

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PROCESOS DE GRADO



INFORME FINAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

TÍTULO DEL INFORME FINAL:
EFICACIA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN LA TRANSMISION VERTICAL
DEL VIH EN MADRE SEROPOSITIVA

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADO POR:
BRAYAN JONATHAN MEJIA RAMOS N° CARNET MR14052

DOCENTE ASESOR:
DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH
MTRA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

NOVIEMBRE DE 2023

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICERRECTORA ACADÉMICA

M.SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES



MSC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO
DECANO

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA
VICEDECANA

LIC. CARLOS DE JESÚS SÁNCHEZ
SECRETARIO

MTRO. EVER ANTONIO PADILLA LAZO
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

DR. AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MTRA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

AGRADECIMIENTO

A Dios que siempre me ha bendecido en todo mi camino, a mi familia por todo su apoyo incondicional, a la Universidad de El Salvador, FMO por ser mi institución que me ha formado como profesional, a mis docentes asesoras Dra. Patricia Roxana Saade y Mtra. Margarita Berrios por instruirme en este proceso de culminación.

DEDICATORIA

A mis padres por ser los principales actores en esta formación, a mis hermanos por su acompañamiento, a mi pareja por estar a mi lado siempre, a mi hijo que es mi motivación más grande y a Dios por obrar en mi vida y hacer posible mi formación.

(DESARROLLO DEL ARTÍCULO)

Informe de caso

Título del artículo. Eficacia de la terapia antirretroviral en la transmisión vertical del VIH en madre seropositiva

Título en inglés. Efficacy of antiretroviral therapy in the vertical transmisión of HIV in a seropositive mother

Brayan Jonathan Mejia Ramos

Facultad Multidisciplinaria Oriental, Universidad de El Salvador

Correo Institucional: mr14052@ues.edu.sv.

ID: <https://orcid.org/0009-0009-2597-3099>

Resumen

Presentación del caso. Paciente femenina de 17 años de edad quien consulta con historia de presentar fiebres nocturnas de 2 meses de evolución acompañadas de odinofagia, adenopatías cervical, nauseas, vomitos y diarrea además de presentar amenorrea de 10 semanas por lo que se realiza prueba de embarazo en sangre con reporte positivo, se le realiza inscripción prenatal y se solicitan exámenes de laboratorio según protocolo donde se reporta prueba de VIH reactiva, por lo que se envía de emergencia a hospital regional para realizar pruebas de confirmación diagnóstica. **Intervención terapéutica.** Según técnica de electroinmunotransferencia se diagnostica embarazo VIH positivo y se inicia terapia antirretroviral con tenofovir/entricitabina/efavirenz en combinación de dosis fija. **Evolución clínica.** Verificando adherencia al TAR paciente suspende el medicamento debido a que niega su enfermedad y además por las limitaciones presentes por la pandemia COVID 19. A las 36 semanas de gestación se le realiza nuevo conteo de CD4 y carga viral donde

según condiciones obstétricas y clínicas se decide realizar parto por vía cesárea, con posterior profilaxis antirretroviral al neonato y suspensión de lactancia materna. Mediante estudios diagnósticos se descarta infección por VIH en el recién nacido y madre experimenta deterioro clínico progresivamente rápido hasta SIDA la cual fallece 1 año posterior al parto.

Palabras clave

VIH, embarazo, carga viral, transmisión vertical, terapia antirretroviral.

Abstract

Case presentation. A 17-year-old female patient consulta with a history of nocturnal fevers of 2 months of evolution accompanied by odynophagia, cervical lymphadenopathy, nausea, vomiting and diarrhea, in addition to presenting amenorrhea for 10 weeks, for which a blood pregnancy test was performed with positive report, prenatal registration is carried out and laboratory tests are requested according to protocol where a reactive HIV test is reported, so it is sent as an emergency to a regional hospital to perform diagnostic confirmation tests. **Treatment.** According to the electroimmunoblotting technique, an HIV-positive pregnancy was diagnosed and antiretroviral therapy was initiated with tenofovir/entricitabine/efivarenc in a fixed-dose combination. **Outcome.** Verifying adherence to ART, the patient suspends the medication because he denies his illness and also due to the limitations present due to the COVID 19 pandemic. At 36 weeks of gestation, a new CD4 count and viral load are performed where a decision is made based on obstetric and clinical conditions perform cesarean delivery, with subsequent antiretroviral prophylaxis for the neonate and suspension of breastfeeding. Through diagnostic studies, HIV infection is ruled out in the newborn and the mother experiences rapid clinical deterioration, progressively leading to AIDS, which dies 1 year after delivery.

