



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA
POSTGRADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA



PROPUESTA PARA EL MANEJO INTRAPARTO EN PACIENTES CON VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

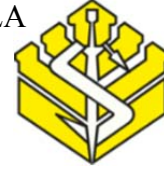
AUTORA: GREIMAR ALEJANDRA ARVELO ESCALONA

TUTOR CLINICO: DR. DANIEL ALEXANDER SILVA ZARRAGA

PUERTO CABELLO 2024



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA
POSTGRADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA



**PROPUESTA PARA EL MANEJO INTRAPARTO EN PACIENTES CON VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

Sede Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara".

AUTORA: GREIMAR ALEJANDRA ARVELO ESCALONA

TUTOR CLINICO: DR. DANIEL ALEXANDER SILVA ZARRAGA

PUERTO CABELLO 2024



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

PROPUESTA PARA EL MANEJO INTRAPARTO EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Presentado para optar al grado de **Especialista en OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA** por el (la) aspirante:

ARVELO E., GREIMAR A.
C.I. V.- 23.648.910

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Daniel A., Silva Z., titular de la C.I V.- 19.928.570, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/01/2025**

Prof. Luis Urbina

C.I. 19058152

Fecha 31-01-2025

TEG: 87-24

Prof. Nancy Méndez

(Pdte) *Nancy Méndez*

C.I. 8596315

Fecha 31-01-2025



Prof. Carmen Medina

C.I. 16204734

Fecha 31-01-2025

CONTENIDO

RESUMEN.....	4
SUMMARY	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIÓN.....	21
RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXO	28



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA
POSTGRADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA



PROPUESTA PARA EL MANEJO INTRAPARTO EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORA: Greimar Arvelo
TUTOR CLINICO: Dr. Daniel Silva

RESUMEN

En todo el mundo, aproximadamente 1,2 millones de mujeres con VIH quedan embarazadas cada año. Si no se tratan, tienen entre un 15 a 45% de posibilidades de transmitir el virus al feto durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, este riesgo se reduce a poco más del 1% cuando se administran fármacos antirretrovirales. Por esa razón la presente investigación tiene como objetivo general: “Normalizar una propuesta de atención intraparto en gestantes con HIV en el hospital Dr. Adolfo Prince Lara”. Esto se debe a la tasa de pacientes que se han recibido en los últimos años. **MATERIALES Y MÉTODOS** Esta investigación tiene un nivel descriptivo con diseño investigativo cuantitativo de tipo retrospectivo, no experimental con la siguiente línea de investigación: salud sexual y reproductiva. La información se recolecto mediante la revisión de historias médicas desde el año 2012 hasta el 2022, almacenadas en el departamento de historias médicas del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara **RESULTADOS** De los 39 casos de estudio, los recién nacidos de madres con VIH que no contrajeron la infección durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (76.9%), Sin embargo, se produjo la transmisión vertical en 7 de los recién nacidos (18%) y 2 no poseían resultados (5.1%). Esto indica que la transmisión vertical del VIH sigue siendo un problema de salud pública importante, a pesar de los avances en la prevención y el tratamiento. **CONCLUSIÓN** La transmisión vertical del VIH sigue siendo un desafío significativo, especialmente en mujeres con vulnerabilidades socioeconómicas. Se debe optimizar los protocolos establecidos en el manejo intraparto de gestantes seropositivas para reducir la transmisión vertical. Las medidas preventivas eficaces a reforzar son la terapia antirretroviral de inicio precoz y continuo, cesárea electiva, pinzamiento precoz del cordón umbilical y la supresión de la lactancia materna.

Palabras clave: gestantes, VIH, trabajo de parto, transmisión vertical



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
COMPREHENSIVE CLINICAL DEPARTMENT OF THE COAST
POSTGRADUATE GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA



**PROPOSAL FOR INTRAPARTUM MANAGEMENT IN PATIENTS WITH
HUMAN IMMUNE DEFICIENCY VIRUS**

AUTHOR: Greimar Arvelo

CLINICAL TUTOR: Dr. Daniel Silva

SUMMARY

Worldwide, approximately 1.2 million women with HIV become pregnant each year. If left untreated, they have a 15 to 45 percent chance of transmitting the virus to their fetus during pregnancy, childbirth, or breastfeeding. However, this risk is reduced to just over 1% when antiretroviral drugs are administered. For this reason, the general objective of this research is: "To develop an updated proposal for intrapartum care in pregnant women with HIV at the Dr Adolfo Prince Lara hospital." This is due to the rate of patients that have been received in recent years. **MATERIALS AND METHODS** This research has a descriptive level with a retrospective, non-experimental quantitative research design with the following line of research: sexual and reproductive health. The information was collected through the review of medical records from 2012 to 2022, stored in the Medical Records department of the Dr. Adolfo Prince Lara Hospital **RESULTS** Of the 39 study cases, most of newborns of mothers with HIV who did not contract the infection during pregnancy, childbirth or breastfeeding (76.9%), However, vertical transmission occurred in 7 of the newborns (8%) and 2 did not have results (5.1%). This indicates that vertical transmission of HIV remains a major public health problem, despite advances in prevention and treatment. **CONCLUSION** The vertical transmission of HIV remains a significant challenge, particularly among women with socioeconomic vulnerabilities. The protocols established in the intrapartum management of seropositive pregnant women must be optimized to reduce vertical transmission. The effective preventive measures to be reinforced are early and continuous antiretroviral therapy, elective cesarean section, early clamping measures of the umbilical cord and the suppression of breastfeeding.

