

**DOI:** 10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.326-342

**URL:** <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/909>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de Investigación

**CÓDIGO UNESCO:** Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 326-342







## Prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, hospitales básico de la ciudad de Sucúa y Homero Castanier de la ciudad de Azogues 2012- 2019

HIV prevalence and management in pregnant women in labor, basic hospitals in the city of Sucúa and Homero Castanier in the city of Azogues 2012-2019

Prevalência e gestão do HIV em gestantes em trabalho de parto, hospitais básicos na cidade de Sucúa e Homero Castanier na cidade de Azogues 2012-2019

María Augusta Ayora Zhagñay<sup>1</sup>; Lauro Hernán Mejía Campoverde<sup>2</sup>; Esteban Adrián Reiban Espinoza<sup>3</sup>; Jimena Elizabeth Cherez Angüizaca<sup>4</sup>

**RECIBIDO:** 10/07/2020 **ACEPTADO:** 26/08/2020 **PUBLICADO:** 15/10/2020

1. Médico; Directora del Centro de Salud de Pucará; Azuay, Ecuador; maugusta.ayora@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0435-6771>
2. Especialista en Ginecología y Obstetricia; Especialista en Docencia Universitaria; Doctor en Medicina y Cirugía; Docente Titular de La Cátedra de Ginecología de la Carrera de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca; Ecuador; lauromc2010@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9927-755X>
3. Especialista en Medicina (Hematología); Especialista en Medicina Interna; Docente de la Cátedra de Hematología de la Carrera de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca; Ecuador; teban45@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8204-7480>
4. Médico tratante del Servicio de Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) de la ciudad de Cuenca; Ecuador; jimenacherrez1990@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7505-380X>

### CORRESPONDENCIA

María Augusta Ayora Zhagñay  
maugusta.ayora@hotmail.com

**Azuay, Ecuador**

## RESUMEN

El MSP del Ecuador plantea el protocolo de acción frente a gestantes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el mismo que ataca los linfocitos CD4. Haciendo hincapié en los objetivos de la OMS, de disminuir la transmisión vertical mediante la acción oportuna del personal médico y la colaboración de las gestantes. El objetivo de la ONUSIDA en el 2017 es disminuir la transmisión vertical del 40% al 2%, el cual se evaluará en el presente estudio. Objetivo: Prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, Hospital Básico Sucúa 2017 – 2019 y Homero Castanier 2012- 2019. Metodología: El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, en 41 gestantes seropositivas al VIH, 18 de las mismas pertenecientes al Hospital Básico Sucúa y los 23 restantes al Hospital Homero Castanier Crespo. Se revisaron las fichas clínicas, recolectándose la información necesaria en formularios de datos, los mismos que posteriormente se tabularon con el programa SPSS versión 23.0 y Microsoft Excel 2013. Los resultados de la investigación se presentaron en gráficos, tablas simples de frecuencia y de doble entrada. Resultados: En el estudio se obtuvo una prevalencia del 0,26% en el Hospital Básico Sucúa y Hospital Homero Castanier Crespo, dentro de las pacientes el 51,2% fueron pacientes de entre 16-25 años, auto identificación étnica fue mestiza (56,1%), la mayoría de gestantes conocen su diagnóstico en el momento de la labor de parto (41,5%) y la finalización de la gestación se realiza con Cesárea con profilaxis en un 78%. Al final la transmisión vertical fue del 14%. Conclusiones: La prevalencia de gestantes en labor de parto con diagnóstico de VIH así como la transmisión vertical fueron altas. Se cumple el objetivo planteado por ONUSIDA en 2017 de llegar al 2%. El cumplimiento del protocolo para el tratamiento es parcial.

**Palabras clave:** Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, gestantes, transmisión vertical.

## ABSTRACT

The Ecuadorian Ministry of Public Health has proposed a protocol of action for pregnant women carrying the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which attacks CD4 lymphocytes. This has been done with special emphasis on the objectives of the World Health Organization to reduce Vertical Transmission through timely action of medical staff along with the cooperation of pregnant women. The goal of UNAIDS in 2017 is to reduce vertical transmission from 40% to 2%. Objective: The main objective of this study is to determine the incidence and management of HIV in pregnant women in labor at Sucúa Basic Hospital 2017 - 2019 and at Homero Castanier Hospital 2012-2019. Methodology: The present study uses a cross-sectional observational descriptive research approach, with the participation of 41 HIV-positive pregnant women from which 18 of them belong to the Sucúa Basic Hospital and the remaining 23 to the Homero Castanier Crespo Hospital. The clinical records were reviewed, collecting the necessary information in data forms, which were subsequently formulated with the SPSS 23.0 program and with Microsoft Excel 2013. The results of the research are presented in graphs, simple frequency and double entry tables. Results: In the study, a prevalence of 0, 26% was obtained at the Basic Hospital Sucúa, and Homero Castanier Crespo Hospital. The highest ethnic self-identification group was mestizo (56.1%). Most pregnant women know their diagnosis at the time of labor (41.5%), and the termination of pregnancy is performed through cesarean delivery with prophylaxis in a 78%.OR 0, 03. The vertical transmission was in 6 exposed progenies, representing a 14%. Conclusions: The prevalence of diagnosed HIV cases in pregnant women in labor is low in relation to the UNAIDS objectives, being 0.26% at the HBS and HHCC. In addition, there was a vertical transmission of 14%, which is equal to 6 cases. This value is greater than the goal of reaching 2%, set by UNAIDS in 2017; however, it is less than the 40% presented by this same institution.

