



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POST-GRADO



PROCESO DE TITULACIÓN
EXAMEN COMPLEXIVO
INFORME DE PROYECTO PROFESIONAL
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD

TEMA:

EXPUESTOS PERINATALES VIH FACTORES DE RIESGO

MAESTRANTE:

Dra. Alba Cisneros Herrera

TUTORA.

Ing. Sara Torres Díaz, MSC

Noviembre, 2020

Dedicatoria

A mi amado Dios el creador perfecto de la existencia.

A mis queridos pacientes que de una forma indirecta o directa conviven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida.

¡Pero gracias a Dios, que nos da la victoria por medio de nuestro Señor Jesucristo!

1 Corintios 15:57

No se inquieten por nada; más bien, en toda ocasión, con oración y ruego, presenten sus peticiones a Dios y denle gracias. Y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, cuidará sus corazones y sus pensamientos en Cristo Jesús.

Filipenses 4:6-7

Agradezco a mis docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de la maestría, de manera especial, al master Ing. José Sandoya Villafuerte MSc. y su gestión para que se haga posible graduarnos con éxito. A la Ing. Sara Torres MSc. coordinadora de docencia gracias por su gentileza paciencia y sabios conocimientos.

Resumen

Para disminuir la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) durante el embarazo, se debe diagnosticar lo más antes posible e iniciar temprano la terapia antirretroviral.

Objetivo: Recabar información sobre expuestos perinatales VIH, porcentaje de alto y bajo riesgo a la infección, en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el semestre de octubre del 2019 a marzo de 2020. Se encontró como principal factor para ser un producto de alto riesgo de nacer infectado, la falta de tratamiento antirretroviral durante el embarazo, y por tanto presentar carga viral materna muy elevada.

Material y método: estudio cualitativo descriptivo, retrospectivo, conformado por 71 expuestos perinatales a VIH que nacieron en el hospital Universitario de Guayaquil durante los 6 meses motivo del estudio.

Resultados: el total de neonatos atendidos expuestos perinatales a VIH en el semestre de octubre 2019 a marzo 2020, es de 68, los de alto riesgo 26 y los de bajo riesgo 42, fueron excluidos los de madres serodiscordantes. Sus madres se conocían seropositivas a VIH al momento de iniciar el embarazo: 44, se diagnosticaron durante el embarazo 23, en trabajo de parto 1. 100% de las pacientes recibieron tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA). Al 99% se les realizó cesárea. 100% de los neonatos recibieron profilaxis antiretroviral. El 100% de las pacientes no lactaron.

Conclusiones: la madre bajo tratamiento y supresión de la carga viral, su interrupción del embarazo vía abdominal, la no lactancia y la profilaxis del neonato con antiretrovirales (ARV), nos ha permitido una tasa de transmisión vertical del 0%.

Día Mundial contra el SIDA se recuerda el 1 de diciembre, Este 2020 el lema es "Solidaridad mundial, responsabilidad compartida".

Palabras claves: Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Expuesto perinatal VIH, cargas virales, factores de alto riesgo, factores de bajo riesgo.

To decrease vertical transmission of human immunodeficiency virus (HIV) during pregnancy, antiretroviral therapy should be diagnosed as early as possible and started early.

Objective: To collect information on perinatal HIV exposed, percentage of high and low risk of infection, in the University Hospital of Guayaquil during the semester of October 2019 to March 2020, it was found as the main factor to be a high risk product of being born infected, lack of antiretroviral treatment during pregnancy, and therefore have a very high maternal viral load ..

Material and method: qualitative, descriptive, retrospective study, made up of 71 perinatal exposed to HIV who were born in the University Hospital of Guayaquil during the 6 months of the study.

Results: the total number of neonates cared for perinatally exposed to HIV in the semester from October 2019 to March 2020 is 68, those of high risk 26 and those of low risk 42, those of serodiscordant mothers were excluded. Their mothers were known to be HIV-positive at the time of initiation of pregnancy: 44, 23 were diagnosed during pregnancy, in labor 1. 100% of the patients received highly active antiretroviral treatment (HAART). 99% had a cesarean section. 100% of the infants received antiretroviral prophylaxis. 100% of the patients did not breastfeed.

Conclusions: the mother under treatment and suppression of the viral load, her interruption of the pregnancy via the abdominal route, the non-lactation and the prophylaxis of the newborn with antiretrovirals (ARVs), has allowed us a vertical transmission rate of 0%.

World AIDS Day is remembered on December 1, This 2020 the motto is "World Solidarity, Shared Responsibility".

Key words: Human immunodeficiency virus (HIV), HIV perinatal exposed, viral loads, high risk factors, low risk factors.

ÍNDICE

Introducción e información general.....	1
Formulación del Problema.....	1
Planteamiento del Problema.....	2
Justificación.....	2
Objetivos.....	3
Objetivo General	3
Objetivo Especifico.....	3
Hipótesis.....	3
Glosario de Términos.....	3
Desarrollo.....	5
Marco Teórico.....	5
VIH Generalidades.....	5
Definición.....	5
Epidemiología.....	5
Etiología y Patogenia.....	7
Manifestaciones Clínicas.....	7
Vías de Transmisión.....	8
Manejo Clínico.....	9
Clasificación Del Riesgo De Exposición Perinatal.....	10
Control y seguimiento del expuesto perinatal.....	15
Análisis institucional. Contexto del Hospital Universitario de Guayaquil.....	20

Materiales Y Métodos.....	22
Análisis de Informacion.....	23
Criterios de Inclusión y de Exclusión.....	23
Resultados y Analisis.....	23
Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	28
Bibliografía.....	29

INTRODUCCIÓN

Para disminuir la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) durante el embarazo, se debe diagnosticar lo más antes posible e iniciar temprano la terapia antirretroviral.

Objetivo: Recabar información sobre expuestos perinatales VIH, porcentaje de alto y bajo riesgo a la infección, en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el semestre de Octubre del 2019 a Marzo de 2020. Se encontró como principal factor para ser un producto de alto riesgo de nacer infectado, la falta de tratamiento antirretroviral durante el embarazo, y por tanto presentar carga viral materna muy elevada.

Material y método: estudio cualitativo descriptivo, retrospectivo, conformado por 71 expuestos perinatales a VIH que nacieron en el hospital Universitario de Guayaquil durante los 6 meses motivo del estudio.