Keywords: pregnant women, HIV, labor, vertical transmission

INTRODUCCIÓN

La pandemia del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa afectando a personas de todas las edades y géneros en todo el mundo, incluyendo a las mujeres embarazadas. En 2023, 1.2 millones de gestantes vivían con el VIH lo que llama la atención ya que a pesar de tener acceso a medicamentos antirretrovirales es fundamental intensificar los esfuerzos para evitar la transmisión vertical (TV) y así proteger la salud de las futuras generaciones.¹

El embarazo es una condición fisiológica la cual es parte de la vida reproductiva de la mujer que, por lo general, no debería representar ningún inconveniente para la salud materna y fetal, pero desde que se descubre es fundamental su desarrollo, un monitoreo constante y adecuado. Ya que en la actualidad con la aparición de múltiples enfermedades hay circunstancias que demandan un control más periódico y minucioso de la mujer embarazada y que necesitan de intervenciones especiales, como por ejemplo en el caso de la mujer con VIH positivo.²

La mayoría de las mujeres que resultan ser seropositiva desconocen realmente que es esta enfermedad, por ello es importante saber y darles a conocer qué; el VIH es un patógeno que ataca a los linfocitos CD4 y, por ende, afecta al sistema inmunitario de su huésped. A medida que el virus elimina estas células, la condición de inmunosupresión se agrava.³

La etapa más avanzada de la infección por VIH es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual puede manifestarse entre los dos y quince años después de la primoinfección por el virus en ausencia de tratamiento. Se define por la presencia de cualquiera de más de 20 infecciones oportunistas, así como cánceres asociados con el VIH y/o la disminución de linfocitos CD4 igual o menor a 200 células. La transmisión del VIH se produce a través del intercambio de ciertos fluidos corporales de la persona infectada, como la sangre, el semen, las secreciones vaginales o la leche materna, además de la TV.⁴

La pandemia del HIV/SIDA lleva más de cuarenta años a nivel mundial. A pesar de que se han logrado muchos éxitos en consideración a lo expresado por el Programa Conjunto de

las Naciones Unidas sobre Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA), el ritmo de los avances ha sido demasiado lento para poder erradicar este virus y así salvar a cientos de miles de personas del sida. Debido a ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) explican que el mundo no ha alcanzado las metas que se propusieron de prevención y tratamiento del VIH para finales de 2020 y los retrocesos que se produjeron en el primer semestre de 2020 debido al confinamiento ante la COVID-19 ha puesto en peligro los frágiles avances logrados.⁵

En 2023, se estima que 39.9 millones de personas vivían con VIH a nivel mundial, en comparación con 39.5 millones en 2022. De esta cifra, el 53% correspondía a mujeres y niñas de todas las edades en 2023, frente al 52% en 2022, lo que refleja un ligero incremento. Sin embargo, las nuevas infecciones por VIH en mujeres y niñas representaron el 44% en 2023, mientras que en 2022 fueron del 46%. A pesar de algunos avances, las cifras aún son significativas en relación con las metas proyectadas para 2025-2030 de cumplir la meta de 95-95-95 refiriéndose al 95% de las madres, niños y jóvenes infectados se encuentren diagnosticados, el 95% reciba tratamiento y ese 95% presenten supresión viral.^{6,7}

Las estimaciones del 2023 también indican que 1.3 millones de personas adquirieron el VIH, lo que representa una disminución del 39% desde 2010, al igual las nuevas infecciones anuales por TV de VIH mundialmente han disminuido un 58%, pasando de 310.000 a 120.000 en 2023. La cobertura mundial de la terapia antirretroviral (TARV) en mujeres embarazadas, que era del 17% en 2010, alcanzó el 82% en el 2022 y 84% en 2023, alrededor de 630.000 personas en todo el mundo murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA, en comparación con 1.3 millones en 2010. De aquí lo importante de implementar y cumplir los protocolos establecidos para la prevención de la TV.^{7,8}

Según el protocolo 076 del AIDS Clinical Trials Group (ACTG) realizado por primera vez en Estados Unidos y Francia, implementado actualmente por el Consejo Nacional para Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (CONASIDA), su objetivo fue demostrar la eficacia de la Zidovudina (AZT) en la reducción de la TV del

VIH, mediante la administración de TARV durante el embarazo, iniciado a partir de la semana 14 con AZT oral, independientemente de los niveles de CD4 o carga viral (CV); controles de embarazo en el programa VIH del hospital, con la intervención del equipo de embarazos de alto riesgo; cesárea programada; TARV durante el parto administrando AZT endovenoso; y TARV oral para el recién nacido (RN), con AZT durante 6 semanas, sustituyendo la leche materna por fórmula durante los primeros 6 meses. Los resultados iniciales mostraron una disminución en la transmisión del VIH al 8.4%, en comparación con el 25.5% observado con placebo. Actualmente, al ampliar la cobertura y el cumplimiento, esta tasa se ha reducido aún más, alcanzando el 2%.⁹

En Europa la prevalencia de madres gestantes infectadas por VIH es de 1,44‰ (1,37-1,52‰), a esto se le suma la influencia del fenómeno de inmigración que está sucediendo en los últimos años en el país donde mujeres provenientes de países cercanos con mayor prevalencia de VIH empezaron a sobre poblar la entidad causante de propagar aún más el virus por Europa.¹⁰

En Venezuela actualmente se enfrenta una crisis humanitaria compleja según la Organización de Naciones Unidas (ONU), la cual es el resultado de una combinación de inestabilidad política, conflictos y violencia, desigualdades sociales y una pobreza subyacente. Esta situación compromete el bienestar de la población en particular de las mujeres embarazadas, las cuales sufren condiciones crónicas de salud y más las que están en zonas de difícil acceso geográfico, lo que lleva a un rápido deterioro nutricional de la población, grave falta de medicamentos e insumos médicos y dificultad para obtener atención médica esencial.^{11,12}

Por ello la combinación de emergencias en alimentación y salud reduce las posibilidades de que las embarazadas y aún más seropositivas, tengan oportunidad de culminar la gestación de manera satisfactoria. Esta situación se refleja en indicadores sociales, económicos y de salud informados por organizaciones internacionales y nacionales. Donde se encuentran los datos sobre mujeres con VIH en Venezuela las cuales son en gran medida de recursos limitados, una investigación nacional llevada a cabo en diferentes áreas de Venezuela en

