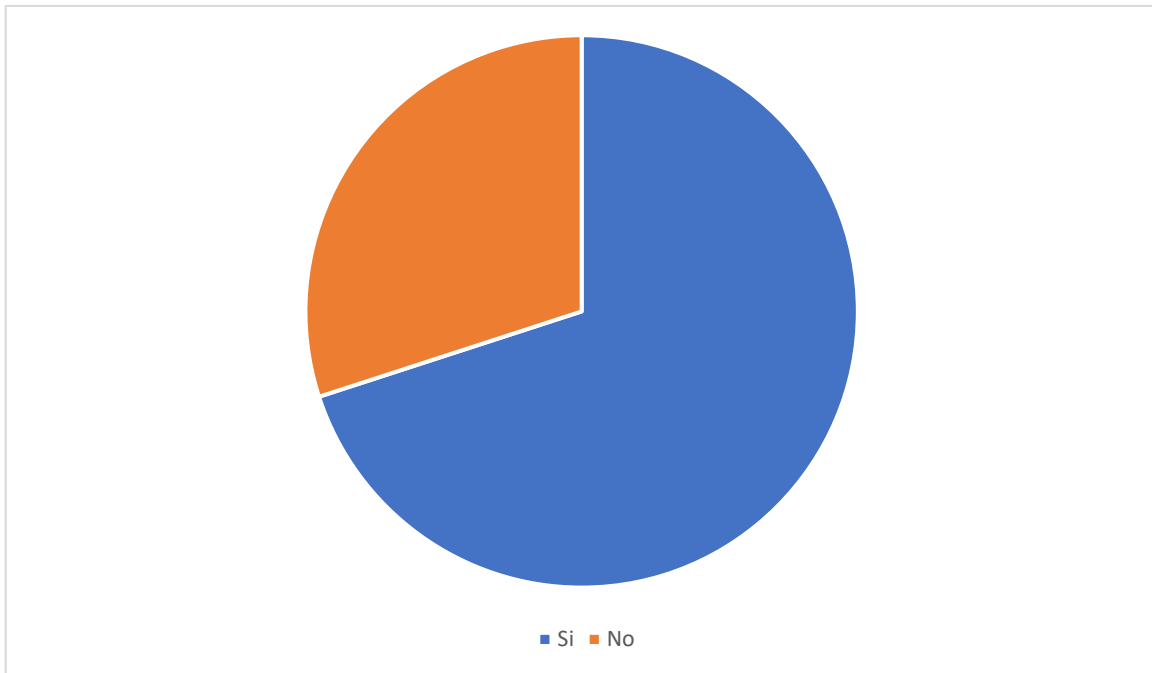
A nivel nacional Porras et al. afirman que el uso profiláctico de antirretrovirales en el neonato se debe realizar con atención ante las posibles situaciones clínicas. Un esquema de tratamiento puede ser Profilaxis con Zidovudina: se brinda a las 8 horas de edad y debe mantenerse durante 6 semanas. La Zidovudina se debe dar sin mezclarla con alimentos, a una dosis de 4 mg/Kg de peso corporal /dosis cada 12 horas. Además, se debe suspender por completo la lactancia materna²².

Asimismo, se debe generar un reporte para seguimiento y para obtener la cita de control, al Servicio de Inmunología del Hospital Nacional de Niños. Durante el periodo cuando se define si el neonato resulto infectado se deberá valorar en la clínica de VIH. Posteriormente se debe continuar con el control de niño sano en el EBAIS local, y recibir la atención de los aspectos de crecimiento, desarrollo psicomotor y vacunación. En el nivel primario de atención no se debe solicitar pruebas de ELISA-VIH para estos niños²².

El seguimiento de estos neonatos expuestos va a permitir descartar o confirmar la infección de forma precoz. Esto asegura el bienestar del neonato y ajuste de los fármacos utilizados en la profilaxis del neonato. Los recién nacidos expuestos al VIH que se infectan deben iniciar de forma precoz tratamiento antirretroviral²⁴.

El siguiente ítem de la encuesta recopila los resultados sobre si los profesionales en salud tienen limitaciones en el manejo que se les brinda a las gestantes con VIH.

Gráfico 12- ¿Existen limitaciones en el manejo que se le brinda a las pacientes gestantes con VIH?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 12, de los 10 participantes entrevistados, 7 afirman que sí existen limitaciones en el manejo que se le brinda a la gestante con VIH. Por su parte los 3 restantes entrevistados afirmaron que no se tenían limitaciones. Siempre pueden existir limitaciones cuando se trata de enfermedades complejas y aún más cuando involucra un estado como el embarazo. Desde que se brinda el diagnóstico a la madre las complicaciones emocionales en la gestante inician de inmediato, lo que puede generar que la paciente se deprima y no tenga una adecuada adherencia a los tratamientos que se deben brindar²³.