Resultados: el total de neonatos atendidos expuestos perinatales a VIH en el semestre de octubre 2019 a marzo 2020, es de 68, los de alto riesgo 26 y los de bajo riesgo 42, fueron excluidos los de madres serodiscordantes. Sus madres se conocían seropositivas a VIH al momento de iniciar el embarazo: 44, se diagnosticaron durante el embarazo 23, en trabajo de parto 1. 100% de las pacientes recibieron tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA). Al 99% se les realizó cesárea. 100% de los neonatos recibieron profilaxis antiretroviral. El 100% de las pacientes no lactaron.

Conclusiones: la madre bajo tratamiento y supresión de la carga viral, su interrupción del embarazo vía abdominal, la no lactancia y la profilaxis del neonato con antiretrovirales (ARV), nos ha permitido una tasa de transmisión vertical del 0%.

Día Mundial contra el SIDA se recuerda el 1 de diciembre, Este 2020 el lema es "Solidaridad mundial, responsabilidad compartida".

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desconocer los **factores de riesgo materno-fetales** debido al **aumento** progresivo de la tasa de incidencia y prevalencia de **contagios** de VIH en mujeres, se estima que

aumentaría la tasa de morbimortalidad materno-fetal y la mayor probabilidad de nacer infectado el neonato. Por lo que es necesario mantener protocolos de atención primaria y oportuna para la detección de nuevos casos de VIH.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo que se considera los diferentes aspectos a plantearse:

1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que contribuyen en la exposición perinatal VIH atendidos en el HUG?
2. ¿Cuál es porcentaje de niños expuesto con VIH que nacieron en dicho HUG?
3. ¿Cómo podemos disminuir la incidencia de niños con mayores factores de riesgo a infectarse?

JUSTIFICACIÓN

Siendo el VIH considerado un gran problema de Salud Pública, por la repercusión sanitaria que involucra a todos los grupos de edad. En el momento de la investigación se crearon muchas interrogantes sobre los factores de riesgo para los recién nacidos de madres embarazadas portadoras del VIH y los principales factores que influyen a lo largo de su gestación; y con interés la evolución del neonato. Entonces este trabajo de investigación está dirigido a determinar los factores de riesgo , complicaciones maternas que acarrear consecuencias en el producto en la rápida detección del virus y la profilaxis del mismo para servir a la prevención de dichos factores El estudio permitió enriquecer los conocimientos relacionados con los factores de riesgo que se presentan en los productos de gestantes infectadas con VIH, el cual nos permite utilizarla como una herramienta de trabajo que es de utilidad en la planificación del grupo poblacional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la tasa de transmisión perinatal del VIH a lo largo del estudio, determinando los distintos factores de riesgo, y la implementación de medidas que hayan contribuido a la disminución de la tasa en el HUG de octubre 2019 a enero 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales factores de riesgos en los productos de las pacientes embarazadas portadoras del VIH.
- Determinar el porcentaje de expuestos perinatales a VIH, de alto y bajo riesgo.
- Conocer el número de pruebas de Test Serológico ofertadas a mujeres embarazadas en su primera consulta y lograr un diagnóstico oportuno.

HIPÓTESIS

Los factores de riesgo en el expuesto perinatal al VIH dependiendo si estos son de alto o bajo riesgo influyen en mayor o menor grado en la morbi-mortalidad del neonato. El Hospital Universitario de Guayaquil tiene una tasa de transmisión materno infantil de VIH menor al 2%, por lo que se corresponde como territorio libre de transmisión materno infantil de VIH.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Adherencia:** situación en la cual se toman los medicamentos exactamente como los recetó el profesional de la salud (13)
- **Antígeno p24:** proteína del núcleo viral que se detecta una o dos semanas después de la infección por el VIH en etapas tempranas (14, 15)
- **Antirretroviral:** medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus. (13)

- **Carga viral o viremia:** cantidad de virus (número de copias de ARN) que existe en una muestra biológica (por lo general plasma o suero) y que se expresa como número de copias de ARN viral/mL o en logaritmos decimales. (4,13)
- **Controladores élite:** subconjunto pequeño de personas que viven con el VIH, que pueden mantener cargas virales reducidas por años, sin medicamentos ARV.(13)
- **Expuesto perinatal:** niña/o menor de 18 meses de edad, que nace de una mujer infectada por VIH, en el que el estado de anticuerpos anti- VIH es desconocido.(18)8 **Parejas serodiscordantes:** dos personas que mantienen relaciones sexuales siendo una de ellas PVV y la otra negativa para la infección.(17)
- **Seroconversión:** transición de la infección por el VIH a la presencia detectable de anticuerpos contra ese virus en la sangre. (13)
- **Síndrome de inmunodeficiencia humana:** es la etapa más avanzada de la infección por VIH, en la que se ha llegado al agotamiento de las células CD4+, con un recuento <200 células/mL, y/o la presencia de condiciones definitorias, que son indicativas de un defecto grave de la inmunidad celular. (13)
- **Terapia antirretroviral:** se refiere al tratamiento para la infección por el VIH con 2 o más fármacos; se suele denominar también como TARV de máxima actividad.(4)
- **Virus de Inmunodeficiencia Humana:** Es un retrovirus perteneciente a la familia retroviridae que tiene dos tipos: VIH 1 y VIH 2. Ambos virus se transmiten por el contacto directo con los líquidos corporales, tales como la sangre, el semen, o los fluidos vaginales infectados por el VIH o de una madre VIH positiva al niño durante el embarazo, el parto o lactancia materna. (13)

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO: VIH GENERALIDADES

DEFINICIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus, cuya infección en los seres humanos provoca un cuadro clínico sindrómico de evolución prolongada, que, al alcanzar su fase final provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La infección causada por el VIH se caracteriza por producir una lenta, pero continua destrucción del sistema inmune mediante múltiples mecanismos, siendo los linfocitos CD4+ la diana más importante.

En la década de los 80, se reportaron los primeros casos de la infección por VIH; actualmente más de 38 millones de personas viven con la infección en el mundo. De éstas, 34,5 millones son adultos, más de 17 millones son mujeres y alrededor de 2 millones son niños/as y adolescentes menores de 15 años. (6).