Keywords

HIV, pregnancy, viral load, vertical transmission, antiretroviral therapy

Introducción

Desde el inicio de la epidemia hasta la actualidad, el concepto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha modificado desde ser concebida como enfermedad mortal, hasta enfermedad crónica y tratable clínicamente. Este cambio ha contribuido a mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas (1). Desde sus inicios en el año 1981 hasta el 2020, el VIH/sida ha avanzado de forma considerable, según la OMS: 37.6 millones [30.2 millones–45.0 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2020; 77.5 millones [54.6 millones– 110 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia; 34.7 millones [26.0 millones–45.8 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia (2).

En El Salvador se han implementado estrategias preventivas a las embarazadas para la identificación temprana de infecciones de transmisión sexual como el VIH, ya que una de las razones principales que impide el control sanitario de esta pandemia es que existe una proporción elevada de casos en los que dicha infección aún no es conocida por el paciente (1). Dichas estrategias van encaminadas a realizar un abordaje oportuno y eficaz para evitar la evolución hacia etapas clínicas avanzadas, así como también la transmisión vertical al bebe.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los niños es el resultado de la transmisión vertical, también conocida como transmisión de madre a hijo. Prevenir la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH de una madre VIH positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es una cuestión de salud pública.

Al administrar antirretrovirales a las madres y a los bebés lo antes posible durante el embarazo, el parto y la lactancia, se puede evitar casi por completo la transmisión de madre a hijo (3). La transmisión materno infantil del VIH es la transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia, y contribuye a más del 90% de las infecciones por VIH en los lactantes. Incluso si la PTMI se hubiera implementado en todo el mundo, la tasa de infección por VIH entre los bebés expuestos

al VIH sigue siendo inaceptablemente alta, especialmente en los países en desarrollo (4).

El control de la infección por VIH sigue siendo un reto para los objetivos de salud pública, el compromiso por disminuir la morbilidad materna en El Salvador ha llevado a la evolución y la implementación de métodos preventivos en la atención prenatal para la identificación temprana de enfermedades que pueden poner en peligro el binomio madre-hijo.

La importancia de este caso es para realizar las estrategias correspondientes y las intervenciones oportunas haciendo énfasis en la terapia antirretroviral, para la reducción al máximo posible de la transmisión materno infantil de la infección por VIH.

Presentación del caso

Paciente femenina de 17 años de edad quien consulta en establecimiento de salud comunitaria con historia de presentar fiebres nocturnas de 2 meses de evolución acompañadas de odinofagia, tumefacción de ganglios linfáticos cervicales no dolorosos a la palpación, hiporexia, náuseas, vómitos y diarrea agregando presentar amenorrea de 10 semanas, se le realiza prueba de embarazo en sangre con reporte positivo por lo que se brinda atención prenatal básica y según protocolo a seguir se indican exámenes de rutina donde 3 días posterior a la realización de pruebas se presenta reporte de prueba rápida para VIH reactiva, posteriormente se envía referencia hospital regional para realizar pruebas de confirmación diagnóstica y mediante técnica de electroinmunotransferencia (western blot) para anticuerpos VIH se cataloga como infección por VIH en el embarazo. Aplicando protocolo de control de calidad se realiza reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para determinación de carga viral con recuento indetectable en suero además de citometría de flujo con conteo de linfocitos T CD4 de más de 900 células/ μ L por lo que se cataloga en estadio 1 (Tabla 1), de modo que se inicia terapia antirretroviral con tenofovir/emtricitabina/efavirenz en combinación de dosis fija. Dando seguimiento de adherencia al tratamiento se verifica estabilidad