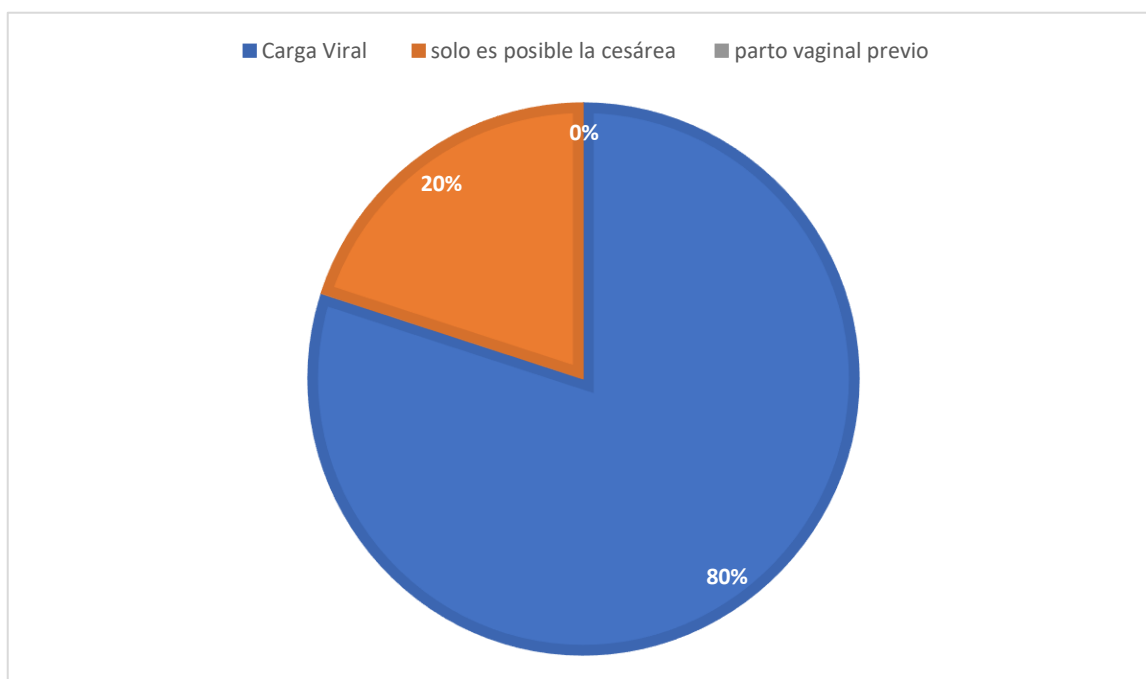
Otras condiciones que limitan el manejo adecuado y oportuno de esta enfermedad son las condiciones socioeconómicas pues si las gestantes son de bajos recursos muchas veces

no podrán asistir a todos los chequeos prenatales y puede repercutir en el éxito que las terapias convencionales poseen. Otro factor es el de educación ya que se ha visto que a las gestantes que no tienen acceso a la educación les cuesta en mayor medida entender la enfermedad y esto puede ocasionar que se pierda la adherencia al tratamiento³.

Conductas de riesgo como promiscuidad, uso de tabaco, de drogas, alcohol pueden generar limitaciones en el manejo. Estas pacientes con alto riesgo social tienen embarazos no deseados que puede generar cierto descuido y poca importancia durante la gestación²⁰. Si bien se cuenta con estudios que tienen pautas claras y esquemas de tamizaje, diagnóstico y de tratamiento eficaz y oportuno, no siempre se cuenta con estos recursos en los centros de salud, esto podría afectar el manejo que se le brinda a las gestantes. De ahí la importancia de conocer varios esquemas de TARV para poder elegir la más adecuada si en algún momento se tiene alguna limitación²⁰.

La siguiente pregunta 13 muestra los resultados de los encuestados en relación con el conocimiento sobre el método de parto en gestantes con VIH.

Gráfico 13- ¿De qué depende la vía de parto en una paciente con VIH?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

El gráfico 13 muestra que el 80% de los entrevistados afirma que la carga viral es de lo que depende la elección de la vía de parto. Un 20% contestó que solo es posible la realización de la cesárea, y ningún encuestado respondió la opción de parto vaginal previo.

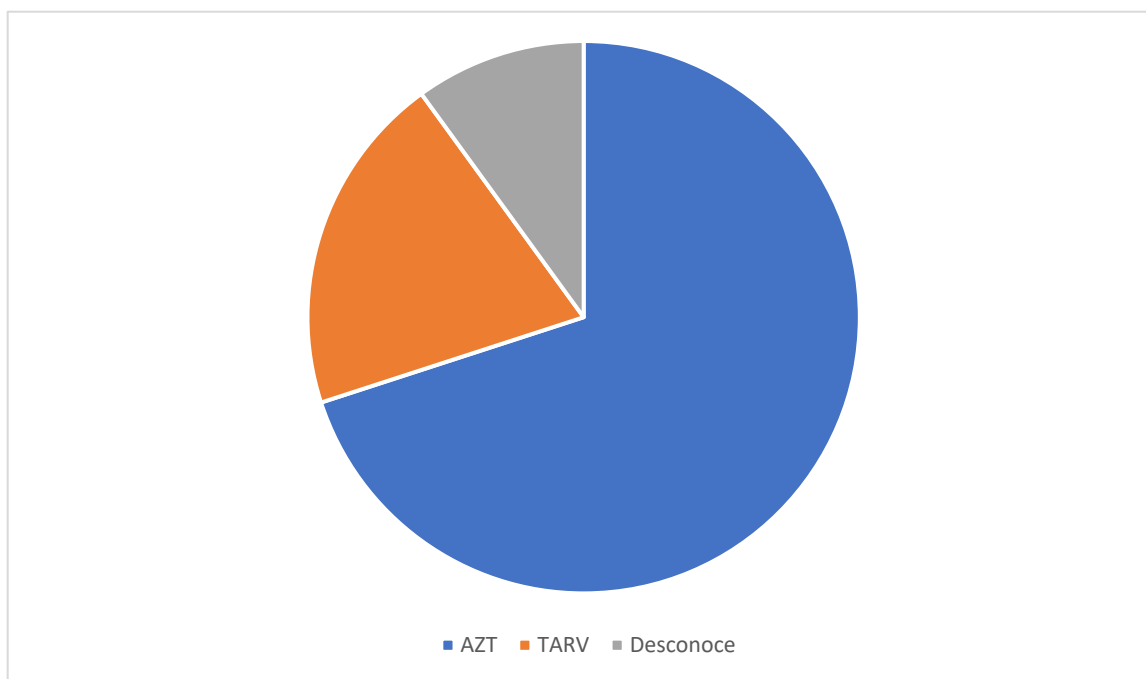
El factor aislado que mejor predice la transmisión fetal es la carga viral de la gestante. Debido a esto es que las principales intervenciones irán dirigidas a la disminución de la Carga viral y a la planificación del modo del parto. Se debe elegir la vía de parto más adecuada en cada caso, de forma que se garantice el mínimo riesgo de transmisión vertical del VIH, y la mínima morbilidad materna y fetal. La decisión debe implicar a la madre y al equipo médico, teniendo en cuenta la carga viral a las 34-36 semanas y su evolución durante la gestación²⁴.