La fase más avanzada es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) la cual, dependiendo de la persona puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse, se caracteriza por depresión notable del sistema inmunitario y por la aparición de diversas infecciones oportunistas o neoplasias poco comunes.

EPIDEMIOLOGÍA

El VIH constituye uno de los **mayores problemas para la salud pública** a nivel mundial, desde su descubrimiento en **1981** hasta la actualidad, se ha cobrado más de 35 millones de vidas. En el **2016** un millón de personas fallecieron por causas relacionadas con este virus. En **2017 36.9** millones de personas en el mundo vivían con VIH (35,1 millones adultos y 1.8 millones niños). El 75% de las personas que vivían con VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH, y alrededor del 59% tienen acceso al tratamiento antirretroviral.

Más de 2,8 millones de niños y adolescentes vivían con VIH en 2019, casi 9 de cada 10 en África subsahariana.

Estas son algunas estadísticas sobre las infecciones de VIH entre niños y adolescentes en 2019: 2,8 millones de niños y adolescentes padecen VIH. Solo un 53% de los niños infectados reciben tratamiento para el VIH, frente a un 85% de mujeres embarazadas que padecen VIH. En ese año, se registraron alrededor de 320.000 nuevos casos en niños y adolescentes. 113.000 niños y adolescentes murieron de causas relacionadas con el sida. Las mujeres y las niñas en África subsahariana continúan siendo las más afectadas y representaron el 59% de todas las nuevas infecciones por VIH en esa región en 2019, con **4.500** niñas adolescentes y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años infectadas con VIH cada semana (3). Las mujeres jóvenes representaron el 24% de las nuevas infecciones por el VIH en 2019, a pesar de representar solo el 10% de la población en África subsahariana (5).

En Ecuador, la región costa posee el mayor número de casos de VIH con el 74,1% de casos, la región sierra con el 20,3%, la región amazónica 1,93 % y la región insular con el 0,11 %. Las provincias con mayor prevalencia son: Guayas (53,2 %), Pichincha (10,2 %), El Oro (5,5 %), Manabí (4,5 %), Los Ríos (3,8 %) y Esmeraldas (4,4 %). El MSP en conjunto con ONUSIDA, indicaron que para el cierre del 2017 existieron 36.544 personas viviendo con VIH en el país, y de estas, el grupo de edad entre 15 a 49 años fue el más afectado por la epidemia, con mayor número de casos en hombres. La prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en el Ecuador es del 0.16, se estima que en el año 2018 415.631 mujeres embarazadas vivían con VIH.

EL SIDA EN CIFRAS

Hay una ralentización en el ritmo al cual se van reduciendo las nuevas infecciones por el VIH, se va aumentando el acceso al tratamiento y se va terminando con las muertes relacionadas con el sida. Comprueba los últimos datos (al cierre de 2019) con relación al VIH.



ONUSIDA. <https://www.unaids.org/es> (4)

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Taxonómicamente el VIH pertenece a la familia de los Retrovirus y al género de los Lentivirus y se subdividen en tipo 1 y 2 siendo los vertebrados sus huéspedes naturales. Todas las células expresadas por las moléculas CD4+ y las moléculas del correceptor pueden infectarse por el virus de la inmunodeficiencia humana. Posteriormente, el virus se une a varios correceptores como la quimiocina receptora tipo 5 (CCR5) en el principio de la infección y a la quimiocina receptora tipo 4 (CXCR4) poco después. El ciclo de replicación del virus de la inmunodeficiencia humana tiene dos fases: Fase **preintegración**, en donde el ARN se convierte en ADN proviral, que posteriormente se dirige al núcleo de la célula infectada. Y la **fase replicativa**, en donde el ADN proviral transcribe al ARN mensajero, va al citoplasma de la célula fabricando proteínas estructurales del virus, que por acción de la proteasa se convierte en proteínas virales. El signo cardinal de la infección por VIH es el agotamiento del número de los linfocitos cooperadores-inductores T, como consecuencia de la replicación de VIH en dicha población de células y también la muerte de linfocitos T no infectados, por mecanismos indirectos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La infección por VIH cursa por tres fases:

a) **Infección aguda**, puede ser asintomática o tener una constelación de síntomas no específicos o presentarse como un síndrome mononucleósido, con síntomas similares a un resfriado común (fiebre, malestar general, rash, mialgias, artralgias, cefalea). La presencia de síntomas y su duración más allá de 14 días, está relacionada con una rápida progresión a fase SIDA. (16)

- b) **Infección asintomática**, en esta fase la mayoría de personas son asintomáticos, aunque pueden presentarse linfadenopatías al examen físico. La linfadenopatía persistente generalizada (LPG) se define como el aumento moderado del tamaño de los ganglios linfáticos, simétricos, móviles, no dolorosos, gomosos, de localización en cadenas cervicales, submandibulares, occipitales y axilares; en más de dos sitios contiguos (que no sean inguinales), por más de tres a seis meses, sin otra explicación. (16)
- c) **Fase SIDA o sintomática**, se presenta por la presencia de infecciones oportunistas y/o neoplasias de manera recurrente y severa. Aunque la mayoría de complicaciones relacionadas con el VIH se presentan con inmunosupresión severa, algunas pueden ocurrir incluso con $CD4+ > 200$ células/mL.(18,16)

VÍAS DE TRANSMISIÓN

El VIH se transmite a través de contacto con **fluidos corporales contaminados** como la sangre, semen, secreciones vaginales o leche materna. También a través de **transfusiones sanguíneas, trasplantes o por el uso de agujas contaminadas. Y puede ser transmitido de madre a hijo (transmisión vertical) que puede ocurrir durante el embarazo, parto o lactancia.**

MADRES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EXPUESTOS PERINATALES TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

En ausencia de intervenciones para reducir la TMH, los rangos de transmisión van del 13 al 42%. El 70% adquirirá la infección en el parto o el alumbramiento (periodo periparto), 10% durante la gestación (particularmente, a partir del tercer trimestre) y 14 al 29% durante la lactancia. **Los factores de riesgo que incrementan el porcentaje de TMH son:**

carga viral materna elevada, recuento bajo de células CD4+ en la madre, avanzada enfermedad materna, prematuridad, ruptura prolongada de membranas, modo de alumbramiento, infección materna primaria y lactancia materna.