**Keywords:** Human Immunodeficiency Virus, HIV, pregnant women, vertical transmission.

## RESUMO

O Ministério de Saúde Pública do Equador propôs um protocolo de ação para gestantes portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que ataca os linfócitos CD4. Isso foi feito com ênfase especial nos objetivos da Organização Mundial da Saúde de reduzir a Transmissão Vertical por meio da ação oportuna da equipe médica em conjunto com a cooperação das mulheres grávidas. A meta do UNAIDS em 2017 é reduzir a transmissão vertical de 40% para 2%. Objetivo: O objetivo principal deste estudo é determinar a incidência e o manejo do HIV em mulheres grávidas em trabalho de parto no Hospital Básico de Sucúa 2017-2019 e no Hospital Homero Castanier 2012-2019. Metodologia: O presente estudo utiliza uma abordagem de pesquisa transversal observacional descritiva, com a participação de 41 gestantes soropositivas, das quais 18 pertencem ao Hospital Básico de Sucúa e as 23 restantes ao Hospital Homero Castanier Crespo. Os prontuários foram revisados, coletando as informações necessárias em formulários de dados, os quais foram posteriormente formulados com o programa SPSS 23.0 e com o Microsoft Excel 2013. Os resultados da pesquisa são apresentados em gráficos, tabelas de frequência simples e dupla entrada. Resultados: No estudo, obteve-se prevalência de 0,26% no Hospital Básico de Sucúa e no Hospital Homero Castanier Crespo. O maior grupo de autoidentificação étnica foi o mestiço (56,1%). A maioria das gestantes conhece seu diagnóstico no momento do parto (41,5%), e a interrupção da gravidez é realizada por meio de parto cesáreo com profilaxia em 78% .OR 0, 03. A transmissão vertical foi em 6 progênes expostas, representando um 14 %. Conclusões: A prevalência de casos diagnosticados de HIV em gestantes em trabalho de parto é baixa em relação aos objetivos do UNAIDS, sendo 0,26% no PO e HHCC. Além disso, houve uma transmissão vertical de 14%, o que equivale a 6 casos. Esse valor é maior que a meta de atingir 2%, definida pelo UNAIDS em 2017; no entanto, é inferior aos 40% apresentados por esta mesma instituição.

**Palavras-chave:** Vírus da Imunodeficiência Humana, HIV, gestantes, transmissão vertical.

## Introducción

Según el MSP en su página oficial, en el país hasta 2017 existían 39.224 portadoras del virus del VIH. La prevalencia en mujeres embarazadas fue de 0,18 %. Por lo que en el mismo año se vio la necesidad de crear una campaña de concientización en las embarazadas de tamizaje de VIH obligatorio en el Ecuador, creándose la campaña —Tu bebé sin VIH: hazte la prueba, la cual pretende reconocer las gestantes seropositivas, brindándoles tratamiento durante el embarazo y parto para prevención de contagio al feto (1,2).

La mayoría de gestantes se descubren que son portadoras del VIH gracias al tamizaje durante el parto o previo al parto por lo que se inicia el tratamiento en ese momento evitando así la transmisión vertical.

Se estima que, sin ningún tipo de profilaxis durante la lactancia, aproximadamente el 30% de los recién nacidos se infectarán a través de esta vía. El 70% adquirirá la infección en el parto o el alumbramiento (período periparto). De esto el 10 % durante la gestación (particularmente, a partir del tercer trimestre). Al ser la mayor fuente de contagio, el momento del parto se ve la importancia de conocer el manejo del mismo para prevenir el contagio vertical (3,4).

Hasta el 2017 el número de personas seropositivas que reciben tratamiento por parte del MSP es de 14.363, para lo cual se han creado Unidades de Atención Integral (UAI), siendo 32 en el país; a nivel de la Zona 6 existen 4 UAI VIH localizadas: (Cuenca) Hospital Vicente Corral Moscoso, (Azogues) Hospital Homero Castanier, Hospital Darío Machuca (La troncal), Hospital Básico Sucúa (Morona Santiago), las mismas encargadas de tratamiento de pacientes portadores así como de prevención en gestantes en el momento del parto (5).

Es importante el estudio de la prevalencia,

así como del manejo que se da durante el parto, ya que el objetivo es disminuir el contagio vertical, el MSP plantea como meta llegar a 2% o menos de prevalencia de niños seropositivos hasta los 18 meses de edad. Uno de los ítems dentro de la campaña: —Tu bebé sin VIH: hazte la prueba y en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) indica que se propuso hasta el año 2021 eliminar la transmisión vertical madre – hijo, siendo esta una de las metas más importantes para el gobierno nacional, mismo que resalta la importancia de estudiar protocolos establecidos y su cumplimiento para evitar el contagio al recién nacido así como la prevalencia de los mismos (6).

Dentro de cada UAI VIH, al conocerse un caso reactivo, se brinda atención integral, así como seguimiento al tratamiento. Si la captación se da dentro del tamizaje materno se realiza control de carga viral 2 veces al año y con la planificación del parto se crean fichas especiales para seguimiento continuo.