Otro estudio afirma estas condiciones. Se debe lograr la determinación de la carga viral en la semana 36, para valorar los riesgos y ventajas de las distintas modalidades. También sugieren que la decisión entre parto vaginal o cesárea depende de la carga viral de las gestantes. En mujeres con carga viral entre 50 y 1000 copias, se deberá individualizar teniendo en cuenta que especialmente, con carga viral >400 copias, la conducta a seguir deberá basarse en lo antecedentes de adherencia ala TARV y si existieron fracasos previos²⁴.

Otro estudio también avala esta información habla de que se debe garantizar una toma de la carga viral conjunto con el personal médico y la madre, teniendo presente la carga viral de la gestante, esto la muestra, en torno a la mitad de los partos se practicó la cesárea. Un estudio mostró las vías de parto en población estudiada: La cesárea (54.1%), en cuatro de ellas se realizó por ser la madre VIH (6.56%) aunque sólo en un caso se contaba con carga viral positiva, de manera que en la mayor parte de las ocasiones no se tiene en cuenta la recomendación de practicar un parto vaginal cuando la carga viral es indetectable²⁹.

La siguiente pregunta 14 consistía en evaluar el conocimiento de los profesionales de salud acerca del manejo durante el parto en gestantes con VIH

Gráfico 14- ¿Cuál y cómo es el manejo (farmacológico) que debe realizarse previo al momento del parto en las gestantes VIH positivas a nivel hospitalario, independientemente de la vía de parto que se elija?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Como se muestra en el gráfico 14, la mayor cantidad de encuestados (7 sujetos) afirmaron que el manejo farmacológico durante el parto en gestantes con VIH es el uso de AZT, mientras que 2 sujetos respondieron que el manejo es la administración de fármacos antirretrovirales, sin especificar cual, y una persona respondió que desconocía cual era el manejo.

Como se ha visto a lo largo de la investigación y con las distintas fuentes científicas, se establece que la Zidovudina es el fármaco de elección para utilizar durante el parto como bien contesto la mayoría de los encuestados. Los primeros datos que hablan de la utilidad de la zidovudina intravenosa como profilaxis durante el parto se remontan a 1994. Esta medida

es usada a parte de la TARV en embarazadas si su carga viral es mayor a 1000 copias/ ml y deberá valorarse con cargas virales entre 50 y 1000 copias/ ml. Las primeras recomendaciones en Europa para el uso de zidovudina intravenosa intraparto aparecieron en 1988. Posterior se ha visto que se logra tener disminución de la carga viral (indetectable) y que la tasa de contagio disminuye²⁹.

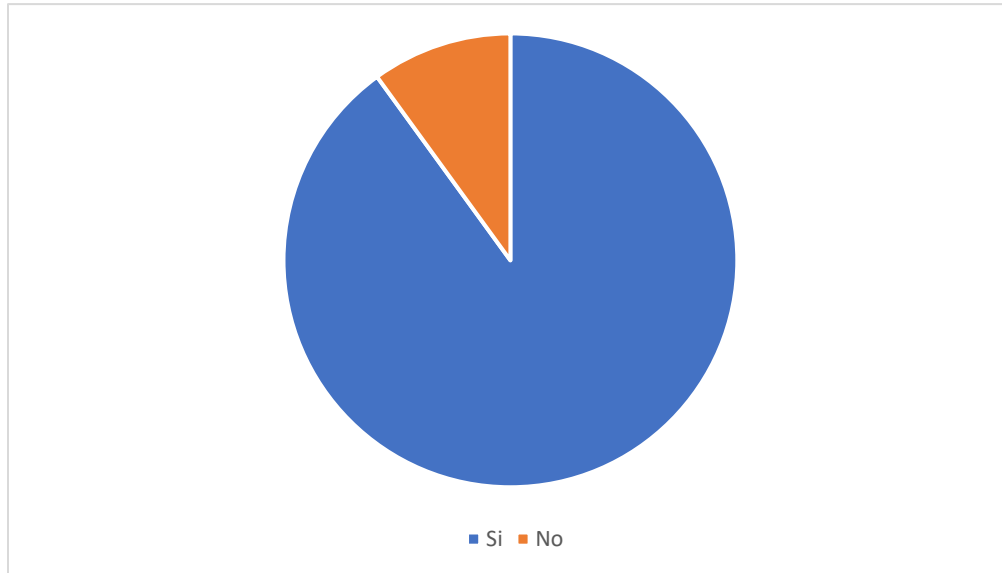
Otra indicación para la utilización de AZT es Ante que se encuentre con una prueba positiva frente al VIH. Se deberá actuar de forma rápida y durante el parto administrar AZT IV dados los efectos beneficiosos de este fármaco²¹.