Con el uso de los antirretrovirales el riesgo puede reducirse a menos del 2%. El **factor de riesgo más importante es la carga viral**, mientras más alta sea, mayor será el riesgo de transmisión. **Transmisión intrauterina:** Puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación, sin embargo, hay estudios que indican que la transmisión intrauterina se produce fundamentalmente en las últimas semanas de gestación. **La transmisión trans placentaria** puede producirse de 3 formas: **por transferencia del virus libre** en casos con antigenia materna positiva, **por el paso de linfocitos o macrófagos portadores del provirus en su material genético de la madre al feto** y a través de **una infección primaria de la placenta con posterior transmisión fetal**, estando involucradas las células de Hofbauer (macrófagos placentarios) debido a su elevada concentración en placenta y por poseer receptores CD4 en su membrana.

Transmisión intraparto: Ocurre cuando el niño entra en contacto con la sangre materna o secreciones vaginales al pasar por el canal del parto, por vía ascendente desde la vagina o el cérvix hacia las membranas fetales o el líquido amniótico o por exposición directa de la mucosa gastrointestinal del recién nacido a la sangre materna. La rotura prematura de membranas incrementa el riesgo de la transmisión, siendo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa. Se ha demostrado que con carga viral menor de 1000 copias se logra una reducción considerable en las tasas de Transmisión Materno Infantil. **Transmisión a través de lactancia materna:** Los factores de riesgo: infección reciente de VIH con carga viral alta, madres jóvenes, multiparidad, deterioro inmunológico de la madre, mastitis, lesiones sangrantes en los pezones, candidiasis oral en lactantes.

MANEJO CLÍNICO

Antecedentes perinatales y examen físico. Es trascendental la historia materna- obstétrica que debe incluir: antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, fecha de diagnóstico de VIH en la madre, momento en que la madre inició tratamiento antirretroviral, tipo de tratamiento recibido, adherencia al mismo, pruebas de fármaco-resistencia del VIH en la madre, última carga viral previo al nacimiento, recuento materno de células CD4+, estado clínico materno, prematuridad, tipo de alumbramiento, tiempo de ruptura de membranas. La exploración física de los neonatos expuestos al VIH es generalmente normal, sólo en un bajo porcentaje presentan algunos datos clínicos típicos de infección por el VIH, y cuyo inicio de presentación es habitualmente a partir del tercer mes de vida e incluyen presencia de linfadenopatías, esplenomegalia y hepatomegalia. El retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor son comunes en el primer año de vida en los niños con infección por el VIH.

Existen una serie de **estrategias** para evitar la TMI, estas estrategias incluyen:

- Tratamiento con ARV
- ☒
- Cesárea programada
- No lactancia materna

Profilaxis con ARV en los recién nacidos expuestos perinatales.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN PERINATAL

El informe GAM año 2017, reporta en el Ecuador 75 casos nuevos VIH/sida en niños y adolescentes de 0 a 14 años de edad, de los cuales 13 casos (17.3%) fueron por transmisión materno-infantil (TMI). (7)

La profilaxis con antirretrovirales a los expuestos perinatales, se la administra de acuerdo como se los categoriza en **bajo** y **alto riesgo**.

Categoría	Descripción
Bajo riesgo	Embarazadas que se encuentran recibiendo TARV durante el embarazo antes de la semana 28 de gestación y que mantienen CV indetectable sostenida , en la cual se ha evidenciado buena adherencia a la TARV
Alto riesgo	<p>Factores maternos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres que no han recibido TARV antes ni durante el parto. - Mala adherencia a TARV durante el embarazo. - Diagnóstico de VIH después de las 20 semanas. - Mujeres que reciben TARV, solo las últimas cuatro semanas antes del parto - Mujeres que sólo reciben TARV durante la labor de parto. - Mujeres que reciben TARV antes del parto o durante la labor cuya CV se encuentra detectable, particularmente si el parto es por vía vaginal. - Mujeres en etapa SIDA. - Mujeres con infecciones de transmisión sexual. - Corioamnionitis. - Usuarias de drogas durante el embarazo. - Mujeres sin controles prenatales. - Mujeres con infección primaria aguda durante el embarazo sin TARV y amamantando. - Parto múltiple. - Instrumentación durante el parto. - Ruptura de membranas prolongada, mayor de 4 horas. - Parto vaginal cuando CV materna es detectable. - Eventos obstétricos con sangrado mayor a (episiotomía, laceración perianal y hemorragia intraparto) 500 ml en el parto vaginal y mayor a 1000ml en la cesárea. - Lactancia materna. <p>Factores del RN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso al nacer. - Edad gestacional menor a 34 semanas. - Recién nacido cuyo parto se dio en el domicilio.

Modificado de: GeSIDA. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. 2018. (1)

Profilaxis ARV en expuestos perinatales

Escenario 1
Recién nacido (28 días de vida) de madre que recibió TARV ante parto / intraparto con carga viral no detectable (riesgo < 1)
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar AZT preferentemente dentro de las 6 primeras horas de vida y mantener durante 4 semanas (ver tabla 27). - No dar lactancia materna.
Escenario 2
Recién nacidos de madre con diagnóstico de VIH con o sin TARV, CV detectable o desconocida
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar triple terapia (AZT + 3TC + NVP) con inicio preferente dentro de las primeras 6 horas de vida, y mantener por un máximo de 6 semanas, sin esperar pruebas complementarias de la madre (ver tabla 27). - Administrar nevirapina únicamente tres dosis en la primera semana de vida. - No dar lactancia materna

Tomado de: GeSIDA. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. 2018. (1)