El parto tipo cesárea es de elección para la gestante seropositiva al disminuir el riesgo de contagio, así como la colocación de antiretrovirales previo a procedimiento, y de manera inmediata al recién nacido o en las primeras 6 horas de vida (7). El Ministerio de Salud Pública en 2012 creó una guía especial para este tipo de casos en la cual se encuentra normado el procedimiento. Por lo que se plantea revisar fichas clínicas para evaluar el cumplimiento de las normativas establecidas (8).

Se espera que las normativas sean cumplidas en cada parto por cesárea, así como en el tamizaje previo parto, y se evidencie la disminución de contagio vertical a los recién nacidos, proporcionando datos ciertos sobre la validez y el efecto positivo de los protocolos.

El presente trabajo pretende valorar la eficacia del cumplimiento de protocolos es-

tablecidos por el MSP en respuesta al problema planteado por la OMS de disminuir la cantidad de personas infectadas por VIH, y sobre todo el número de transmisiones verticales (7).

Mediante la investigación, la recolección de datos y revisión bibliográfica, se amplió el conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el protocolo de atención en el labor de parto, y la importancia del correcto uso del mismo en el área Hospitalaria, y de esta forma se ayudara a las gestantes Seropositivas al VIH atendidas en el Hospital de Sucúa y Homero Castanier, evidenciándose el manejo en estos partos, beneficiando a los neonatos disminuyendo la transmisión vertical, objetivos planteados por la OMS y el MSP.

Además de reconocer el grupo de estudio y sus características como edad, educación, grupo étnico, y se establece el grupo problemático y se plantea una correcta promoción de salud que ayude a disminuir el riesgo materno infantil en cuanto al VIH, además de usarse como referencia para estandarizar de manera correcta la atención del parto en gestantes seropositivas al VIH. El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus, familia lentivirus. Cuya acción es atacar a la membrana CD4, además a los linfocitos T, macrófagos, monocitos (9). Para su replicación es necesario la presencia de una DNA polimerasa, que es la encargada de copiar el RNA y producir un DNA pro viral, que al ser tan rápido puede tener varias mutaciones las mismas que hacen más difícil ser reconocidas por el sistema inmune de quien lo porta e incluso volverse resistente a los ARV.

Se producen ARN y proteínas del VIH que al unirse se transforman en viriones infecciosos (9).

Haciendo que los portadores del virus lo sean de forma crónica, pudiendo ser sintomáticos o no, siendo la forma grave el SIDA

en el cual el sistema inmune esta tan afectado que compromete a enfermedades oportunistas.

### **VIH y embarazo**

El embarazo se considera como parte de la vida de una mujer, el riesgo de que ocurra un embarazo en una persona infectada es alto por lo que se debe tener en cuenta que el diagnóstico precoz tiene mejor pronóstico para la gestante y el recién nacido, además al darse el diagnóstico durante la gestación, implica incertidumbre en la embarazada lo que puede afectar a la gestación normal, mucho más si el diagnóstico se hace durante el labor de parto (10,11).

Durante la gestación se evidencia una alteración en el sistema inmune disminuyéndolo en poca cantidad, sin embargo, se vuelve importante ya que, si la gestante padece VIH sin tratamiento y con sintomatología pudiese aumentar la progresión de la enfermedad, aunque no hay estudios que lo confirmen (12).

La transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), puede ocurrir en diferentes momentos: intraparto, parto, lactancia materna. El riesgo de transmisión va a depender de las medidas tomadas por la madre y el médico a cargo.

De no existir intervención para la transmisión vertical, se estima que el riesgo de la misma exista va desde el 15 – 40 %. Menos del 4% corre riesgo de contagio en las primeras 12 semanas de gestación, y el 20 % antes de las 36 semanas, de esto nace la importancia de un diagnóstico temprano.

### **Transmisión intrauterina**

Es considerada como el 25% de transmisiones, pudiendo producirse en cualquier momento de la gestación, los estudios más recientes indican que el riesgo se incrementa al aumentar las semanas de gestación.

El factor más importante en este tipo de transmisión es la carga viral por lo que se dice que a menor carga viral menor probabilidad de contagio y la importancia de inicio de ARV temprano (13).

### Transmisión intraparto

El riesgo de transmisión oscila entre 40% y 45%, ya que el recién nacido se expone a fluidos corporales de la madre como sangre y secreciones genitales.

Además, durante la labor de parto aumenta la cantidad de sangre al útero para las contracciones, además en caso de presentarse RPTM aumenta el riesgo de un 2% cada por cada hora. Sin embargo, si la gestante conocía su condición y consumía ARV disminuye considerablemente el riesgo de contagio si el conteo de Carga Viral (CV) es <1000 copias (14,15)

### Transmisión por lactancia

El riesgo es de 14 – 20% de transmisión si se continúa con lactancia materna a pesar del diagnóstico, el riesgo aumenta si la madre no consume ARV, además depende de la CV, presencia de lesiones en los pezones, etc. Por lo que la guía del MSP y la OMS indican que la lactancia debe ser suspendida y complementada mediante fórmulas lácteas (16) (17)

### Tratamiento ARV durante el embarazo

El tratamiento antirretroviral debe incluir un medicamento tipo ITIN el cual tiene gran paso a través de la membrana placentaria, (lamivudina, emtricitabina, tenofovir o abacavir) y se suma un inhibidor de la proteasa (atazanavir + ritonavir o ritonavir + darunavir) o un inhibidor de la transferencia de la cadena integrasa (11)(14)(18)

En pacientes con diagnóstico tardío después de las 28 semanas de gestación, se recomienda iniciar tratamiento antiviral de

inmediato, el mismo debe contener raltegravir ya que este capaz de reducir la CV en al menos 2 logaritmos de copias después de la segunda semana de tratamiento (11). (19)

Gestante con diagnóstico de VIH en etapas tempranas el tratamiento se debe iniciar después de la semana 14 y se debe mantener de forma indefinida pese a la existencia de efectos adversos sobre el producto de la gestación. El objetivo del mismo es mantener la CV como indetectable para hacer posible el parto vaginal (11).