En un estudio en el año 1994, el estudio PACTG 076 se demostró que la administración de AZT monoterapia a gestantes infectadas por el VIH asintomáticas, durante el embarazo, parto era capaz de reducir la transmisión vertical hasta en un 70%, mientras que en otro estudio PACTG 316 y en otros estudios prospectivos controlados, se notó que la utilización de TARV durante la gestación consiguieron tasas de transmisión fetal muy bajas, llegando a ser inferiores al 0,1% en pacientes gestantes con carga viral baja²¹.

La evidencia es clara en cuanto a que el tratamiento intraparto recomendado por haber demostrado mayor eficacia en la disminución de la tasa de contagio materno fetal de VIH es la administración intravenosa de Zidovudina. El tratamiento intraparto con AZT por vía intravenosa estará indicado en mujeres con CVP >1000 copias o desconocida en el momento del parto, con independencia del TARV que hubiese llevado previamente la paciente ²¹.

La siguiente pregunta 15 consistió en conocer si era responsabilidad del personal médico brindar recomendaciones y educación a las gestantes con VIH

Gráfico15- ¿Es responsabilidad del personal médico brindar recomendaciones en cuanto a orientación, educación, salud sexual y reproductiva a las mujeres gestantes con VIH para futuros embarazos?



Fuente: Elaboración propia encuesta Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul

Con respecto a este gráfico 15, se aprecia que un 90% (9 sujetos) contestó que es responsabilidad del médico brindar recomendaciones y educación a las gestantes con VIH. Y el 10% (1 sujeto) afirmó que no era responsabilidad médica.

No se cuenta en la literatura con estudios que respalden esta información, sin embargo, como se ha visto a lo largo de la investigación es fundamental que se tenga un adecuado manejo de esta enfermedad y es necesario realizar educación y orientación, y esto es trabajo del personal de salud, ya que las gestantes muchas veces desconocen el tema.

Algunas de las recomendaciones para una adecuada educación preconcepcional son: mantener hábitos saludables, tener actualizado el esquema de vacunas, utilización de ácido fólico previo a la gestación, optimizar el control clínico, educar sobre el riesgo de transmisión perinatal, brindar diferentes opciones reproductivas para lograr una gestación con el mínimo riesgo de transmisión, realizar una valoración básica sobre fertilidad²¹.

Asimismo, se ha visto que las pacientes desarrollan angustia y frustración cuando reciben el diagnóstico y se les dificulta su embarazo. Por eso es de vital importancia realizar medidas preventivas e inclusive pedir apoyo psicológico para evitar que la gestante sufra alguna depresión³.

En Costa Rica país la clínica de VIH se encarga de realizar seguimiento a la paciente VIH positiva y de generar todo tipo de educación, orientación y suministrar todas las técnicas de planificación de embarazos y es importante que la gestante acuda a los controles para garantizar que en futuros embarazos el manejo sea eficaz y oportuno²².

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- EL VIH es una patología frecuente en la población, según datos de la ONUSIDA 37.7 millones de personas vivían en 2020 con la infección. La población embarazada es una de las afectadas y de las más vulnerables por sus condiciones fisiológicas propias. En Costa Rica 74% de las mujeres embarazadas con VIH se encuentran con terapia antirretroviral y un 35% de recién nacidos reciben su diagnóstico de manera temprana, sigue siendo un problema de salud pública.
- La mujer tiene por ley el derecho a concebir y no resulta una limitación el tener diagnóstico de VIH. Las técnicas de manejo, las guías de prevención y el adecuado esquema de tratamiento son condiciones necesarias para que las gestantes cursen con un embarazo normal y no muestren alteraciones.
- El asesoramiento a las gestantes embarazadas es de mucha importancia. En las clínicas de HIV se cuenta con los recursos para brindar consejería preconcepcional y abordar dudas acerca de que es tener un embarazo siendo portadora de VIH, el asesoramiento previo al embarazo combinado con las técnicas de manejo disminuye las tasas de contagio vertical.
- El tiempo aproximado en el que se obtienen cargas virales indetectables en las gestantes es de cuatro semanas. En estas cuatro semanas cerca del 80% de las pacientes lograron tener cargas virales indetectables. Se debe contar en la primera consulta con pruebas de carga viral y mantener un control de estas. Este es el predictor más importante de complicaciones y de transmisión materno fetal.
- El 80% de la población encuestada en este estudio identificó que el correcto manejo de las cargas virales es realizarlas trimestralmente. También involucra el tener conteos de linfocitos CD4. Toda gestante embarazada debe tener estas pruebas antes del parto, en gran parte de esto dependerá el éxito de una tasa de contagio baja.
- Según datos de ONUSIDA 28,2 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en 2021. En las personas gestantes el inicio de esta terapia debe darse tan pronto como se confirme el diagnóstico. La TARV es bastante segura durante la gestación. Los estudios realizados mundialmente no muestran datos significativos de malformaciones en los neonatos hijos de gestantes con VIH y con uso de estos medicamentos, por lo que su uso durante el embarazo no es ninguna contraindicación.