Dosificación de antirretrovirales para profilaxis en el recién nacido expuesto

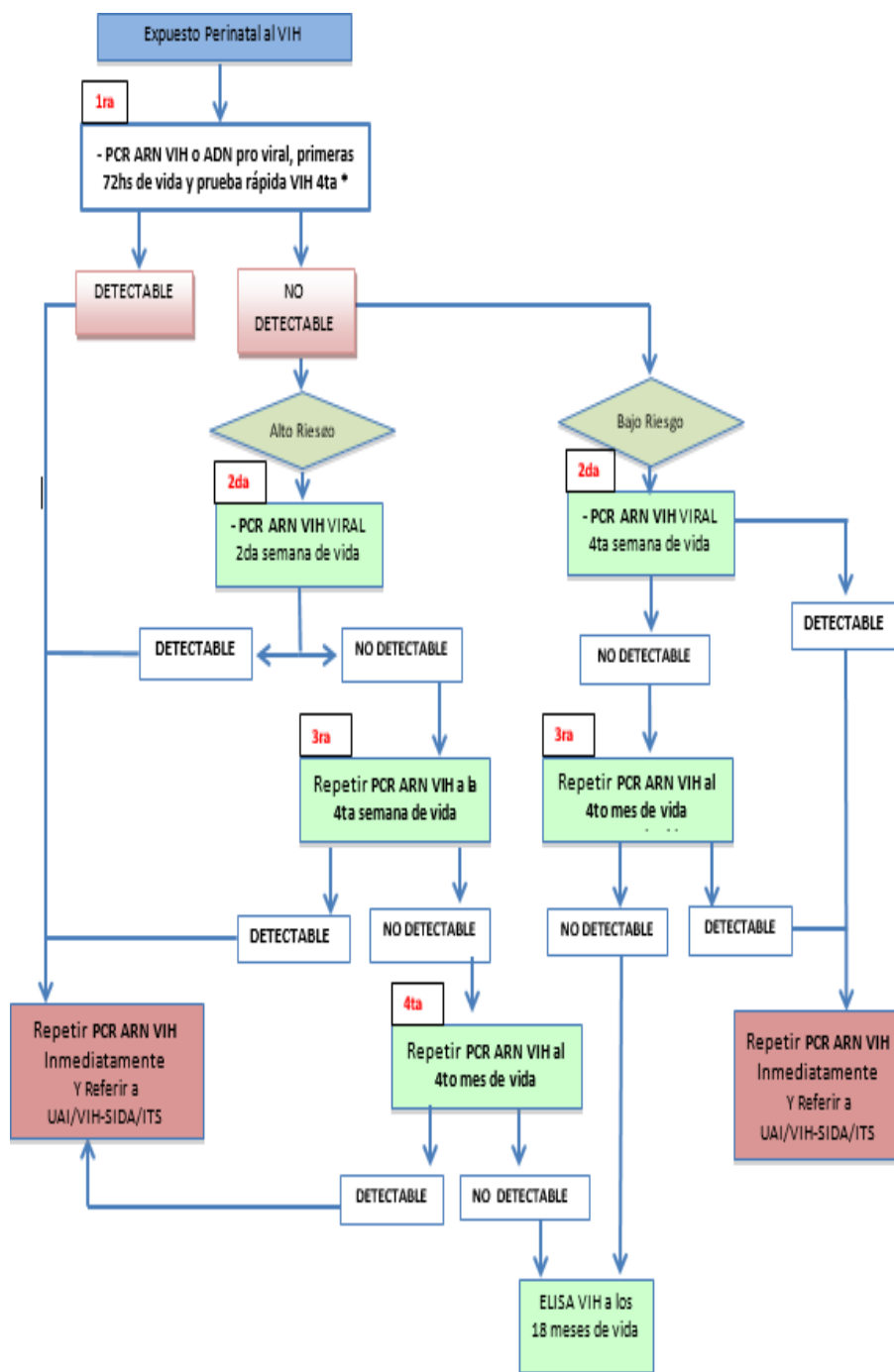
Medicamento	Dosificación										
zidovudina (AZT)	<p><u>≥35 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento hasta la edad de 4 a 6 semanas:</i> 4 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dosificación simplificada por kg de peso en recién nacidos ≥35 semanas:</th> </tr> <tr> <th>Peso (kg)</th> <th>Volumen (ml) ZDV 10 mg / Jarabe Oral 2 veces al día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 a <3 kg</td> <td>1 mL</td> </tr> <tr> <td>3 a <4 kg</td> <td>1.5 mL</td> </tr> <tr> <td>4 a <5 kg</td> <td>2 mL</td> </tr> </tbody> </table>	Dosificación simplificada por kg de peso en recién nacidos ≥35 semanas:		Peso (kg)	Volumen (ml) ZDV 10 mg / Jarabe Oral 2 veces al día	2 a <3 kg	1 mL	3 a <4 kg	1.5 mL	4 a <5 kg	2 mL
	Dosificación simplificada por kg de peso en recién nacidos ≥35 semanas:										
	Peso (kg)	Volumen (ml) ZDV 10 mg / Jarabe Oral 2 veces al día									
	2 a <3 kg	1 mL									
3 a <4 kg	1.5 mL										
4 a <5 kg	2 mL										
<p><u>>30 a <35 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento-edad 2 semanas:</i> 2 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día <i>Edad 2 semanas a 4-6 semanas:</i> 3 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día</p>											
<p><u><30 semanas de gestación al nacer</u> <i>Edad de 4 semanas:</i> 2 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día <i>4-6 semanas de edad:</i> 3 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día</p>											
lamivudina (3TC) Dosis de profilaxis	<p><u>≥32 semanas de gestación al nacer:</u> <i>Nacimiento hasta las 4 semanas:</i> 2 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día <i>4-6 semanas de edad:</i> 4 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día</p>										
nevirapina (NVP) Dosificación de la profilaxis	<p><u>Peso al nacer 1.5 - 2 kg:</u> 8 mg por vía oral dosis única por día <u>Peso al nacer > 2 kg:</u> 12 mg por vía oral dosis única por día</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Primera dosis se administra dentro de las primeras 48 horas de vida – Segunda dosis 48 horas tras la primera dosis – Tercera dosis 96 horas tras la segunda dosis 										
raltegravir (RAL)	<p><u>En casos especiales</u> Neonatos > 37 semanas y de > 2kg no expuestos a RAL en el embarazo/parto. 48 hs vida- hasta 7° día: 1.5 mg/ kg/ día 8° y 28 días: 3 mg/kg/12 hs >4 semanas: 6 mg/kg/12h</p>										

Tomado de: 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. GeSIDA 2018 (11)

DIAGNÓSTICO

Recomendaciones sobre pruebas para confirmar o descartar infección por VIH en el expuesto perinatal	
A 1^a	Realizar carga viral (CV) o ADN proviral dentro de las primeras 72 horas de vida
	Repetir CV a la sexta semana de vida (o segunda semana posterior a finalización de profilaxis con ARV), en presencia de bajo o alto riesgo para transmisión materno-infantil.
	Repetir CV ante un primer resultado indetectable y alto riesgo de transmisión.
	Realizar una tercera CV al cuarto mes de vida, cuando las dos pruebas previas han sido indetectables.
	Realizar prueba serológica entre los 18 a 24 meses de edad.