300 mujeres con VIH (52 embarazadas y 248 no embarazadas) reveló que en más del 40% de los casos, el diagnóstico de VIH se realizó en los últimos 4 años, lo que indica un aumento de esta infección en las mujeres. Las venezolanas con VIH, presentan un perfil epidemiológico similar a otros países con dificultades socio-políticas, en donde más del 50% de las embarazadas son menores de 24 años y solo el 81% se encontraba en TARV. La mayoría solo tienen educación básica, están desempleadas y no utilizan preservativo.¹³

Según el Programa Nacional del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida/ Infecciones de Transmisión Sexual (PNSIDA/ITS) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), los casos de VIH en embarazadas en el año 2016 han disminuido a nivel nacional, lo cual, muy probablemente, se debe a un subregistro importante, debido a la escasez de reactivos para realizar las pruebas diagnósticas de VIH en los servicios de salud reproductiva de nuestro país, situación que se ha agravado en los últimos años. El bajo porcentaje de control prenatal en las gestantes venezolanas (menor al 50%).¹⁴

En cuanto a la prevalencia de VIH en embarazadas en Venezuela, hay pocos estudios realizados. También hay un incremento gradual en las embarazadas con VIH, se observa que para el período 2001-2003 se registraron entre 100 y 200 gestantes con VIH, mientras que, el período 2004-2016 se registraron 3.930 con promedio 393 gestantes seropositivas por año reportando las cifras más altas para 2014 y 2015, por último, las cifras del 2021-2022 es de 1262, es decir se duplicó el número de embarazadas con diagnóstico de infección activa.^{15,16}

En este sentido el método de selección para la vía de resolución del parto se determina mediante un análisis de CV de la paciente. Los principales criterios para parto por vía vaginal son tener recientemente una CV indetectable, iniciar el TARV en etapa temprana o antes del embarazo, realizar el parto vaginal en caso de Ruptura prematura de membranas (RPM) y ante un trabajo de parto avanzado (más de 6 cm de dilatación), aplicando todas las medidas intrapartos, hacer el parto vaginal en mujeres en TARV, con progresión rápida de la labor de parto y con una CV < 50 copias /ml (indetectable) en el tercer trimestre, evitar la

ruptura artificial de las membranas, evadir la utilización de instrumentación en el parto como fórceps o ventosa, aplicar episiotomía restrictiva, proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizar pinzamiento inmediato y evitar el ordeño del cordón umbilical, aspirar y bañar al RN con agua estéril a 35°C, colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y garantizar que reciba AZT a 2mg/kg entre las primeras 4 y 6 horas.^{17,18}

Los criterios para el parto por cesárea; realizar la cesárea electiva a la embarazada con VIH a partir de la semana 38, individualizar la conducta a seguir. En ese sentido, basarse en los antecedentes de adherencia al TARV y en la existencia o no de fracasos previos en mujeres en TARV, con CV positiva oscilante entre las 50 y 400 copias/ml y con una labor de parto muy avanzada, hacer una cesárea programada o de emergencia en casos de CV > 400 copias/ml, proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizando un pinzamiento inmediato y evitando el ordeño del cordón umbilical, proceder a aspirar y a bañar al RN con agua estéril a 35°C, colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y recibir su TARV entre las primeras 4 y 6 horas.^{17,18}

Siendo el método de actuación el siguiente; realizar evaluación clínica, virológica e inmunológica, iniciar TARV inclusive en el primer trimestre de la gestación; y culminación del embarazo el cual se recomienda cesárea programada para la prevención de la transmisión perinatal del VIH.¹⁸

Formulación de la problemática

En todo el mundo, a finales del 2023, 1.2 millones de mujeres embarazadas vivían con VIH.¹⁹ Si no reciben TARV, tienen entre un 15 a 45% de posibilidades de transmitir el virus al feto: durante el embarazo 25-40%, el parto 60-75% o la lactancia 15%-20%. Sin embargo, este riesgo se reduce a poco más del 1% cuando se administran fármacos antirretrovirales (ARV). El número de fetos infectados con el VIH cada año se ha reducido desde 2009, de 400 000 a 240 000 en 2013 y de 160.000 a 120.000 para el 2021-2023.²⁰ El objetivo global para 2025 es tener menos de 50.000 nuevas infecciones entre adolescentes y

mujeres jóvenes y evitar que los niños contraigan el VIH. Sin embargo, para lograr esto, se requerirán esfuerzos adicionales.²¹

El progreso ha sido más fuerte en los países y regiones con la mayor inversión financiera, como África Oriental y Meridional, donde las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 57% desde 2010. Gracias al apoyo e inversión para acabar con el SIDA infantil, en 2023 el 84% de las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH en todo el mundo reciben TARV, frente al 46% en 2010. Como resultado, las nuevas infecciones por el VIH entre los niños se redujeron en un 62% entre 2010 y 2023, la tasa más baja desde la década de 2010.²²

En América Latina y el Caribe, se estima que la cantidad de niños nacidos con el VIH se redujo en un 45% entre 2015 y 2018, con 2.324 niños nacidos con el virus. Durante este período, las pruebas del VIH aumentaron al 74% para las embarazadas, un aumento del 19% en comparación con 2015. Las gestantes infectadas con VIH que recibieron TARV abarcaron el 93%, un aumento de 34 puntos porcentuales en tres años.²³

Venezuela suma unos 100.000 contagiados de VIH, según un informe del ministerio de Salud publicado en 2020, que precisa que, del total, 73.147 conoce su estado serológico y 56.038 recibe tratamiento de forma gratuita. En el mismo año 404 mujeres embarazadas con VIH fueron atendidas en la red pública, otras 75 fueron diagnosticadas después del parto y sus RN pasaron a recibir el protocolo para expuestos al virus; 2.8% de los RN fueron seropositivos ese año. ONUSIDA Venezuela destaca que el país reporta un aumento en el acceso al TARV 60.765 personas recibieron tratamiento en 2022, un aumento de más de 3.000 pacientes con respecto a 2021.²⁴