clínica con ausencia de síntomas iniciales por lo que decide suspender el tratamiento un mes posterior al inicio de este, además de negar su enfermedad, concomitantemente se presentan limitaciones de atención por la pandemia del COVID 19, se motivó a mantener su tratamiento con el cual era inconsistente con su cumplimiento además se agregan hallazgos de citología cervicovaginal donde se encuentra candidiasis vulvovaginal y lesión intraepitelial (LEI) de bajo grado. A las 36 semanas de gestación se le indica nueva PCR con carga viral de 50 copias por ml de suero y recuento de CD4 de 600 células/ μ L. Según las condiciones obstétricas y clínicas se opta por realizar parto vía cesárea a las 38 semanas administrando como profilaxis zidovudina intravenosa 1 hora previa al parto hasta el pinzamiento del cordón, inmediatamente se inicia terapia antirretroviral profiláctica para el neonato catalogado como de alto riesgo con nevirapina iniciada en las primeras 2 horas de vida durante 2 semanas más lamivudina durante 4 semanas además de suspensión de lactancia materna y seguimientos hospitalarios mensuales con pediatra y clínica de TAR donde se le realiza ELISA de tercera generación (western blot) con resultado negativo y PCR con carga viral indetectable por lo que se libera del diagnóstico de infección por VIH al recién nacido y se verifica éxito del TAR en la transmisión vertical.

Tabla 1. Clasificación de la OMS de los estadios clínicos del VIH

Síntomas asociados a infección por VIH	Estadios clínicos de la OMS
Asintomático	1
Síntomas leves	2
Síntomas avanzados	3
Síntomas graves	4

Fuente: "Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños". Washington, D.C.: OPS, 2009.

Intervención terapéutica

Se abre la sospecha en prueba rápida para VIH reactiva en atención preventiva y se confirma el diagnóstico con prueba de western blot para anticuerpos VIH positiva.

La terapia antirretroviral de dosis fija se estableció con tenofovir 300mg/emtricitabina 200mg/efivarenc 600 mg 1 tableta diaria. Infección por candida se utilizó clotrimazol vaginal 1% cada día por 10 días.

La profilaxis a la madre se realizó con zidovudina intravenosa 1 hora previa al parto a razón de 2 mg/kg la primera hora luego continuando a 1 mg/kg hasta el pinzamiento del cordón.

Profilaxis al recién nacido con nevirapina 2 mg/kg/dosis en las primeras 2 horas, luego a las 72 horas 4 mg/kg/dosis cada 12 horas por dos semanas más lamivudina 2 mg/kg/dosis cada 12 horas por 4 semanas.

Evolución clínica

Paciente durante el embarazo inconsistente al TAR y suspendiéndolo por completo postparto debido a la negación de su infección, en un periodo de 1 año postparto presento deterioro clínico progresivamente rápido evolucionando a etapa 3, siendo tratada en clínica privada como leucemia. Paciente fallecida debido neumonía bacteriana.

Diagnóstico clínico

Diagnósticos de la madre:

1. Infección por VIH
2. Candidiasis vulvovaginal
3. Lesión intraepitelial de bajo grado
4. Neumonía bacteriana

Diagnósticos de recién nacido:

1. Recién nacido sano de madre VIH positiva

Discusión

Mundialmente la infección por VIH sigue siendo un problema de salud pública en donde los sistemas de salud han logrado avances notables en la ampliación mundial del TAR como pilar fundamental e imprescindible para personas embarazadas y lactantes que viven con el VIH, junto con opciones mejoradas basadas en el riesgo para la profilaxis antirretroviral (ARV) infantil y una mayor disponibilidad de profilaxis previa a la exposición para personas con alto riesgo de contraer el VIH (5). La incidencia de transmisión del VIH ha disminuido considerablemente a nivel mundial con una buena implementación de TAR y buen control de la enfermedad (6). Sin tratamiento antirretroviral establecido existe mayor riesgo de transmisión del VIH, en los países desarrollados la probabilidad de transmisión durante el embarazo, el parto y para el feto es de 15-25% y de 25-35% en países en desarrollo (7). El modelo de atención preventiva en El Salvador durante el embarazo hace posible la identificación de trastornos infecciosos como el VIH que involucran riesgos de morbimortalidad en la madre y el bebé. El Salvador cuenta con acciones nacionales en los diferentes sectores para acelerar la respuesta en la erradicación de la transmisión del VIH, especialmente en las poblaciones claves como las embarazadas para reducir la transmisión materno infantil, asegurando la protección social y la sostenibilidad de las acciones; avanzando con pasos firmes, eficaces y eficientes hacia la eliminación del VIH en El Salvador en 2030 (8). La estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de VIH sigue siendo una estrategia con resultados satisfactorios y progresivos, gracias a ella se han logrado disminuir la transmisión vertical del VIH, por medio de los controles prenatales, esquema terapéuticos oportunos, mensajes de prevención y de la búsqueda activa de casos, para darles un manejo adecuado y oportuno, dentro de este manejo se encuentra: brindar TAR a embarazadas VIH positivo y profilaxis post exposición a los recién nacidos expuestos, logrando para el 2020 la meta fijada de mantener por debajo de 2 % la transmisión