- El inicio de la TARV se da con 3 medicamentos simultáneamente y se debe iniciar tan pronto como sea posible. Un esquema válido y usual en nuestro país para estas pacientes es la utilización de Zidovudina, Lamivudina y Lopinavir/Ritonavir.
- Existe una clara afectación de la calidad de vida de las gestantes con VIH. Diversos estudios mostraron que las gestantes con VIH durante su embarazo presentan incertidumbre, miedo, ansiedad. El desconocer que pasará con el hijo puede provocar sentimientos de desesperación y se debe contar con intervenciones psico afectivas para evitar que las gestantes tengan problemas de salud mental que provoquen un aumento de complicaciones en su gestación.
- De lo que dependerá la elección de la vía de parto en las gestantes con VIH es de la carga viral. Diversas publicaciones científicas muestran que este parámetro es fundamental para evitar contagios materno-fetales. En Costa Rica se decide realizar la cesárea de elección en pacientes VIH, sin embargo, pacientes con cargas virales indetectables que tengan buen apego al TARV podrían tener un parto vaginal.
- El manejo durante el parto es uno de los pilares más importantes en todo el manejo de la gestante con VIH, de esto dependerá que el neonato no sufra la infección por este virus. Existen múltiples esquemas y fármacos antirretrovirales que pueden ser utilizados, sin embargo, el que posee mayor beneficio y más estudios avalando su uso es la Zidovudina, en nuestro país este medicamento debe utilizarse en infusión continua antes de la realización de la cesárea, esto refleja tasas de menos 2% en contagios materno-fetales.
- Con los datos de la encuesta realizada a 20 profesionales de la salud del Hospital San Vicente de Paul, se puede afirmar que tienen un adecuado conocimiento acerca del diagnóstico y manejo del VIH, el manejo que se da va acorde con los estudios y la fuente de información científica.
- Uno de los pilares para el manejo de las gestantes con VIH es la educación continua, las pacientes se favorecen cuando se brindan charlas de educación acerca de su condición y de todo lo que implica en el embarazo. Las tasas de contagio y de complicaciones suelen ser más altas en gestantes que no recibieron asesoramiento o que tienen niveles educativos bajos.

Recomendaciones

- Seguir apoyando los planes y estrategias nacionales para la detección y manejo del VIH, al ser un problema de salud pública toda la población debe apoyar las distintas acciones que los sistemas de salud ponen en práctica para la erradicación de esta pandemia.
- Educar y fomentar prácticas de estilo de vida saludable y de prácticas sexuales seguras en las poblaciones, sobre todo en aquellas que son vulnerables y corren mayor riesgo de ser infectadas por el VIH, como las embarazadas, adolescentes, trabajadoras sexuales.
- Apoyar y estudiar las guías nacionales que poseen los esquemas, las técnicas y los recursos necesarios para que el personal médico sea capaz de afrontar sin problema pacientes gestantes con VIH +.
- La Caja Costarricense del Seguro Social debe continuar con los esfuerzos para ofrecer a la población las pruebas de detección y los fármacos antirretrovirales que ofrezcan los mayores índices de seguridad en el embarazo y que logren disminuir las tasas de contagio a neonatos.
- Es necesario realizar más investigaciones que midan los conocimientos de los profesionales de salud en este tema, ya que no se cuenta en la literatura con este tipo de estudios y además es importante ya que los profesionales de la salud en gran medida son los encargados de realizar todo el manejo correspondiente de los pacientes y su éxito será gran parte del conocimiento y la experiencia que se posea.
- Crear más investigaciones y estudios que sea de lectura fácil con la finalidad que las personas gestantes o que son VIH + las puedan entender, y esto les facilite la vida y o su embarazo, esto puede provocar mayor seguridad en esta población y contribuir a la disminución de contagios por VIH.
- Incentivar a que el personal de salud acompañe con apoyo psicológico a las gestantes que son diagnosticadas con VIH, es importante que estas no se sientan con temor, por lo que es fundamental que desde el sistema de salud se implementen técnicas para contrarrestar los efectos nocivos de este contagio
- Incentivar al personal médico del Hospital San Vicente de Paul a continuar estudiando y actualizándose en temas relacionados con VIH y gestación, asimismo, a instar a

todo el personal médico que no ha tenido experiencias en manejo de estas pacientes que realice reuniones y o charlas con colegas que posean experiencia con la finalidad de asegurar una adecuada atención a las gestantes con VIH que lleguen a este centro de salud.