Se puede considerar inicio tardío de tratamiento ARV después de la semana 28, sin recibir ARV.

### Tratamiento de mantenimiento

El tratamiento de primera línea se basa en INTI: TDF + 3TC (o FTC) + EFV Existen varios tratamientos alternativos como:

- AZT +3TC+EFV
- AZT+3TC+NVP
- TDF+3TC(OFTC) +NVP

Teniendo en cuenta que es preferible evitar AZT en anemia y TDF en insuficiencia renal.

### Tratamiento de parto

Se coloca intravenosa AZT en dosis de 2mg/kg en 1 hora y se debe continuar con infusión de AZT 1mg/kg hasta clampear del cordón umbilical. En caso de que se realice parto vaginal (26).

Como alternativa se puede usar AZT 300 mg cada 3 horas, 12 horas previo a cesárea electiva.

### Gestante con VIH sin TARGA en Labor de Parto

Se debe iniciar con AZT 2 mg/kg vía venosa en 1 hora más una dosis de NVP de 200 mg

y durante la cesárea que será la forma de parto de elección para este tipo de pacientes, AZT vía venoso mg/kg hasta clamppear del cordón umbilical.

Como opción de puede administrar 300 mg de AZT cada 3 horas vía oral desde 12 horas previa a la cesárea hasta el nacimiento (11).

Durante el post parto se debe iniciar con el tratamiento de elección:

TDF + 3TC (o FTC) + EFV

### **Elección del parto**

#### **Parto vaginal con profilaxis**

Se puede realizar un parto vaginal en caso de que la gestante haya estado consumiendo TAR (triple terapia) durante la gestación de forma temprana, y de forma continua. Haya tenido un buen control durante el embarazo de forma multidisciplinaria. Y tenga un conteo de CV <50 copias o indetectable al menos 3 semanas antes del parto (11,20).

#### **Cesárea electiva con profilaxis**

Control de carga viral antes del parto > 1000 copias o si no se conoce el valor de CV, diagnóstico tardío en las últimas semanas de embarazo o en la labor de parto. Si pese a tener diagnóstico previo no recibió tratamiento con terapia TAR o se desconoce de la regularidad del mismo (15).

#### **Diagnóstico de vih en recién nacidos**

El diagnóstico del niño no se realiza con pruebas serológicas que evalúan los anticuerpos IgG, debido a que la madre transmite los mismos a través de la placenta. Según la guía MSP se indica pruebas con detección vírica hasta los 12 meses, sin embargo, hasta los 18 meses se pueden encontrar anticuerpos en un 5% de los niños por lo que se recomienda diagnóstico defi-

nitivo a esa edad (11).

La primera prueba a realizar de carga viral será a las 72 horas de nacido, junto con el inicio de tratamiento profiláctico, se recomienda repetir la prueba de carga viral luego de las 6 semanas de vida, y la suspensión de la profilaxis por 2 semanas (11 - 20).

Sin embargo, de existir un valor de carga viral positivo en los niños después de las 3 pruebas: 1) 72 horas de vida, 2) 6-8 semanas de vida. 3) 3-4 meses después de la última prueba. Se recomienda realizar una nueva prueba entre los 18 y 24 meses de edad (20).

Para los niños nacidos de gestantes seropositivas que no recibieron antiretrovirales durante la gestación o labor de parto, así como las que se realizaron examen de carga viral mismo que supero las 100 copias se recomienda realizar detección vírica de ARN las 24 y 72 horas de vida (21).

Las pruebas rápidas presentan una buena especificidad y sensibilidad, la lectura de las mismas es subjetiva. La OMS recomienda el uso de pruebas rápidas para diagnóstico provisional en lugares donde no se cuente con los recursos suficientes, además estas pruebas nos dan resultado en menos de 30 minutos, sin embargo, las pruebas rápidas

demuestran un buen resultado para el virus establecido frente a una infección de tipo aguda (22- 23).

### **Material y metodos**

Se eligió realizar un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo debido a la facilidad para la recolección de datos de historias clínicas de pacientes en labor de parto.

La investigación se realizó en los hospitales Básico de Sucúa, localizado en la ciudad

de Sucúa, cantón Sucúa de la provincia de Morona Santiago, Zona de Salud N 6 del Ecuador, y en el Hospital Homero Castanier, localizado en la ciudad de Azogues, cantón Azogues de la provincia del Cañar, Zona de Salud N6 del Ecuador.

El universo de estudio fué de 15758 gestantes en labor de parto que acudieron al Hospital Básico de Sucúa y Hospital Homero Castanier enero 2012 – marzo 2019.