Diagnóstico de VIH en niños expuestos perinatales menores de 18 meses.



*Esta prueba no se emplea para diagnóstico de VIH, pero se emplea para la sero reversión del expuesto perinatal la misma que se confirmará a los 18 meses de edad

Adaptado de: Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con VIH. Argentina. 2016. (9)

Control y seguimiento del expuesto perinatal

Durante el control y seguimiento de los niños expuestos perinatales se debe realizar un examen físico detallado y obtener una historia clínica materna completa.

Edad	Profilaxis ARV	Diagnóstico de la Infección por el VIH	Estudios de laboratorio	Observaciones
0 a 48 Horas	Iniciar profilaxis ARV dentro de las primeras 6 horas de vida y mantener de acuerdo al riesgo.	Solicitar PCR RNA/DNA-VIH Si es positivo repetir en PCR RNA/DNA- VIH Si segunda muestra es positiva, manejar como RN con infección para VIH Si resultado negativo continuar con profilaxis.	Biometría hemática, transaminasas, STORCH. ELISA 4ta VIH	Vacunación para hepatitis B. NO lactancia materna. Proveer de fórmula láctea etapa 1. Verificar adherencia a profilaxis ARV. Control semanal para evaluar presencia de posibles efectos secundarios y ajuste de dosis de medicación ARV de acuerdo al peso. Si bien la prueba ELISA o PR se la recomienda en esta etapa de la vida, se debe realizar con la finalidad de confirmar seroreversión a los 18 meses.
14 a 28 Días	Continuar profilaxis ARV	En paciente de alto riesgo realizar segunda PCR RNA – VIH (carga viral).	Evaluar biometría hemática y transaminasas	Control semanal, completar profilaxis antirretroviral de acuerdo al riesgo de 4-6 semanas NO lactancia materna. Verificar adherencia a profilaxis ARV.
4 a 6 semanas	Continuar profilaxis de acuerdo al escenario	Realizar PCR RNA – VIH (niño de bajo riesgo).	Evaluar toxicidad ARV con Biometría hemática y transaminasas	Indicar profilaxis para neumonía por Pneumocystis jirovecii a partir las 6 semanas de vida

Modificado de: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH, México, actualización 2016.(8)

4-6 meses	No requiere	Realizar PCR RNA – VIH si no fue realizada a las 6 semanas.	Evaluar toxicidad por TMP/SMX con biometría hemática	<p>Evaluar el suspender profilaxis para neumonía por <i>P. Jiroveccii</i> al descartar infección por VIH.</p> <p>Se descarta infección por el VIH con 2 estudios virológicos negativos en muestras diferentes, siempre y cuando la segunda sea realizada luego de los 4 meses de vida.</p> <p>Si se confirma infección con dos estudios positivos, remitir a UAI.</p>
18 meses	No requiere	Prueba de serología para VIH (ELISA 4ta) a los 18 meses de edad	No requiere	<p>Controles mensuales con cuidados generales del niño, comprobar peso y estado nutricional</p> <p>Comprobar la desaparición de anticuerpos maternos con la realización de ELISA o prueba rápida, con resultado negativo a los 18 meses se descarta infección del niño expuesto al VIH y realizar la respectiva re- notificación del caso.</p>

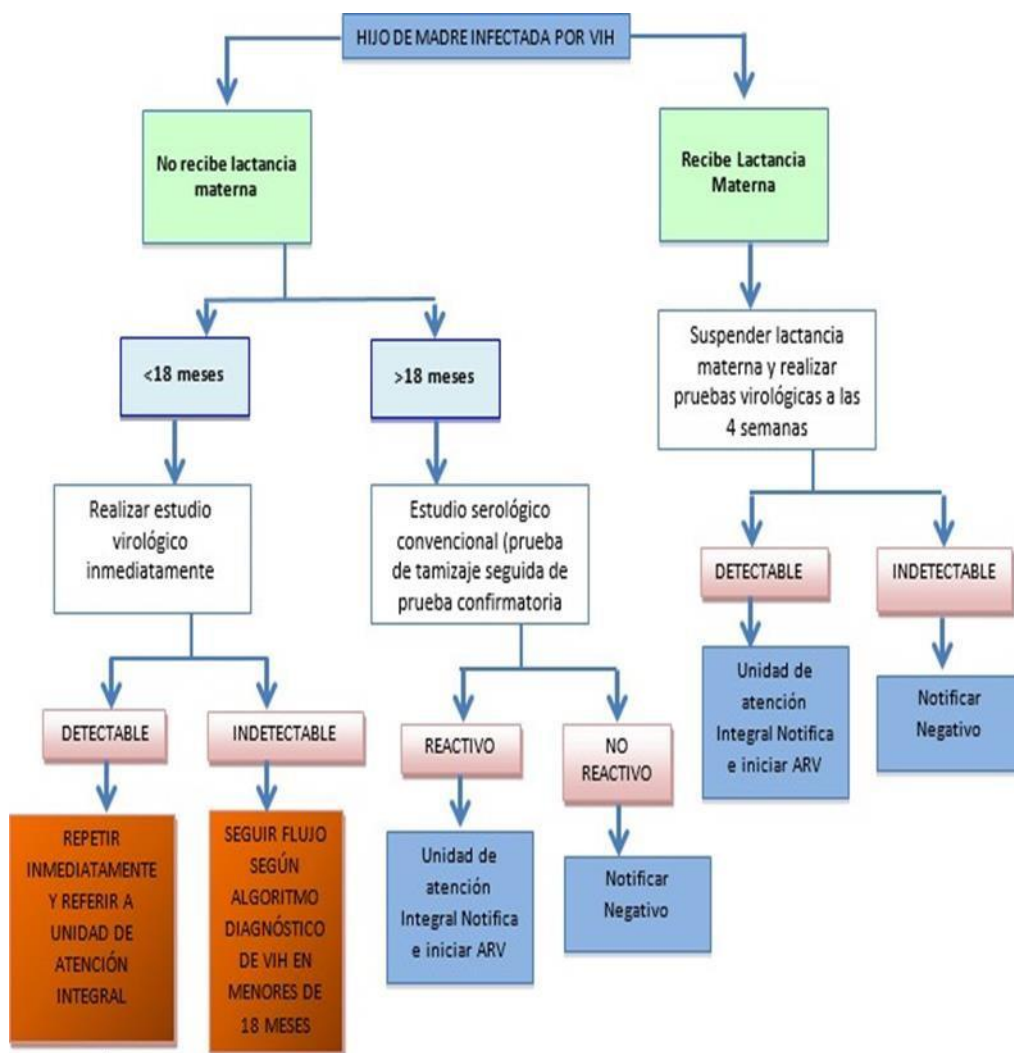
Alimentación en el recién nacido hijo de mujer con VIH