- Incentivar a instituciones del estado, gobiernos, centros de salud, colegios, universidades a participar activamente sobre un proceso de educación continua que logre abarcar la mayor cantidad de personas posibles. Y que la población se entere de lo que se trata la enfermedad y las condiciones que puede tener en el embarazo, y así crear técnicas de apoyo y de información para evitar los contagios.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro J, Delgado R, Zambrano S, Rodríguez D. Virus de la inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas de entre 15 a 35 años. Dom Cien; 2021. (7): 196-212. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/8383853.pdf>
2. Loyola F, Ramírez A, Varas A. El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2021; 86(6):554-562 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000035>
3. Romero I, Muñoz D, Benitez L, Abdul K, Arteaga A. Uncertainty of pregnant woman living with HIV on antiretroviral treatment. Arch de Med. 2022; 22(1): 89-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273872198011>
4. CONASIDA, Ministerio de Salud Costa Rica. Informe medición del gasto de la respuesta nacional ante VIH y SIDA. Costa Rica;2021. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/4881-medicion-del-gasto-de-la-respuesta-nacional-ante-el-vih-y-sida-2020/file>
5. CONASIDA, Ministerio de Salud Costa Rica. Plan estrategico nacional de VIH, Costa Rica 2021-2026. Costa Rica; 2020. Disponible en: <http://www.conasida.go.cr/documentacion/conasida/resoluciones-politicas-y-planes/198-pen-vih-2021-2026/file>
6. Ministerio de Salud de Costa Rica. Protocolo Nacional de la Vigilancia por VIH y las infecciones de transmisión sexual. Costa Rica;2022. Disponible en: <http://www.conasida.go.cr/docman/conasida/normativas-y-lineamientos/207-protocolo-nacional-de-vigilancia-de-la-infeccion-por-vih-y-las-infecciones-de-transmision-sexual>
7. Bolaños M. Atención a mujeres con VIH/SIDA. Rev Cub de Med Gen Int; 2020: 36 (1). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000100011

8. Ministerio de Salud Costa Rica, Consejo Nacional de atención Integral VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud. La situación del VIH/SIDA en Costa Rica. (2004). Disponible en: <https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/vih.pdf>
9. Ordoñez J. Situación actual de la infección vertical por VIH. Rev Latin Infect Pediatr 2020; 33 (2): 63-65 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2020/lip202a.pdf>
10. Boza R. Orígenes del VIH SIDA. Rev Clic Med UCR. 2016; 6 (4): 48-60. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/26927/27103/72058>
11. Ortiz F. Infección por el VIH/SIDA en el embarazo y la lactancia. Gac Med Méx. 2006; 142 (2): 57-64 Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Infecci%C3%B3n+por+el+VIH%2FSIDA+en+el+embarazo+y+la+lactanci&btnG=#d=gs_qabs&t=1687121349935&u=%23p%3D3suxCp_nG7oJ
12. Saucedo D, et al.. Factores asociados a infección por VIH en mujeres embarazadas, Municipio Central de Honduras, 2016. Rev. Fac. Cienc. Méd. 2019; 16 (2): 17-22. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2019/pdf/RFCMVol16-2-2019-4.pdf>
13. Organización Mundial de Salud. Definición de salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
14. Fernández D. El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH en Venezuela. Un estudio exploratorio. Rev Ger y Pol Salu. 2020;19: 1-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54574759023>
15. Organización Mundial de la Salud, Human Reproduction Programme. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. (2018) Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
16. López V, Boanergs, Varas R, Guzmán M. Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. Rev Cien Inv y Cono; 2018. 2(4): 48-69 disponible en: https://scholar.google.es/scholar?as_q=vih+diagn%C3%B3stico+y+tratamiento&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_occt=any&as_sauthors=&as_publication=&as_ylo=2018&as_yhi=2023&hl=es&as_sdt=0%2C5#d=gs_qabs&t=1687140973469&u=%23p%3DP1KxG7DB3r0J

17. De Casas R. Texto guía para el diagnóstico y manejo del VIH en el embarazo. Popayan, Colombia : Editorial Universal del Cauca ; 2020 Disponible en : <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IExhEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=De+Casas+R.+Texto+gu%C3%ADa+para+el+diagn%C3%B3stico+y+manejo+del+VIH+en+el+embarazo&ots=oUbMEQId5O&sig=2ibgoUkXLb4RCNqzloqkNV8F3yM#v=onepage&q=De%20Casas%20R.%20Texto%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20manejo%20del%20VIH%20en%20el%20embarazo&f=false>
18. Kou J, Ramirez J, Morán D, Valdez F. Virus de Inmunodeficiencia Humana durante el embarazo. Rev reciamuc; 2022 754-763 Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/961>
19. Duran J. Tratamiento antirretroviral para lograr carga viral indetectable en embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa. Universidad Nacional Autónoma de México; 2020 Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000844313/3/0844313.pdf>
20. Loyola F, Ramírez A, Varas A. El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas. Rev Chi Obs y Gnc; 2021. 86(6):554-562 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600554
21. GESIDA. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Soc Esp de Gnc y Obst; 2018. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/05/gesida_VIH_embarazo.pdf
22. Porras O, et al.. Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en Costa Rica. Acta Méd costarric; 2013.55 (2): 96-102. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022013000200007