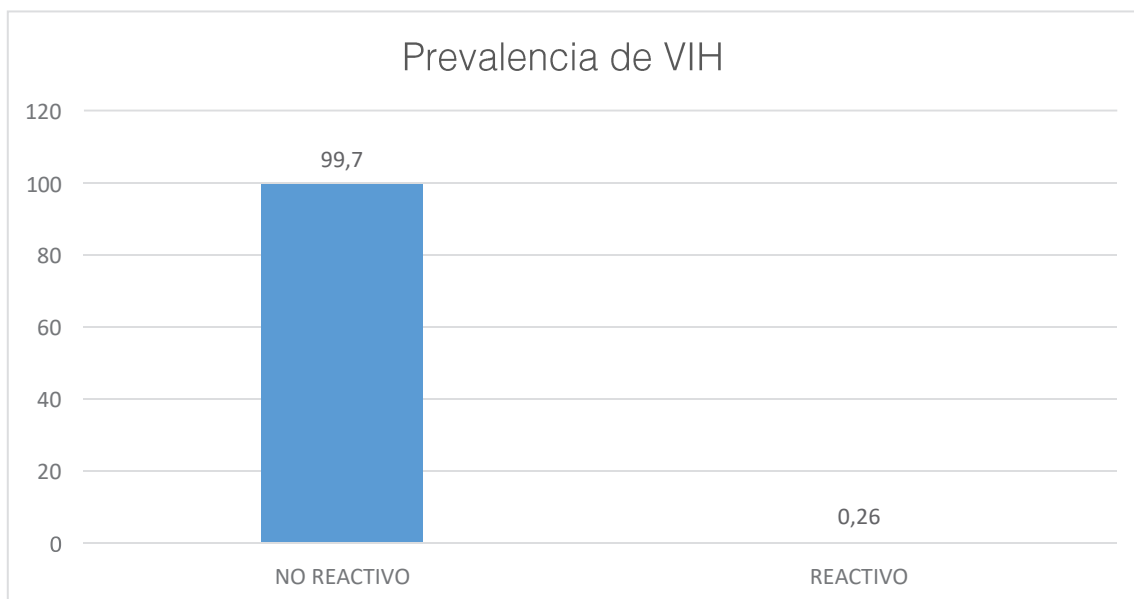
Población El estudio se realizó con la totalidad de gestantes en las dos casas de salud para obtener la prevalencia de gestantes con VIH en labor de parto.

#### *Posteriormente se identificaron 41 pacientes*

Se revisaron las Historias Clínicas de las cuales se obtuvieron información en los formularios de recolección de datos, los mismos que se realizaron en base a la Guía de Práctica Clínica del MSP para gestantes con diagnóstico de VIH año 2012.

Los resultados fueron analizados y procesados en el programa SPSS, el cual nos permitió mediante tablas de porcentajes, conocer la realidad del grupo problemático, así como analizar los resultados de las encuestas, de esta forma poder plantear posibles soluciones que permitan disminuir el problema principal.

## Resultados



**Ilustración 1.** Prevalencia de Gestantes con VIH en el Hospital Básico Sucúa, enero 2012 - Marzo 2019 y Hospital Homero Castanier Crespo Enero 2012 - Mayo 2019

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

La prevalencia de gestantes seropositivas al VIH, en labor de parto independientemente del tiempo de diagnóstico en relación a la gestación es de 0,26 % haciendo referencia a 41 casos reactivos de VIH y 15758 no reactivos en el Hospital Básico Sucúa 2017 -2019 y Hospital Homero Castanier Crespo 2012 -2019, Con un IC 95% entre 0,19 – 0,35.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de gestantes con VIH en labor de parto, Hospital Básico Sucúa 2012 - 2019 y Homero Castanier 2012 – 2019

<b>VARIABLE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Edad</b>		
<15 años	3	7,3
16-25 años	21	51,2
25 – 35 años	12	29,3
>35 años	5	12,2
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Etnia</b>		
Mestiza	23	56,1
Afroamericana	2	4,9
Amerindia (shuar)	16	39,0
Blanca	0	0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Procedencia</b>		
Urbana	19	46,3
Rural	22	53,7
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Instrucción</b>		
Ninguno	1	2,4
Primaria	17	41,5
Secundaria	19	46,3
Superior	4	9,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos



- La edad más frecuente es de 16 -25 años (51,2 %), seguidas de las 25-35 años (29,3) encontrando a la mayoría en la etapa adulta.
- En la población estudiada se evidencia que la mayoría de pacientes se auto identifica como mestizos (56,1%), así como por la etnia Shuar o Amerindia (39%) y no se evidenciaron casos de auto identificación Blanca.
- En cuanto a la procedencia se encontraron 46,3 % de zonas urbanas, la misma que es superada por pacientes de zonas rurales (53,7 %).
- La instrucción académica en su gran mayoría es Secundaria (46,3 %) y falta de educación en un 2,4%.