Recomendaciones sobre la alimentación en el RN hijo de madre con VIH, con sospecha de infección, y en pareja serodiscordante	
A 1 ^a	Suspender totalmente y de manera permanente la lactancia materna y sustituir con sucedáneos de la leche materna.
	Alimentar al RN con sucedáneos de la leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, luego combinar con alimentación complementaria hasta los 18 meses.
	Evitar la lactancia de madre y/o nodriza infectadas o con serología desconocida independientemente del estado clínico inmunológico.
	Contraindicar la alimentación mixta (fórmula combinada con leche materna).
	Suspender lactancia materna en la mujer serodiscordante que esté tomando PrEP.

Conducta a seguir en niños mayores de 1 mes que recibieron o reciben lactancia materna, de una mujer infectada por VIH recientemente diagnosticada o con sospecha de infección

Se ha demostrado la presencia del VIH en la leche materna de mujeres seropositivas por lo que está contraindicada. Por lo tanto, ante la sospecha de niño que ha recibido lactancia materna de una mujer con infección por VIH o con sospecha de infección (madre o nodriza) se debe descartar una posible infección en el niño. (2)

Figura 11. Algoritmo para niño que ha recibido lactancia materna de mujer con VIH o sospecha de infección



El diagnóstico de la infección por VIH se basa en métodos de diagnóstico indirecto y directo.

<p>Métodos indirectos o serológicos</p> <p>Reconocen principalmente anticuerpos o respuesta inmune celular específica frente al VIH.</p>
<p>Métodos directos o virológicos</p> <p>Detectan el virus o alguno de sus componentes (material genético/proteínas).</p>

Métodos utilizados para el diagnóstico de VIH

Métodos indirectos	<p>Pruebas de tamizaje/screening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas rápidas - Ensayo de inmunoanálisis enzimático (EIA) <p>Pruebas confirmatorias</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Quimioluminiscencia (CLIA) - Inmunofluorescencia indirecta (IFI) - Western Blot
Métodos directos	<p>Pruebas confirmatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección molecular del material genético del virus (ARN viral o ADN proviral NATs) <p>Técnicas cualitativas (detecta presencia o ausencia de virus) Reacción en cadena de la polimerasa convencional o tiempo real (PCR)</p> <p>Técnicas cuantitativas</p> <p>Carga viral del VIH (PCR tiempo real, amplificación de ácidos nucleicos con tecnología NASBA, amplificación de una señal unida a moléculas ARN viral o bDNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cultivo del virus - Detección de antigenemia (antígeno p24 viral) - Detección de la actividad retrotranscriptasa (RT) viral VIH-1 p24 <p>Ultra ELISA</p>

Tomado de: Sociedad Española de enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. Procedimientos en microbiología clínica. 2014. (12)

CAPÍTULO I

Análisis institucional.

Contexto del Hospital Universitario de Guayaquil



El Hospital Universitario de Guayaquil, institución en la cual se estudia el caso. Está ubicado en la ciudad de Guayaquil, en el Km. 23 vía Perimetral. Este hospital que fue diseñado con una capacidad de 286 camas con servicios especializados. En 1999 empieza la construcción del Hospital Universitario, En abril del 2005, se inaugura la primera fase de atención con los servicios de Consulta Externa en la Unidad Gineco Obstétrica Perinatólogica atendiendo en esta fase únicamente a los servidores universitarios y sus familiares. En julio del mismo año se inauguraron los servicios para toda la comunidad. En enero del 2006 empieza la transformación de la Unidad Gineco Obstétrica Perinatólogica, en Hospital general. En esta nueva etapa se apertura nuevos servicios en Consulta Externa e inicia la planificación para la apertura de hospitalización general, y el 20 de mayo del 2013 pasa a ser administrado por el Ministerio de Salud Pública (HUG, 2020).

El Hospital Universitario de Guayaquil (HUG), constituye un gran aporte de salud para los sectores aledaños al Hospital, entre los que se encuentran: Bastión Popular, Mucho Lote, Flor de Bastión, El Fortín, La Florida, entre otros, además de cubrir sectores más distantes como son de otras provincias de la región costa.

El HUG, es una Institución Pública encargada de brindar servicios de salud que debe cumplir con todos los estándares de calidad y normas vigentes estatales para el tipo de servicio

Misión del Hospital Universitario de Guayaquil Proporcionar servicios de atención médica de calidad y calidez en el campo de la atención especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con las responsabilidades de promover, prevenir, restaurar, rehabilitar la atención médica integral, la enseñanza y la investigación de acuerdo con las políticas del Ministerio de Salud Pública y Redes. En el marco de la justicia y la justicia social.

Visión del Hospital Universitario de Guayaquil Ser reconocido por los ciudadanos como hospitales asequibles que brindan atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población de acuerdo con los principios fundamentales de la salud pública y la bioética, utiliza las tecnologías y los recursos públicos de manera eficiente y transparente

Cartera de servicios:

Servicio Consulta Externa-Pediatría-Psicología-Psiquiatria-Cardiología-

Ginecología- Medicina Interna-Terapia Física y Rehabilitación

-Clínica odontológica –Estadística-Admisión-Farmacia-Enfermería

-La **Unidad de Atención Integral** (UAI) es la encargada del tratamiento del binomio madre VIH seropositiva-hijo expuesto perinatal, conformada por un Líder, 3 médicos ginecólogas, 2 médicos internistas, 1 médico general y 2 médicos pediatras, además de 2 consejeras, 2 psicólogas, y 1 trabajadora social.