23. Mofenson L. Risk of HIV Acquisition During Pregnancy and Postpartum: A Call for Action. *The Journal of Infectious Diseases*; 2018;218 Disponible en: <https://academic.oup.com/jid/article/218/1/1/4913312>
24. Unidad de infecciones perinatales. Protocolo: Infección por VIH y gestación. Universidad de Barcelona; 2022. Disponible en: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/vih_y_gestacion.pdf
25. Huamán, B, et al.. Prevención De La Transmisión Materno-Infantil Del VIH En Gestantes Y Madres Awajún Y Wampis De La Región Amazonas En Perú. *Rev Per de Med Exp y Sal Pub*;2017 34(4): 627-632 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342017000400007&script=sci_abstract
26. Warley Eduardo M, Tavella Silvina, Rosas Alejandra. Control de embarazo y parto en mujeres infectadas por HIV. *Medicina*, Argentina. 2017: 85-88. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000200002&lng=es.
27. Caja Costarricense del Seguro Social. Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. Costa Rica; 2022. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-posparto-2.pdf>
28. Rubiano Mesa Y. L, Munevar Torres R. Y, Goethe Sánchez B. Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 2016;48(3):353-363. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343846574010>
29. Gámez A, López M. Resultados del embarazo en mujeres con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Actual. Med.*; Granada. 2020.105: (810): 96-102 Disponible en: https://actualidadmedica.es/articulo/810_or03/

30. McGray T, et al.. 'You are not alone' - The role of social relationships in engagement in care for adolescents living with perinatally acquired HIV in Western Kenya. *Qualitative Research in Health*; 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30836611/>

CAPÍTULO VII – ANEXOS

7.1 Anexos

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

Autor/Rev Año	Ref	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados/conclusiones
Romero I, Arch de Med. 2022	3	Uncertainty of pregnant woman living with HIV on antiretroviral treatment.	estudio observacional, descriptivo con componente analítico	4	14	Estudio observacional, descriptivo con componente analítico. La población estuvo conformada por todas las gestantes con diagnóstico de VIH y tratamiento antirretroviral, que asistieron a un control en una IPS de la ciudad de Montería	65% de las gestantes con VIH, en tratamiento antirretroviral, presentó un alto nivel de incertidumbre global, 14% regular y el 21% Conclusiones: las gestantes con VIH en terapia antirretroviral participantes del estudio presentaron un alto nivel de incertidumbre, especialmente frente al pronóstico, tratamiento y diagnóstico
Kou J, Reciamuc 2022	18	Virus de inmunodeficiencia humana durante el embarazo	Se realizó una revisión bibliográfica	5		Se realizó una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema de fuentes	Se concluyó que elaborar un buen plan de prevención y atención en las mujeres embarazadas infectadas y promoviendo la educación profesional de salud-paciente, disminuiría el riesgo de la

						confiables como Scielo, Redalyc, Google académico y autores especializados entre otros, se obtuvieron 28 artículos de los cuales se consideraron 17 los más adecuados con información pertinente que sirvió para realizar este artículo.	transmisión perinatal y una maternidad satisfactoria.
Duran J. 2020	19	Tratamiento antirretroviral para lograr carga viral indetectable en embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa.	Estudio observacional transversal retrospectivo, descriptivo	4	66 personas	Estudio observacional transversal retrospectivo, descriptivo	Se acepta la hipótesis de trabajo la cual refiere que es posible obtener cargas virales indetectables mediante el uso de inhibidores de integrasa.

Loyola F. Rev Chi Gnc y Obst 2020	20	El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas	Revisión narrativa.	5		Revisión narrativa. Se realiza un análisis de contenido de fuentes primarias obtenidas mediante búsqueda en las bases de datos	Las tres dimensiones planteadas se relacionan entre sí, definiendo los efectos del embarazo en mujeres VIH positivas y lo que conlleva esta condición en la salud de la madre. Se identificaron diversos problemas que afectan la salud de las mujeres seropositiva que se embarazan.
Porras O, et al., Act Med Cr	22	Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en Costa Rica	Revisión bibliográfica	5		Revisión bibliográfica	
Mofenson L. The Journal of Infectious Diseases 2018	23	Risk of HIV Acquisition During Pregnancy and Postpartum: A Call for Action	Estudio prospectivo	4		Estudio prospectivo	
Huamán, B, et al.. Rev Per de Med Exp y Sal Pub;2017	25	Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres Awajún y Wampis	Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico.	4	15	Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico. Se realizaron	Las medidas para la prevención de la TMI parecen extrañas para las costumbres, valores y creencias de las gestantes/madres, por lo que

		de la región amazonas en Perú				entrevistas semiestructuradas a gestantes y madres de niños menores de un año de las comunidades indígenas awajún y wampis diagnosticadas con VIH	no son comprendidas ni aceptadas, resultandos ineficaces y perjudicando la relación con el personal de salud. Se necesita una mejor comprensión de la cultura y el diseño de intervenciones adecuadas a esta población.
Warley E, Tavella, Rosas 2017	26	Control de embarazo y postparto en mujeres infectadas por HIV.	estudio descriptivo observacional retrospectivo	3	104	Presentamos los datos de un estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado con el objetivo de evaluar las características de las mujeres embarazadas infectadas por HIV	La terapia antirretroviral (TARV) se inició antes de la semana 24 en 70% de los embarazos. La cesárea electiva fue el modo más frecuente de parto. La carga viral luego de la semana 32 de embarazo estaba disponible en el 82.7% de las pacientes siendo menor a 1000 copias/ml en 78 (75%) y menor a 200 en 70 (67.3%), no hallándose disponible en 18 (17.3%) de los casos.
Rubiano Mesa Rev Univ Ind Santand.2 016	28	Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA	Estudio cualitativo, fenomenológico interpretativo	3	10	Estudio cualitativo, fenomenológico o interpretativo, con participación	La gestación con diagnóstico de VIH/SIDA es un fenómeno complejo, que traspasa aspectos biológicos y farmacológicos para demandar cuidados interdisciplinarios