Es importante resaltar que la erradicación de la transmisión del VIH es un desafío para el MPPS, para lo cual la dependencia ha desarrollado lineamientos claros, enfocándose en mejorar su cobertura de diagnóstico y atención, así como enfatizar la capacitación de los trabajadores de salud comunitaria integrada de base para llegar al máximo número de

mujeres embarazadas y brindarles un apoyo integral, medicamentos ARV y capacitación del personal.²⁴

Zuñiga D. En el 2021, en Ecuador, realiza un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y manejo de gestantes infectadas por el VIH, evidenciando que la prevalencia del VIH en gestantes ha disminuido significativamente en todos los países, incluyendo la República Centroafricana, en donde su prevalencia es del 4.5% en comparación con otros países tales como: India, Estados Unidos, Brasil, Ecuador, en donde su incidencia se encuentra alrededor del 1%. En cuanto al manejo, diversas guías establecen que es necesario un adecuado control prenatal y valoraciones mensuales de las combinaciones de ARV para poder supervisar la carga viral y la eficacia del tratamiento. Destacando que el diagnóstico y manejo oportuno del VIH en mujeres embarazadas reduce el riesgo de TV menos del 1%.²⁵

Cordone V. En 2007-2017, en Paraguay, donde se manejó una población de 73 embarazadas con VIH en el Hospital Regional de Coronel Oviedo con el objetivo de caracterizar a las embarazadas seropositivas, determinó que el 69.86% de las gestantes fueron diagnosticadas portadoras del virus antes del embarazo, el resto durante la gestación, el 83.56% utilizó antirretrovirales (ARV) antes y durante del embarazo, respectivamente. El nacimiento se produjo en el 93.15% por cesárea y el 95.89% de las gestantes recibieron AZT endovenoso durante el parto, logrando así 0% de TV. Resaltando la importancia de hacer el respectivo seguimiento a las madres gestantes ya que al diagnosticar desde etapas temprana de la gestación se puede proceder aplicar los TARV y así evitar la TV.²⁶

Carvajal A, et al. Desde 1999 y 2004, en Venezuela, realizaron un estudio en 82 embarazadas con VIH en el Hospital Universitario de Caracas, donde determinaron la eficacia de la profilaxis ARV. Obtuvieron los siguientes resultados, la mayor parte de las pacientes pertenecían al rango de edad comprendido entre 20-29 años (63%) y el 69.5% eran amas de casa. Se encontró que el 62% se diagnosticó con VIH durante la gestación. En 91.5% de los casos se indicó TARV en la etapa prenatal, culminación del embarazo y en RN, el cual 12.5% no lo recibió. También se encontró que el promedio de linfocitos

TCD4+ al finalizar el TARV fue de 527.6 células/mm³ y el de CV fue de 150.24 copias/mm³.²⁷

A su vez Linares C. y Méndez N. Desde 2008-2015, en Puerto Cabello Venezuela determinaron la incidencia de TV de VIH en pacientes que acudieron a la consulta de infectología. Con una muestra de 23 pacientes con un total de 27 embarazos. En la cual se aplicó una ficha de recolección de datos encontrando lo siguiente las edades más frecuentes se encontraron entre 15-20 años (37%), las primigestas representaron 55.6%, el diagnóstico de infección por VIH se realizó en el 51.9% durante el embarazo, los linfocitos TCD4 se encontraron entre 201-499 células/mm³ (37%), la CV <100 copias ARN/mm³ (44.4%). El TARV se cumplió de forma regular en 85.2%, la profilaxis para prevenir TV se cumplió en 88,9% y 74.1% de los nacidos fueron obtenidos por cesárea, el 100% de los nacidos por cesárea y cuyas madres cumplieron tratamiento resultaron negativos para VIH, el 33% de los nacidos por parto vaginal resultaron infectados, no se administró lactancia materna al 88.9%, la incidencia de mortalidad neonatal y mortinato fue de 3.7%. Concluyendo que la incidencia de transmisión vertical fue 8%.²⁸

Por esa razón la presente investigación tiene como objetivo general: “Normalizar una propuesta de atención intraparto en gestantes con VIH en el hospital Dr. Adolfo Prince Lara”. Esto se debe a la tasa de pacientes que se han recibido en los últimos años.

Objetivos Específicos.

1. Conocer las características socioeconómicas de las gestantes con VIH.
2. Identificar los factores de riesgo para la Transmisión Vertical de VIH.
3. Establecer estrategias efectivas para prevenir la transmisión intraparto de VIH.
4. Describir los resultados neonatales de los embarazos de madres seropositivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación tiene un nivel descriptivo con diseño investigativo cuantitativo de tipo retrospectivo, no experimental con la siguiente línea de investigación: salud sexual y reproductiva.

La información se recolectó mediante la revisión de historias médicas desde el año 2012 hasta el 2022, almacenadas en el departamento de Registro y Control de Historias Médicas del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, mediante la técnica de revisión documental.

Criterios de inclusión: Gestantes con VIH atendidas en la sala de partos del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara.

Criterios de exclusión: Gestantes con serología para VIH negativa.

La muestra consta de 35 pacientes con un total de 39 embarazos desde el año 2012 hasta el 2022 atendidas en la sala de partos del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara.