**Tabla 2.** Diagnostico según semanas de gestación y cumplimiento del Protocolo del MSP en gestantes con diagnóstico de VIH

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Diagnóstico de VIH</b>		
Previo a la gestación	7	17,1
Temprano o <28 SG	10	24,4
Tardío > 28 SG	7	17,1
En labor parto	17	41,5
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Prueba de diagnóstico</b>		
3ra generación	5	12,2
4ta generación	3	7,3
3ra y 4ta generación	17	41,5
Western Blot	16	39,0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Gestante toma ARV</b>		
Si	21	51,2
No	20	48,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

<b>Gestante se realiza control Unidad de Atención Integral (UAI)</b>				
	Si	20	48,8	
	No	21	51,2	
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	
<b>Carga viral previo al parto</b>				
	Si	18	43,9	
	No	23	56,1	
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	
<b>Valor carga viral previo al parto</b>				
	<500 copias	2	4,9	
	500-1000	12	29,3	
	>1000 copias	4	9,8	
	No tiene	23	56,1	
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	
<b>Tipo de Parto</b>				
	Vaginal profilaxis	sin	6	14,6
	Vaginal profilaxis	con	3	7,3
	Cesárea profilaxis	con	32	78,0
	<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Antiretroviral profiláctico</b>				

Zidovudina venosa	14	34,1
Zidovudina oral	0	0
Zidovudina + Nevirapina	18	43,9
Mantiene ARV preparto	3	7,4
No usa	6	14,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Tiempo uso  
ziduvudina**

1 hora antes del parto	8	19,5
Más de 1 horas antes del parto	20	48,7
Menos de 1 antes del parto	4	9,8
NA	9	22
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

- El diagnóstico de VIH en gestantes a pesar de ser de gran importancia, el 41,5% se diagnostica en la labor de parto, y tan solo el 17,1% conoce su diagnóstico previo al embarazo.
- El Gold estándar de diagnóstico, prueba de Western Blot se realiza en el 39% encontrándose en segundo lugar por debajo de la combinación de prueba de 3ra y 4ta generación 41,5%.
- La mayor cantidad de gestantes inicia toma de ARV antes de la labor de parto (51,2%) lo cual es positivo para evitar transmisión vertical y sin embargo no concuerda con el porcentaje de pacientes que tiene al menos un control en la UAI (48,8%).
- La prueba de carga viral se solicita en un 43,9% de pacientes, mismo valor que coincido con las gestantes que tiene un valor de carga viral de 43,9% de las cuales solo el 4,9 % tiene un valor menor a 500 copias.
- La cesárea con profilaxis con un porcentaje de 78% es la forma de parto más recomendada en estos casos, y la menos recomendada es el parto vaginal sin profilaxis, el mismo que evidencia un 14,6%.

**Tabla 3.** Reactividad al VIH en Seroexpuestos de más de 1 año.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnostico RN		
Reactivo	6	14,6
No Reactivo	35	85,4
Total	41	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

El 85,4% de nacidos de gestantes con VIH que hace referencia a 35 niños y niñas, cuyo resultado fue no reactivo en cuanto a exposición a anticuerpos virales, sin embargo, el 14,6% presenta el diagnóstico de VIH, siendo 6 niños y niñas seropositivos al VIH.

**Tabla 4.** Relación del Tipo de Parto con el Diagnostico de Reactividad de VIH del Seroexpuesto

Variables		Diagnostico RN		
		Reactivo	No reactivo	Total
<b>Tipo de parto</b>	Vaginal sin profilaxis	5	0	5
	Vaginal con profilaxis	0	3	3
	Cesárea con profilaxis	1	32	33
	Total	6	35	41

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

De los pacientes seroexpuestos al VIH se observa que los 5 niños que presentan reactividad al VIH, nacieron por parto vaginal sin profilaxis, además que un niño que nació por cesárea con profilaxis presento reactividad, por lo que se debe evaluar otra forma de transmisión vertical.

**Tabla 5.** Relación del tipo de ARV profiláctico con el diagnóstico del Seroexpuesto

Variables	Diagnostico RN		
	Reactivo	No reactivo	Total
<b>Antiretroviral profiláctico</b>			
Zidovudina venosa	0	15	15
Zidovudina oral	0	0	0
Zidovudina + Nevirapina	0	18	18
Mantiene ARV	0	3	0
No usa profilaxis	5	0	5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>35</b>	<b>41</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

Del total de 41 seroexpuestos, los 5 que no recibieron tratamiento profiláctico de ningún tipo, presentaron diagnostico de reactividad al VIH, sin embargo existe 1 caso que a pesar de que la gestante recibieran tratamiento antirretroviral en el parto, presento resultado reactivo por lo que se debe analizar otro tipo de transmisión vertical.

**Tabla 6.** Cumplimiento de Protocolo del MSP para Seroexpuestos al VIH 2012

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Retiro de Zidovudina</b>		
Antes del corte de cordón umbilical	1	2,4
Después del corte del cordón umbilical	32	76,2
No se uso	8	21,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

<b>Antiretroviral al Nacimiento</b>			
	Si	33	80,5
	No	8	19,5
		41	100
<b>Lactancia materna</b>			
	Si	4	9,8
	No	37	90,2
	Total	41	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

- El corte del cordón umbilical se debe hacer antes de retiro del ARV, correspondiendo al 76,2%, solo en un caso correspondiente al 2,4% se realizó después.
- El 80,5% recibieron al menos una dosis de ARV al nacimiento.
- La Lactancia materna suspendida debido a riesgo de transmisión se realizó en 90,2% de casos.