						de diez mujeres en puerperio lejano que viven con VIH/SIDA	sociales, psicológicos, espirituales y familiares, pues el centro de atención es el hijo en gestación y los ya existentes; desbordando la capacidad del sistema de salud.
Gámez A, Lopez R Actual. Med 2020	29	Resultados del embarazo en mujeres con infección por virus de la inmunodeficiencia humana	estudio descriptivo observacional	4		estudio descriptivo observacional	Se observan unos resultados bastante favorables en lo que se refiere al control de la infección de estas pacientes, en especial a partir de la introducción del uso de la zidovudina como profilaxis intraparto. No hay casos de transmisión vertical desde 1997.

Anexo 2 Encuesta. Análisis de conocimiento sobre el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul.

Mi nombre es Valeria González Serrano, desarrolladora de la tesis de grado titulada “Análisis del manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario.”

Realizada para optar por el grado por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad Internacional de las Américas.

Las entrevistas se realizan con la finalidad de conocer el punto de vista de los profesionales de salud del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul, como parte de un proceso de investigación y como una fuente de información. El objetivo es analizar el manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el HSVP, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario.

No se utilizará información personal ni datos sensibles de paciente, ni personal médico, ya que el fin es meramente académico.

1- ¿Si una mujer tiene diagnóstico de VIH es una limitante para quedar embarazada?

Si () No ()

2- ¿Debe una mujer portadora de VIH recibir asesoramiento si desea quedar embarazada?

Si () No ()

3- ¿Deben realizarse controles de carga viral y conteo de linfocitos durante la gestación?

Si () No ()

- 4- Si su respuesta fue si, ¿Qué tan frecuente deben realizarse estos conteos?
Solo una vez () Dos veces () Por lo menos una vez cada trimestre ()
- 5- ¿Si se diagnostica el VIH por primera vez durante la gestación se debe iniciar la terapia antirretroviral de inmediato?
Si () No ()
- 6- ¿Existe algún plan nacional de manejo para gestantes con VIH?
Si () No ()
- 7- ¿Como profesional de la salud cuenta con todos los recursos para abordar de manera eficaz e integral un embarazo cuya madre es VIH positivo?
Si () No ()
- 8- ¿Le ha tocado abordar alguna paciente gestante con VIH?
Si () No ()
- 9- ¿Cuál es la complicación más frecuente si no se aborda oportunamente a una gestante con VIH?
cese del embarazo () anemia() contagio al neonato ()
- 10- ¿Existe más afectación en la salud mental y la calidad de vida si la gestante es diagnosticada con VIH por primera vez durante el embarazo?
Si () No ()
- 11- ¿Si la gestante se niega a iniciar la terapia antirretroviral se dispone de algún plan o un método alternativo?
Si () No ()
- 12- ¿Existen limitaciones en el manejo que se le brinda a las pacientes gestantes con VIH?
Si () No ()
- 13- ¿De qué depende la vía de parto en una paciente con VIH?

Parto vaginal previo () Carga viral () solo se puede realizar cesárea)

14- ¿Cuál y como es el manejo (farmacológico) que debe realizarse previo al momento del parto en las gestantes VIH positivas a nivel hospitalario, independientemente de la vía de parto que se elija?

15- ¿Es responsabilidad del personal médico brindar recomendaciones en cuanto a orientación, educación, salud sexual y reproductiva a las mujeres gestantes con VIH para futuros embarazos?

Si () No ()

San José, 10 de diciembre, 2023.

Señores
Universidad Internacional de las Américas
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Estimados señores:

El suscrito Lic. Carlos Luis Marín Porras, cédula 1-0519-0295, vecino de Heredia centro, en mi calidad de Filólogo por la Universidad de Costa Rica, carnet 832262, hace constar que he revisado y corregido el trabajo final de graduación, que tiene como título "Análisis del manejo y afectación en la mujer embarazada con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana atendida en el Hospital San Vicente de Paul, durante el primer semestre del 2023, para la educación continua de las pacientes adscritas a dicho centro hospitalario", realizado por la estudiante Valeria González Serrano, portadora de la cédula de identidad número 1-1717-0500, como requisito para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

Considero que desde el punto de vista de redacción y lenguaje dicho trabajo cumple con los requisitos formales y de contenido exigidos por la universidad, y por tanto lo recomiendo para su entrega ante el Comité de Trabajos Finales de Graduación.

Corregí el trabajo en aspectos relacionados con el campo filológico, tales como construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros; y desde ese punto de vista, considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación; por cuanto cumple con los requerimientos establecidos.

Se suscribe de ustedes cordialmente,

FIRMADO DIGITALMENTE



Lic. Carlos Luis Marín Porras
Universidad de Costa Rica
Carné. 832262
Universidad Católica de Chile,
Facultad de Filosofía y Letras
Corrector Filólogo Editorial Caribe, Miami, Fla. USA.

CARLOS
LUIS
MARIN
PORRAS
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
CARLOS LUIS
MARIN PORRAS
(FIRMA)
Fecha: 2023.12.10
10:55:30-07'10"