RESULTADOS

Tabla 1. Características socioeconómicas de las gestantes con VIH

Variable	Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Edad	16 a 19 años	4	10,3
	20 a 25 años	19	48.7
	26 a 29 años	10	25.6
	30 a 34 años	1	2.6
	35 a 40 años	5	12.8
	TOTAL	39	100
Nivel educativo	Universitario	2	5.1
	Técnico	4	10.3
	Bachiller	26	66.7
	Básico	6	15.3
	Analfabeta	1	2.6
	TOTAL	39	100
Ocupación	Ama de casa	27	69.2
	Obrera	7	18
	Otras	5	12.8
	TOTAL	39	100
Número de Gestación	I	9	23.1
	II	10	25.6
	≥III	20	51.3
	TOTAL	39	100

En las características socioeconómicas de las gestantes con VIH se encontró que la mayoría pertenecen al rango de 20 a 25 años de edad 48.7% (n: 19). El nivel educativo predominó el bachillerato con el 66.7% (n: 26). En relación a la ocupación el mayor porcentaje se les atribuyó a amas de casas 69.2% (n: 27) y por último se evidenció que el número de gestación más correspondió a aquellas con III gestas o más 51.3% (n: 20)

Tabla 2. Factores de riesgo para la Transmisión Vertical de VIH

Variable	Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Ruptura prematura de membranas	Si	4	10.3
	No	35	89.7
	TOTAL	39	100
Trabajo de parto en periodo expulsivo	Si	4	10.3
	No	35	89.7
	TOTAL	39	100
Amniorrexis	Si	1	2.6
	No	38	97.4
	TOTAL	39	100

Según los datos recopilados de las 39 pacientes en estudio solo 10.3% (n: 4) presentaron RPM, al igual que el 10.3% (n: 4) ingresaron en trabajo de parto periodo expulsivo y en el 2.6% (n:1) se produjo amniorrexis al tacto vaginal.

Tabla 3. Estrategias efectivas para prevenir la transmisión intraparto de VIH

Variable	Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Vía de resolución del parto	Vaginal	10	25.6
	Cesárea	29	74.4
	TOTAL	39	100
Pinzamiento precoz del cordón umbilical	Si	39	100
	No	0	0
	TOTAL	39	100
Tratamiento antirretroviral preparto	Si	31	79.5
	No	8	20.5
	TOTAL	39	100
Tratamiento antirretroviral Intraparto	Si	35	89.7
	No	4	10.3
	TOTAL	39	100
Control prenatal	Si	29	74.4
	No	10	25.6
	TOTAL	39	100
Diagnostico	Pregestacional	16	41
	Gestacional	23	59
	TOTAL	39	100
Carga viral	Si	27	69.2
	No	12	30.8
	TOTAL	39	100
Linfocitos CD4	Si	21	53.8
	No	18	46.2
	TOTAL	39	100

La vía de resolución del parto predominó cesárea con 74,4% (n: 29) y posteriormente. La realización del pinzamiento precoz del cordón umbilical representó el total de los casos 100% (n: 39). Gestantes que recibieron TARV preparto 79,5% (n: 31). También se observó que el 89.7% (n: 35) de las pacientes recibieron TARV intraparto, otorgado por el estado. En cuanto al control prenatal de estas pacientes acudió el 74.4% (n: 29) y no cumplieron con el control 25.6% (n:10). El diagnóstico se realizó durante la gestación en 59% (n: 23) y el restante ya conocía su estado serológico 41% (n: 16). En relación a la CV 69.2% (n: 27) tuvieron acceso y de linfocitos CD4 53.8% (n: 21) de las gestantes se realizaron el examen.

Tabla 4. Resultados de Transmisión vertical.

Variable	Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Transmisión vertical	Negativo	30	76.9
	Positivo	7	18
	Sin resultados	2	5.1
	TOTAL	39	100

Los RN de madres con VIH no contrajeron la infección durante el embarazo, el parto o la lactancia materna 76.9% (n: 30). Sin embargo, se produjo la TV en 18% (n: 7) de los RN y no poseían resultados por mortinato 5.1% (n: 2).

DISCUSIÓN

El manejo intraparto en pacientes con VIH ha experimentado avances significativos en las últimas décadas, con la introducción de la TARV y otras medidas profilácticas, reduciendo significativamente la TV del VIH, permitiendo que las mujeres seropositivas tengan embarazos exitosos.

En este estudio se encontró que el grupo etario predominante fue entre los 20 a 25 años de edad, difiriendo con la investigación realizada en este mismo centro de salud por Linares y Méndez²⁸, reflejando que el grupo etario oscilo entre 15 a 20 años de edad. Sin embargo, coinciden con el encontrado por Cordone²⁶, que comprende el rango de edad entre 19 a 28 años, y Carvajal, et al.²⁷, que reportó un rango de 20-24 años. También corresponde con los datos aportados por ONUSIDA, donde la prevalencia de edad se sitúa entre los 15 y 24 años. En cuanto al número de gestas, los resultados encontrados en este estudio predominaron en las pacientes con más o igual a III gestas, discrepando con Linares y Méndez²⁸, en el cual predominaron las primigestas.

En relación a las características socioeconómicas de este estudio, se manifiesta una clara vulnerabilidad en la vida diaria de las gestantes, caracterizada por bajos niveles educativos, dedicación exclusiva al hogar y una precaria situación económica que predomina en jóvenes, el cual concuerda con los datos de la OMS, la investigación de Carvajal, et al.²⁷, donde el 69,5% tenían dedicación exclusiva al hogar, y con Zuñiga²⁵, que reportó un 26.27%.

Los factores de riesgo para la TV de VIH que presentaron las pacientes en este estudio difieren con las investigaciones de Zuniga²⁵, Carvajal, et al.²⁷ y Linares y Méndez²⁸, quienes no reportaron factores de riesgo. Sin embargo, concuerda con Cordone²⁶, el cual reportó RPM en el 2.74% de los casos.

En cuanto a la resolución del embarazo, en este estudio predominó vía cesárea con un 74.4%, lo cual se asemeja a los resultados del estudio de Cordone²⁶ (93.15%), de Linares y Méndez²⁸ (74.1%) y Carvajal, et al.²⁷ (76.8%). Siguiendo las pautas de la OMS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta y el MPPS de nuestro país, quienes indican realizar cesárea segmentaria si la CV de las embarazadas es mayor a 400 copias, si es realizada antes de las 34 semanas de gestación independientemente del resultado, o si se desconoce la CV o no posee TARV previo.