## Discusion

En la población estudiada se observó una prevalencia de gestantes con VIH en labor de parto, de 0,26% en el Hospital Básico de Sucúa y Hospital Homero Castanier Crespo, valores superiores a los reflejados por el MSP del Ecuador en su página web según datos del INEC en 2017 de 0,16% de los cuales se notificaron 433 casos en todo el País, sin embargo a mediados del años 2018 se notificaron 191 casos nuevos de gestantes seropositivas, por lo que se asumiría que la prevalencia se mantiene y no disminuye, como se plantea en la guía de práctica clínica (5).

Luque R, Cuellar D, (Colombia 2016), ONUSIDA y el gobierno indican que se

mantiene en observación la prevalencia de 0,19% en personas cuya edad se encuentra entre 14-49 años; ya que son grupo prioritario por encontrarse en edad fértil (21). Se verifico dicho dato en el Software Spectrum de ONUSIDA, para Colombia. Para el Ecuador, en relación al 2018 se obtiene 0,4%. En el presente estudio el 51.2 % se encontraban entre 16 -25 años y 29,3% de 25 -35 años, mismas edades que de bajo riesgo para la gestación por el AIEPI Ecuador (24).

Huaman B, Gushiken y colaboradores (Perú 2017), realizaron un estudio en personas indígenas de su país, en cual debido a la idiosincrasia del grupo estudiado se veía una alta prevalencia de VIH así como transmisión vertical, debido a la negativa de la población a recibir tratamiento alegando que el personal médico informaba estos diagnosticas para causar daño y afectar su estilo de vida (9). En este estudio se evidencia que el 39% se auto identifican como etnia Shuar o Amerindia, así mismo en este grupo se evidencia que el diagnostico de VIH es tardío, la elección del parto, o negativas ante el tratamiento antirretroviral como profiláctico, por falta de conocimiento de la importancia del mismo, de los 6 casos encontrados como Seroexpuestos Reactivos

el 66% es decir 4 casos, pertenecen a este grupo de gestantes que debido a su idiosincrasia, no se realizan controles

prenatales oportunos, tuvieron partos en el domicilio, desconocen su diagnóstico o se niegan a recibir tratamiento o a la opción de parto por cesárea con profilaxis.

En cuanto al cumplimiento del protocolo establecido por el MSP ECUADOR en el año 2012, basado en las directrices de la ONUSIDA, cuyo propósito es eliminar la transmisión vertical para 2030. Se plantean varios parámetros de gran importancia para disminuir el riesgo de la misma, dentro de estos se encuentra el diagnóstico temprano, así como el inicio de ARV y control mediante la Carga viral (11).

Echeverría M, Moran B, y colaboradores (Guayaquil 2018), nos explican la importancia de un manejo integral en gestantes con VIH, indican que el 99% de pacientes que conocían su diagnóstico previo al embarazo y en la etapa temprana con adherencia al TAR, no presentaron transmisión vertical, ni complicaciones, también se hace énfasis en las UAI VIH (Unidad de Integral a pacientes con VIH) y los talleres, que al brindar información concientizan a la gestante de la importancia de los ARV para que el RN no sea reactivo (25). Este estudio se realizó en dos hospitales que constan con UAI para VIH, sin embargo a pesar del mismo, el 51,2% de pacientes no se hizo seguimiento, ya sea por el diagnóstico tardío y por el desinterés. También las pacientes que acudieron a UAI y recibieron un diagnóstico temprano, se pudieron realizar el Gold estándar diagnóstico que es prueba de Western Blot 39%, debido a que el HBS y HHCC no se cuenta con estos reactivos el resultado se demora al menos 3 semanas por lo que de ser un diagnóstico tardío solo se diagnosticara con prueba rápida de 3ra y 4ta generación como es el caso del 41,3% de pacientes.

En la nueva Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Infección por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos (Ecuador 2019), se realiza hincapié en el diagnóstico temprano de la enfermedad y consejería preconcepcional, ya que la mayoría de diagnósticos son tardíos. Como en este estudio que representa el 41,5% de pacientes que obtuvieron el diagnóstico en el Labor de parto, pudiendo

este ser en fase expulsiva. También se recalca el uso temprano de ARV en la gestante que este caso fue el 51,2% el mismo que unido a una profilaxis durante el parto dependiendo el valor de la carga viral y profilaxis en el parto disminuyen el riesgo de transmisión vertical (20).

Ola D, Herrarte E. (Guatemala 2017) nos habla sobre los factores de riesgo para la transmisión vertical de VIH; realizado en 146 pacientes, el 89 % tubo un diagnóstico antes y durante el tercer trimestre, además de un adecuado registro de administración de ARV, se obtuvieron 8 casos reactivos los mismos que indican que se presentaría en 5 de cada 100 casos. El 41,5% de los pacientes de este estudio se diagnosticaba en la labor de parto, y el 57,5% antes de la labor de parto que es un valor menor en comparación el estudio, obteniéndose 6 casos en 41 seroexpuestos como reactivos al VIH (26).

La vía de resolución de la gestación Ola D, es de gran importancia; el 89% se dio por cesárea con profilaxis, los demás por parto vaginal debido a periodo expulsivo o no llegaron al hospital. Es este estudio el 78% fue parto por cesárea con profilaxis, también se dieron partos vaginales con profilaxis por elección de la gestante y valores de carga viral entre 500- 1000 copias. El 14,6% fueron partos vaginales sin profilaxis debido a periodo expulsivo o demora en llegar a la UAI, de los cuales al no conocer el diagnóstico no y recibir ARV el 100% de seroexpuestos

dieron posterior diagnóstico de reactividad a VIH (26-27).