materno infantil del VIH (9). Uno de los pilares más importantes en el manejo de la infección por VIH es el tratamiento antirretroviral donde en la mujer gestante se debe elegir de acuerdo a datos de seguridad, eficacia, debe ser potente, tolerable y fácil de administrar para conseguir alcanzar una carga viral indetectable y favorecer la buena adherencia durante todo el embarazo (10).

A pesar de las estrategias de prevención y control de la enfermedad prevalecen diversos factores comunitarios (normas sociales y culturales, estigmas y discriminación) que interviene en una adecuada intervención de dichas estrategias las cuales tienen relación con las diferentes etapas de aceptación de la enfermedad, en donde por temor a la discriminación y a la divulgación de información personal se ve influenciado el correcto manejo de casos de VIH (11), sin embargo además existen factores de riesgo que influyen en la frecuencia de transmisión vertical como lo son la carga viral materna en el momento del parto, el parto prematuro por la integridad y madurez de la piel como método de barrera y el recuento de CD4 prenatal materno bajo. La cesárea programada disminuye la transmisión en un 87% si se asocia al tratamiento con zidovudina de la madre y el hijo. Es importante señalar que la transmisión materno infantil es poco frecuente (0,1% o menos), con carga viral de la madre en el momento del parto menores de 50 copias/ml (12). Es importante destacar el efecto que a pesar de no transmitir el VIH de la madre al bebe pueden surgir resultados desfavorables en la salud de los bebes expuestos en comparación a los no expuestos, además la suspensión de la lactancia materna puede ocasionar problemas en cuanto deficiencias nutricionales e inmunológicas para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil (13).

Independientemente de la situación de salud de la madre se debe hacer la profilaxis con zidovudina desde 1 hora previa al parto hasta el pinzamiento del cordón, al momento del nacimiento se debe catalogar al recién nacido si es de bajo o alto riesgo (Tabla 2) y según sea su condición será diferente la profilaxis administrada (14). Los avances en la terapia antirretroviral antes, durante y después del embarazo permite a las personas tener una mejor calidad de vida y control de su enfermedad para evitar la evolución a estadios severos, sin embargo existen determinantes sociales que afectan las intervenciones oportunas en los diferentes escenarios que generan problemas en el

manejo de la infección por VIH y sus formas de transmisión por lo que se deben priorizar políticas que modifiquen estas problemáticas y progrese de manera satisfactoria para lograr una erradicación completa de esta pandemia (15).

Tabla 2: Clasificación del riesgo para la profilaxis en neonatos expuestos al VIH.

Neonato bajo riesgo	Neonato alto riesgo
Profilaxis con Zidovudina (AZT) en las primeras horas 4 horas de vida, vía oral a dosis de 2 mg/Kg/dosis, c/6 horas por 6 semanas.	Nevirapina (NVP) primera dosis a las 4 horas de nacido 2 mg/Kg/dosis no aplicar si la madre recibió NVP, segunda dosis a las 72 horas luego 4 mg/Kg/dosis luego la misma dosis cada 12 horas por 2 semanas. Lamivudina (3TC) se indica 2 mg/Kg/dosis cada 12 horas por 4 semanas.

Fuente: Guías clínicas para la atención hospitalaria del neonato. San Salvador, septiembre de 2011.