Según el momento del diagnóstico de VIH, los resultados coinciden con Linares y Méndez²⁸, donde el 51,9% de los casos ocurrió durante el embarazo. También se asemeja con la investigación de Carvajal, et al.²⁷, donde el diagnóstico predominó durante el embarazo (63.4%). Sin embargo, difieren de los hallazgos de Cordone²⁶, en cuyo estudio la mayoría de las gestantes (69.86%) fueron diagnosticadas pregestación. No obstante, se observa concordancia con Cordone²⁶ en relación a la administración de TARV intraparto, que fue recibido por el 95.86% de las pacientes; con Carvajal, et al.²⁷, el 91.5% y con Linares y Méndez²⁸, en el 88.9% de las pacientes, en comparación con el 89.7% en este estudio. En cuanto al TARV preparto, recibido por la mayoría de las pacientes (79.5%), se observó similitud con los estudios de Carvajal, et al.²⁷, que reportaron el 91.5% de los casos; Cordone²⁶, con el 83.56%; y Linares y Méndez²⁸, con el 88.9%. Estos datos también corresponden a los informes de ONUSIDA que indican que el 84% de las embarazadas reciben TARV. Esto ratifica que el diagnóstico precoz y la buena adherencia al TARV disminuye la TV del VIH, como se ha evidenciado desde la instauración del protocolo 076 ACTG.

En relación a las pacientes de esta investigación que realizaron la carga viral, se observó que el 69.2% tuvieron acceso, coincidiendo con Carvajal, et al.²⁷, el cual reportó 65.8%, y con el estudio de Linares y Méndez²⁸ (74%). Así mismo, la realización de la prueba de linfocitos CD4, el 53.8% de las pacientes de esta investigación tuvieron acceso, reflejando similitud con el estudio de Carvajal, et al.²⁷, que reportó el 64.6%, y con Linares y Méndez²⁸, quienes indicaron que la mayoría de las pacientes tuvieron el acceso (81.4%).

Esta investigación resalta la importancia de seguir las guías y protocolos de atención durante el trabajo de parto para reducir, e incluso erradicar, la TV. En este estudio se evidenció una transmisión materno-infantil del 18% de los casos, lo cual difiere de los resultados de Linares y Méndez²⁸, quienes, a pesar de haber realizado su investigación en la misma institución de salud y coincidir en tres años de análisis (2012-2015), reportaron una tasa de TV del 8%, al igual que los resultados de Carvajal, et al.²⁷ con un 12.5% de TV. Así mismo, los hallazgos contrastan con los de Cordone²⁶, quien no reportó casos de TV en su estudio. Este aumento de TV observado en este estudio podría deberse a factores de riesgo como la RPM, parto en periodo expulsivo y la amniorrexis.

CONCLUSIÓN

La TV del VIH representa un problema de salud pública significativo, particularmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Este estudio realizado en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara evidenció que, aunque el 76.9% de los neonatos nacieron libres de VIH, el 18% presentó TV, lo que destaca la necesidad de intensificar las guías y protocolos establecidos para disminuir la transmisión materno-infantil. Entre las medidas preventivas más efectivas que se deben reforzar y mantener se encuentra la implementación temprana y sostenida de la TARV, la cesárea electiva en pacientes con CV detectable, el pinzamiento precoz del cordón umbilical y la supresión de la lactancia materna, reduciendo significativamente el riesgo de transmisión del virus.

Además, se evidenció que el acceso a un control prenatal adecuado y periódico es un factor clave para identificar oportunamente la infección y permitir el inicio temprano del TARV y otras medidas preventivas. Sin embargo, la falta de pruebas diagnósticas en los servicios públicos, reportada en los últimos años, limita el diagnóstico temprano y afecta la atención integral de estas pacientes.

La carga viral en gestantes con VIH es un indicador crucial para determinar el riesgo de TV durante el embarazo y el parto. Mantener una CV indetectable mediante la TARV reduce este riesgo, permitiendo que muchas mujeres con VIH puedan tener partos vaginales sin complicaciones adicionales.

La atención intraparto en pacientes con VIH requiere de un enfoque multidisciplinario que involucre a ginecólogos obstetras, infectólogos, pediatras y enfermeras para garantizar un manejo oportuno y de calidad. A su vez, cumplir a cabalidad los protocolos permitirá optimizar los resultados materno-neonatales. Este estudio refuerza la importancia de fortalecer la educación, los servicios de planificación familiar y la cobertura de tratamiento para minimizar la TV del VIH y garantizar nacimientos saludables y libres del virus. La investigación continua y alcanzar la meta en cuanto al diagnóstico, tratamiento y supresión viral debe ser prioridades para abordar este desafío de manera efectiva.

RECOMENDACIONES

- 1- Cumplir de manera óptima el protocolo establecido para la atención intraparto.
- 2- Atención multidisciplinaria para garantizar la seguridad y el bienestar materno fetal mediante obstetras, pediatras, infectólogos, psicólogo, entre otros.
- 3- Dotación por parte de la institución del material de bioseguridad para el personal de salud.
- 4- Establecer stop del TARV en la institución para la madre y el RN.
- 5- Fortalecer la capacitación del personal nuevo de salud en las áreas de sala de parto y maternidad sobre las gestantes seropositivas.
- 6- Establecer apoyo psicológico a las gestantes.
- 7- Fomentar charlas educativas sobre la supresión de la lactancia materna.
- 8- Garantizar el seguimiento postparto de madre y recién nacido.