## **Bibliografía**

1. Ministerio de Salud Pública. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita y de atención integral de niños/as con VIH/sida [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. [citado 17 junio 2019]. Disponible en: [http://instituciones.msp.gov.ec/documentos/Guias/Guia\\_VIH\\_PTMI\\_ninos.pdf](http://instituciones.msp.gov.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016 [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2017 [citado 11 Junio 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
3. Nesheim S, Taylor A, Lampe M A, Kilmarx P H, Fitz Harris L, Whitmore S, et al. A framework for elimination of perinatal transmission of HIV in the United States. *Pediatrics* 2012; 130 (4): 738-44.
4. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States [Internet]. Department of Health and Human Services; 2015 [cited 2019 Mar 4]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>
5. VIH – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Salud.gov.ec. 2019 [cited 21 June 2019]. Available from: <https://www.salud.gov.ec/vih/>
6. Ministerio de Salud Pública. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita y de atención integral de niños/as con VIH/sida [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. [citado 17 junio 2019]. Disponible en: [http://instituciones.msp.gov.ec/documentos/Guias/Guia\\_VIH\\_PTMI\\_ninos.pdf](http://instituciones.msp.gov.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf)
7. Iazola-Amacho, Ortiz-Ibarra J. Veinte años de experiencia en el manejo de la mujer embarazada infectada por VIH-1 en el Instituto Nacional de Ginecología y Obstetricia. *Revista de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infantil de México*. 2009;66:350-363 <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n4/v66n4a9.pdf>
8. VIH – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Salud.gov.ec. 2019 [cited 21 June 2019]. Available from: <https://www.salud.gov.ec/vih/>
9. Selik R, Mokotoff E. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection—United States, 2014. *MMWR* 63(RR03):1-10, 2014.
10. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y la sífilis en las Américas <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf>.
11. WHO. Global guidance on Criteria and processes for validation: Elimination of Mother-To child Transmission of HIV and syphilis. 2th ed, 2017. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=44224&Itemid=270&lang=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=44224&Itemid=270&lang=)
12. Kourtis AP, Bulterys M. Mother-to-Child transmission of HIV: Pathogenesis, Mechanisms and Pathways. *Clin Perinatol*. 2010;37:721-737.
13. Rubian, L. Torres R. Cuando el VIH se cruza en el camino del embarazo: dolor, incertidumbre y miedos. *Index Enferm* [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Jun 21]; 25(3): 211-214. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000200019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200019&lng=es)
14. Hudson CN. Elective Caesarean Section for the Prevention of Vertical HIV-1 Infection. *Lancet*, 1999; 353:158-159.
15. Aguilera A. Estévez M. cols. Diagnóstico Microbiológico de la infección por el VIH. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. España. 2014.
16. Ecuador, Guía de la Atención Integral de la O- Morbilidad TB/ VIH-SIDA. Marzo 2009
17. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Guía atención del trabajo de parto y postparto inmediato [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. [citado 17 junio 2019]. Disponible: [https://www.elpartoenuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc\\_parto\\_final.pdf](https://www.elpartoenuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc_parto_final.pdf)
18. Ministerio de Salud. NTS 108-MINSA/ DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis". Perú, 2014
19. MSP. Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Infección por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Ecuador. 2019.
20. Luque R, Cuellar D. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevalencia del VIH o SIDA entre la población de 15 y 49 años. [online] Bogotá, Colombia (2016). Available at: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/>



- ED/GCFI/estima-prevalencia-vih-15-49-2016.pdf [Accessed 18 Oct. 2019].
21. Cohen; E. Whittaker; S. Walters; 77. H. Lyall; G. Tudor-Williams; B. Kampmann. Presentation, Diagnosis and Management of Tuberculosis in HIV-infected Children in the UK. *HIV Medicine*. 2008; 9(5):277-284.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones CEVIHP/SEIP/ AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. Madrid. 2005.
23. De La Torre E. SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH, A 35 AÑOS DE SU DESCUBRIMIENTO. *Revista Médica Panacea*. 2018;7(3):81.
24. Echeverría M, Moran B y colbs. Beneficios del manejo integral durante el embarazo en ppacientes con VIH, que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor años 2011- 2015. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las ciencias*. Pp 442 -452. Guayaquil. 2018
25. Ola d, Herrarte E. Factores de riesgo asociados a la transmisión vertical del VIH en el embarazo. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*. Vol 22. Pp 38 -40. Guatemala. 2017
26. Hernández, etodología de investigación In Tipos de investigación madrid, España: c-Graw-Hill; 2014. p. 53
27. MSP ECUADOR. Atención Integral de Enfermedades Prevalentes. AIEPI. QUITO; 2017 p. 88-89



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

#### CITAR ESTE ARTICULO:

Ayora Zhagñay, M. A., Mejía Campoverde, L. H., Reiban Espinoza, E. A., & Cherez Angüizac, J. E. (2020). Prevalencia y manejo de vih en gestantes en labor de parto, hospitales básico de la ciudad de Sucúa y Homero Castanier de la ciudad de Azogues 2012- 2019. *RECIMUNDO*, 4(4), 326-342. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.326-342](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.326-342)