Aspectos éticos

Para la publicación de este caso se obtuvo el consentimiento informado de la paciente y sus familiares con el fin de utilizar la información para objetivos académicos, respetando la privacidad de la paciente según lo establecido en la declaración de Helsinki de manera que se anexa enlace para verificar la autorización de las personas involucradas.

<file:///C:/Users/Bryan/Downloads/FORMULARIO%20DE%20AUTORIZACION%20PARA%20PUBLICACION%20DE%20FOTOGRAFIAS%20Y%20VIDEOS.pdf>.

Referencias bibliográficas

1. MINSAL. Guía Clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH. [Online].; 2020. Acceso 23 de octubre de 2023. Disponible en: [guiaclinicaparalaatencionintegralensaluddelaspersonasconvih \(3\).pdf](#)
2. Unidad del programa ITS/VIH MINSAL. Informe nacional situación de VIH en El Salvador. [Online].; 2021. Acceso 23 de octubre de 2023. Disponible en: [file:///C:/Users/Bryan/Downloads/informe-nacional-situacion-de-VIH-en-el-salvador-2020_v1.pdf](#).
3. Nacer N, Ouzennou N, El Fatimi N, RKHA S. Knowledge and Attitudes about Mother-to-Child Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in a Context of Social Vulnerability: The Case of the Province of Essaouira, Morocco. *Ethiop J Health Sci.* 2023; 33(3). Acceso 24 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10416339/pdf/EJHS3303-0403.pdf>.
4. Mehretie Kokeb. Incidence of HIV Infection among HIV-Exposed infants at Gondar University Hospital from 2019-2021. *Ethiop J Health Sci.* 2023; 33(2)(211-218). Acceso 29 de octubre de 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10358377/pdf/EJHS3302-0211.pdf>.
5. Mutanga J, Ronan A, Powis K. Achieving equity for children and adolescents with perinatal HIV exposure: an urgent need for a paradigm shift. *J Int SIDA Soc.* 2023; 1. Acceso 28 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10618885/pdf/JIA2-26-e26171.pdf>.
6. Miranda A, Santos P, Coelho R, Pascom A, Lnnoy L, GarciaA, Gaspar P, Maciel E, Barreira D, Mendez G. Perspectives and challenges for mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, and syphilis in Brazil. [Online].; 2023. Acceso 5 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10470844/pdf/fpubh-11-1182386.pdf>.

7. Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison principios de medicina interna. 21st ed. Ciudad de Mexico: McGrawHill educacion; 2023. Pag. 1402. Acceso 02 de noviembre de 2023.
8. MINSAL. Situacion de VIH en El Salvador. [Online].; 2019. Acceso 5 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/archivos/VIH-SIDA/presentaciones-VII-Foro-Nacional-de-VIH-Metas-95-95-95-2019/16-Situacion-del-VIH-en-El-Salvador-VII-Foro-Nacional-Dra-Nieto.pdf>.
9. Ministerio de salud. Informe nacional de situacion de VIH en El Salvador 2020. [Online]. San Salvador; 2020. Acceso 5 de noviembre de 2023. Disponible en: file:///C:/Downloads/informe-nacional-situacion-de-VIH-en-el-salvador-2020_v1.pdf.
10. Sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO), Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). 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. [Online].; 2023. Acceso 5 de NOVIEMBRE de 2023. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/10/Borrador-Documento-de-consenso.pdf>.
11. Ikwara E, Nokero L, Anyolitho M, Isabirye R, Namutebi S, Mwesiga G, Pulhe S. Determinants of primary healthcare providers' readiness for integration of ART services at departmental levels: A case study of Lira City and District, Uganda. [Online].; 2023. Acceso 5 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10553216/pdf/pone.0292545.pdf>.
12. Kliegman R, Geme J, Blum N, Shah S, Tasker R. Nelson Tratado de pediatría. 21st ed. Barcelona: ELSEVIER; 2020. Acceso 5 de noviembre de 2023. p. 1781