REFERENCIAS

- 1- Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 12 ene 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids#:~:text=En%20todo%20el%20mundo%2C%2039,820%20000%5D%20personas%20en%202023.>
- 2- Biblioteca Nacional de Medicina. Embarazo [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer.[citado 12 ene 2025].Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>
- 3- Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH y sida [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 4- Manual MSD. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) [Internet]. [citado 18 ene 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/infecciones/infección-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih/infección-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih#Diagnóstico_v789459_es
- 5- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Informe oral sobre el seguimiento por el UNICEF de las recomendaciones y decisiones adoptadas en las reuniones 47ª y 48ª y en los dos períodos extraordinarios de sesiones de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2022 [citado 2024 Nov 15]. Disponible en: <https://www.unicef.org/executiveboard/media/9066/file/2022-EB2-HIV-AIDS-ES-2022.01.05.pdf>
- 6- ONUSIDA. Hoja informativa 2024: últimas estadísticas sobre el VIH y sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. 2024 [citado 14 ene 2025]. Disponible en:

https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Informe%20mundial%20VIH%20sida%20ONUSIDA%202024.pdf

7- ONUSIDA. El camino que pone fin al sida: Actualización mundial sobre el sida de ONUSIDA 2023. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2023. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf

8- ONUSIDA. Informe mundial sobre la epidemia de sida 2010 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2010 [citado 20 sept 2023]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC1958_GlobalReport2010_full_es_1.pdf

9- Mofenson LM, Connor EM, Kourtis AP, et al. Reducing the risk of perinatal HIV-1 transmission with zidovudine: results and implications of the AIDS Clinical Trials Group protocol 076. N Engl J Med. 1994;331(13):828-35.

10- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants - Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2022 progress report [Internet]. Stockholm: ECDC; 2023 [citado 25 ago 2023]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-and-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-partnership-fight>

11- Observatorio Venezolano de la Salud. Reporte Nacional. Emergencia Humanitaria Compleja. Derecho a la Alimentación y Nutrición [Internet]. Caracas: Observatorio Venezolano de la Salud; 2018 [citado 2023 Ago 20]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/alimentacion/reporte-nacional-emergencia-humanitaria-compleja-venezuela-derecho-alimentacion>

12- Human Rights Watch. Crisis humanitaria en Venezuela. La inadecuada y represiva respuesta del gobierno ante la grave escasez de medicinas, insumos y alimentos [Internet]. Nueva York: Human Rights Watch; 2016 [citado 2023 Ago 20]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2016/10/24/crisis-humanitaria-en-venezuela/la-inadecuada-y-represiva-respuesta-del-gobierno>

- 13- Carvajal A, Castrillo M, Morales M, Moy F, Castrillo S, Morillo M, et al. Características epidemiológicas y otros indicadores en mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Venezuela. *Gac Med Caracas* [Internet]. 2020 [citado 15 May 2023];124(2):138–48. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/17494
- 14- Quintero C, Gutiérrez M, Carvajal A. A ciegas contra el VIH en Venezuela. *El País*. 2016 Mar 24;Planeta Futuro. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/03/24/planeta_futuro/1458836137_474815.html
- 15- Carvajal A. Aspectos epidemiológicos de la medicina interna en Venezuela [Internet]. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2023 May 15]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050494/517-996-1-sm.pdf>
- 16- Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI), Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+). VIH en Venezuela: un asunto en estado de emergencia. Informe sobre la situación del acceso a los servicios de atención y tratamientos en VIH, enero 2021 - abril 2022 [Internet]. Caracas: ACCSI, RVG+; 2022 [citado 15 May 2023]. Disponible en: <https://cofavic.org/wp-content/uploads/2023/05/ACCSI-RVG-Informe-VIH-EN-VENEZUELA-enero-2021-y-abril-2022vff.pdf>
- 17- Medicina Fetal Barcelona. Protocolo: Infección por VIH y gestación [Internet]. Barcelona: Medicina Fetal Barcelona; 2024 [citado 12 mar 2024]. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/vih_y_gestacion.pdf
- 18- Pérez A, Gómez B, Rodríguez C. La investigación científica en Venezuela: Retos y perspectivas. *Rev Venez Invest* [Internet]. 2018 [citado 13 ene 2025];12(1):45-60. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vit/article/view/6534
- 19- Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos sobre la respuesta al VIH/SIDA [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids/data-on-the-hiv-aids-response>
- 20- Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH [Internet]. Washington DC-

- Ginebra: OMS; 2015 [citado 2024 Ene 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-6-2015-oms-valida-eliminacion-cuba-transmision-madre-hijo-vih-sifilis>
- 21- Be in the KNOW. Objetivos globales del VIH [Internet]. [citado 12 ene 2025]. Disponible en: <https://www.beintheknow.org/understanding-hiv-epidemic/context/global-hiv-targets>
- 22- Noticias ONU. El 2024 es un año decisivo para eliminar la pandemia de VIH-SIDA en 2030 [Internet]. 2024 jul 22 [citado 11 Oct 2024]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2024/07/1531396>
- 23- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Registran reducción del 78% de nacimientos con VIH en América Latina y el Caribe [Internet]. 2014 dic 19 [citado 17 Abr 2023]. Disponible en: <https://portal.mspbs.gov.py/registrar-reduccion-del-78-de-nacimientos-con-vih-en-america-latina-y-el-caribe/>
- 24- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Informe nacional de seguimiento de la Declaración Política sobre VIH y el sida de 2016: Monitoreo Global del Sida 2020 [Internet]. Caracas: MPPS; 2020 [citado 17 Abr 2023]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/VEN_2020_countryreport.pdf
- 25- Zuñiga D. Prevalencia y manejo de gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 10]. Disponible en: <https://dsepace.ucacue.edu.ec/items/f483fcb5-f894-4353-844c-610ec5009146>
- 26- Cordone V. Características clínicas y epidemiológicas de embarazadas portadoras de VIH del Hospital Regional de Coronel Oviedo, periodo 2007-2017 [Internet]. Coronel Oviedo, Paraguay: OPS; 2018 [citado 2023 Abr 10]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021607/caracteristicas-clinicas-y-epidemiologicas-de-embarazadas-port_OoPHsLS.pdf
- 27- Carvajal A, Morillo M, López J, Garrido E, Achè A, Ferreira A, et al. Profilaxis antirretroviral en 80 embarazadas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana. Caracas, Venezuela. Boletín Venezolano de Infectología [Internet]. 2008 [citado 13 ene 2025];19(1):18-29. Disponible en: <https://www.boletinsvi.com/wp->

content/uploads/2021/12/11-Boletín-Venezolano-de-Infectología.-Enero-Junio-2008.pdf