- 13 Evans C, Prendergast A. When and how to intervene to improve the health of children born HIV-free. *J Int SIDA Soc.* 2023. Acceso 01 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10618881/pdf/JIA2-26-e26157.pdf>.
- 14 Ministerio de salud. Guías clínicas para la atención hospitalaria del neonato. San Salvador: MINSAL, San Salvador. Acceso 5 de noviembre de 2023. p.139. Disponible en: [file:///C:/Users/Downloads/guias_clinicas_atencion_hospitalaria_neonato%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/guias_clinicas_atencion_hospitalaria_neonato%20(2).pdf).
- 15 Chahine EB1, Núñez-Medina RM1, Williams K1, Kuretski J2, Maarsingh D. Comparación de la seguridad y eficacia de la terapia antirretroviral en una población diversa de personas mayores con VIH. *ingenta connect.* 2023; 38(11). Acceso 5 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/ascp/tscp/2023/00000038/00000011/art00005;jsessionid=1bn07g1ecaku0.x-ic-live-02>.

PÓSTER CIENTÍFICO



Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Medicina
Doctorado en Medicina
Artículo de informe de caso



Eficacia de la terapia antirretroviral en la transmisión vertical del VIH en madre seropositiva

Correo: MR14052@ues.edu

Brayan Jonathan Mejia Ramos

ID: <https://orcid.org/0009-0009-2597-3099>

Resumen

Adolescente embarazada diagnosticada con VIH durante la gestación con mal adherencia al TAR administrado por rechazo a aceptar su enfermedad, se le realiza parto por vía cesárea con profilaxis a la madre y al bebé liberando definitivamente la transmisión al recién nacido expuesto.

Presentación del caso

Gestante de 17 años quien consulta con historia de presentar cuadro agudo de faringitis además de amenorrea de 10 semanas, se confirma embarazo con prueba en sangre positiva y se realizan pruebas de tamizaje prenatal donde se sospecha VIH, 2 semanas posteriores se confirma el diagnóstico y se refiere a hospital para seguimiento prenatal de alto riesgo. Se establece tratamiento antirretroviral en combinación de dosis fija y se verifica mala adherencia al TAR además de negar su condición clínica, a las 36 semanas realizan pruebas para conteo de carga viral y linfocitos T CD4 donde según las condiciones clínicas se decide parto por vía cesárea con profilaxis a la madre con zidovudina intravenosa y profilaxis al recién nacido con lamivudina y nevirapina durante 6 semanas. Mediante estudios de laboratorio se libera definitivamente al bebé expuesto de la infección por VIH, verificando éxito en la terapia antirretroviral profiláctica.

Aspectos éticos

Para la publicación de este caso se obtuvo el consentimiento informado de la paciente y sus familiares con el fin de utilizar la información para objetivos académicos, respetando la privacidad de la paciente según lo establecido en la declaración de Helsinki

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los niños es el resultado de la transmisión vertical, también conocida como transmisión de madre a hijo. Prevenir la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH de una madre VIH positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es una cuestión de salud pública. La importancia de este caso es para realizar las estrategias correspondientes y las intervenciones oportunas haciendo énfasis en la terapia antirretroviral, para la reducción al máximo posible de la transmisión materno infantil de la infección por VIH.

Discusión

La estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de VIH sigue siendo una estrategia con resultados satisfactorios y progresivos, gracias a ella se han logrado disminuir la transmisión vertical del VIH, por medio de los controles prenatales, esquema terapéuticos oportunos, mensajes de prevención y de la búsqueda activa de casos. A pesar de las estrategias de prevención y control de la enfermedad prevalecen diversos factores comunitarios (normas sociales y culturales, estigmas y discriminación) que interviene en una adecuada intervención de dichas estrategias

Referencias bibliográficas

1. MINSAL. Guía Clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH. [Online].; 2020. Acceso 23 de octubre de 2023. Disponible en: [guiaclinicaparalaatencionintegralensaluddelaspersonasconvih\(3\).pdf](#)
2. Unidad del programa ITS/VIH MINSAL. Informe nacional situación de VIH en El Salvador. [Online].; 2021. Acceso 23 de octubre de 2023. Disponible en: [file:///C:/Users/Bryan/Downloads/informe-nacional-situacion-de-vih-en-el-salvador-2020_v1.pdf](#).
3. Mutanga J, Ronan A, Powis K. Achieving equity for children and adolescents with perinatal HIV exposure: an urgent need for a paradigm shift. J Int SIDA Soc.. 2023; 1. Acceso 28 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10618885/pdf/JIA2-26-e26171.pdf>.