28- Linares C, Méndez N. Transmisión vertical de VIH en pacientes de la consulta de infectología. Puerto Cabello- Venezuela. Boletín Venezolano de Infectología [Internet]. 2008 [citado 10 abr 2023];17(12):104-112. Disponible en: <https://www.boletinsvi.com/wp-content/uploads/2022/06/Bol-272-jul-dic-2016.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. Algoritmo

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTRAPARTO EN GESTANTES CON VIH DEL HOSPITAL DR ADOLFO PRINCE LARA

ALGORITMOS DE ACTUACIÓN: PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO

✓ Gestante en trabajo de parto con diagnóstico confirmatorio de VIH

➤ Múltipara

Con carga viral menor a 400 copias realizada después de las 34 semanas de gestación, embarazo controlado, tratamiento antirretroviral cumplido.

- Volante de notificación: Servicio de pediatría, servicio de infectología.
- Vía de resolución del parto: vaginal.
- Tratamiento antirretroviral intraparto: 3 horas previas iniciar zidovudina dosis inicial, 2mg/kg diluido en 100cc de solución dextrosa al 5%, administrado en 1 hora. Dosis de mantenimiento 1mg/kg diluido en 100cc de solución dextrosa al 5%, administrado cada hora hasta el clampaje precoz del cordón umbilical.
- Contraindicado los procedimientos invasivos, tactos vaginales restringidos, evitar episiotomía en lo posible y evitar ordeño de cordón umbilical.
- Evitar parto prolongado, considerando uso de oxitócicos según dinámica uterina.
- Recién nacido: Lactancia materna omitida, iniciar fórmula que debe ser indicada por el pediatra, iniciar TARV con zidovudina en jarabe, realizar PCR-ADN-VIH en los primeros días de vida.

➤ Múltipara

Con carga viral mayor a 400 copias, realizar la misma antes de las 34 semanas de gestación independientemente del resultado, embarazo no controlado, sin tratamiento antirretroviral previo.

- Volante de notificación: Servicio de pediatría, servicio de infectología.
- Vía de resolución del parto: cesárea segmentaria.
- Tratamiento antirretroviral intraparto: 3 horas previas iniciar zidovudina dosis inicial, 2mg/kg diluido en 100cc de solución dextrosa al 5%, administrado en 1

hora. Dosis de mantenimiento 1mg/kg diluido en 100cc de solución dextrosa al 5%, administrado cada hora hasta el clampaje precoz del cordón umbilical.

- Evitar ordeño de cordón umbilical.
- Recién nacido: Lactancia materna omitida, iniciar formula que debe ser indicada por el pediatra, iniciar TARV con zidovudina en jarabe, realizar PCR-ADN-VIH en los primeros días de vida.

➤ **Múltipara**

Con carga viral menor o igual a 50 copias, realizadas después de las 34 semanas de gestación, embarazo controlado, con tratamiento antirretroviral previo

- Volante de notificación: Servicio de pediatría, servicio de infectología.
- Vía de resolución del parto: vaginal.
- No amerita tratamiento antirretroviral intraparto. Continuar esquema de TARV vía oral previo.
- Contraindicado los procedimientos invasivos, tactos vaginales restringidos, evitar episiotomía en lo posible y evitar ordeño de cordón umbilical.
- Evitar parto prolongado, considerando uso de oxitócicos según dinámica uterina.
- Clampaje precoz del cordón umbilical profiláctico.
- Recién nacido: Lactancia materna omitida hasta evaluación e indicaciones por pediatra. Realizar PCR-ADN-VIH en los primeros días de vida.

➤ **Primigesta**

- Volante de notificación: Servicio de pediatría, servicio de infectología.
- Vía de resolución del parto: cesárea segmentaria.
- Carga viral menor o igual a 50 copias, realizadas después de las 34 semanas de gestación, embarazo controlado, con tratamiento antirretroviral previo: NO AMERITA TARV INTRAPARTO.

- Carga viral mayor a 50 copias, realizar la misma antes de las 34 semanas de gestación independientemente del resultado, embarazo no controlado, sin tratamiento antirretroviral previo: Iniciar TARV intraparto: 3 horas previas iniciar zidovudina dosis inicial, 2mg/kg diluido en 100cc de solución dextrosa al 5%, administrado en 1 hora. Dosis de mantenimiento 1mg/kg diluido en 100cc de solución dextrosa al 5%, administrado cada hora hasta el clampaje precoz del cordón umbilical.
- Evitar ordeño de cordón umbilical.
- Recién nacido: Lactancia materna omitida, iniciar formula que debe ser indicada por el pediatra, iniciar TARV con zidovudina en jarabe, realizar PCR-ADN-VIH en los primeros días de vida.

✓ **Gestante en trabajo de parto sin serología para VIH**

- Realizar Prueba rápida para VIH o elisa de cuarta generación:
 - Resultado negativo; vía de resolución del parto por criterio obstétrico.
 - Resultado positivo, iniciar protocolo indicado para, no uso de TARV previo.

Fuente: ONUSIDA 2020, MPPS-PNSIDA/ITS 2016, CLINIC BARCELONA MEDICINA MATERNOFETAL 2022

ANEXO 2

Instrumento de recolección de datos

#DE HISTORIA	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	AÑO DE INGRESO	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACIÓN	#DE GESTAS	DIAGNÓSTICO DEL VIRUS				CONTROL PRENATAL SI O NO	CARGA VIRAL	LCD4	TARV PREPARTO SI O NO	TARV INTRAPARTO SI O NO	FACTORES DE RIESGO PARA TRANSMISION VERTICAL	VIA DEL PARTO		PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDON UMBILICAL SI O NO	RESULTADO NEONATAL TRANSMISION VERTICAL SI O NO
							PREGESTACIÓN	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE							VAGINAL	CESÁREA		