Emergencia: -Emergencia pediátrica-Emergencia ginecológica--Imagenología

- Ecocardiograma Ecografía Radiología Tomografía Monitoreo fetal

Hospitalización:Sala de Ginecología-Sala de pediatría-Unidad de Diagnóstico -

Imagenología-Laboratorio de Anatomía Patológica-Laboratorio Clínico -Unidad

de Cuidados intensivos (UCI)-Unidad de cuidados intermedios Neonatal (CIN)

-Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)-Unidad de Cuidados de enfermería

-Farmacia Hospitalaria Dispensación interna Dispensación externa

Otros servicios

Servicio de Ambulancia

MATERIALES Y MÉTODOS

Localización

La zona de trabajo y lugar de acción es el Hospital Universitario de Guayaquil (HUG) ubicado en el Km 23 de la perimetral, al norte de la ciudad de Guayaquil, provincia de Guayas, Ecuador. Es un lugar idóneo para este estudio ya que cuenta con todo lo necesario para dicha investigación.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN: Corresponde al semestre de Octubre 2019 a Marzo 2020. **UNIVERSO:** Neonatos expuestos perinatales VIH en el HUG, corresponde a 68 Pacientes. **MUESTRA:** Neonatos con exposición perinatal VIH, atendidos en el HUG

MÉTODOS

TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Cualitativo Descriptivo - transversal

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La Investigación es de tipo cualitativo, descriptivo que permitió evaluar la información recolectada para la investigación., transversal por que se estudia a los sujetos en un mismo momento.

Capítulo II.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una labor estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones. Los datos obtenidos serán revisados y supervisados por la Coordinadora de Docencia ing Sara Torres MSc. Los datos fueron procesados en computadora y se utilizó el procesador de textos APA, cuyos resultados se presentan en cuadros y gráfico; con sus respectivos porcentajes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

Criterios De Inclusión:

Están incluidos los pacientes gestantes portadoras del virus VIH y los neonatos con exposición al VIH, cuyos expedientes se encuentran en los archivos de la maternidad.

Criterios De Exclusión

Se excluyen los pacientes neonatales sin exposición al VIH y las gestantes no portadoras de VIH, aunque su pareja sea VIH positivo (parejas serodiscordantes).

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Cuadro # 1: Número total de expuestos perinatales vih de alto y bajo riesgo en el semestre de Octubre 2019 a Marzo 2020 en el HUG.

SEMESTRE	TOTAL EXPUESTOS PERINATALES VIH	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
Octubre 2019	6	1	5
Noviembre 2019	13	7	6
Diciembre 2019	9	5	4
Enero 2020	12	7	5
Febrero 2020	8	5	3
Marzo 2020	20	17	3
	68	42	26
Porcentaje	100%	61%	39%

Elaboración: Dra. Alba Cisneros H.

Análisis e Interpretación: El número total de paciente expuestos perinatales 68 de los cuales 26 fueron de alto riesgo, y 42 de bajo riesgo.

Cuadro #2 Número Total De Partos (No Portadoras Y Portadoras Del Virus Vih) En El Semestre De Octubre 2019 A Marzo 2020.

Meses	Total de Partos	Eutócicos	Cesárea	Gestantes no seropositivas VIH	Gestantes seropositivas VIH	Expuestos Perinatales VIH
Octubre	813	468	345	339	6	6
Noviembre	693	408	285	272	13	13
Diciembre	664	407	257	248	9	9
Enero	790	420	370	358	12	12
Febrero	725	442	283	275	8	8
Marzo	894	541	353	333	20	20
Total	4579 (100%)	2686	1893	4511 (98.52%)	68 (1.48%)	68

Análisis e Interpretación: El número total de partos fueron 4579 (100%) de los cuales 68 (1.48%) corresponden a madres portadoras de virus VIH el resto no son portadoras

Cuadro # 3 Cuadro de oferta de la Prueba rápida VIH (serológica) en el semestre de octubre 2019 a marzo 2020.

Meses Octubre 2019- a Marzo 2020	Madres Gestantes Consulta externa Octubre 2019-a Marzo 2020	Pruebas Rápidas HIV ofertadas en Consulta Externa	Madres acudieron a parto Eutócico o Cesárea Octubre 2019-a Marzo 2020	Pruebas Rápidas HIV ofertadas a Parturientas Octubre 2019-a Marzo 2020
Total	8579	8579 (100%)	4579	4579 (100%)

Elaboración: Dra. Alba Cisneros H.

Análisis e Interpretación: Se oferto la prueba al 100% de las embarazadas en su primera consulta médica. Recordando que se debe ofertar y realizarv la prueba durante la gestación (3), parto (1) y post parto (1) en total 5 veces. .

Cuadro # 4 Expuestos Perinatales VIH - Octubre 2019

<u>OCTUBRE</u> <u>2019</u>	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	CONOCIA DX ANTES DE EMBARAZO		INDETECTABLE	DETECTABLE	TRIPLE ESQUEMA
1		1		SI		1	1
2		1		SI		1	1
3		1	NO			1	1

			20SG				
4		1		SI (abandono tto)		1	1
5		1	No 20sg		1		1
6	1			si	1		
TOTAL	1	5	No 2	Si 4	1	4	5

Cuadro # 5 Expuestos Perinatales VIH - Noviembre 2019

<u>Noviembre 2019</u>	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	CONOCIA DX ANTES DE EMBARAZO		INDETECTABLE	DETECTABLE	TRIPLE ESQUEMA
1	1		No 20sg		1		
2	1			si	1		
3	1			si	1		
4		1		si		1	1
5		1	No 30sg			1	1
6	1			si	1		
7	1			si	1		
8		1	No 20sg			1	1
9	1			si	1		
10	1			si	1		
11		1	No 33sg			1	1
12		1	No 35sg			1	1
13		1	No 16sg			1	1
	7	6	6	7	7	6	6

Cuadro # 6 Expuestos Perinatales VIH - Diciembre 2019

<u>DICIEMBRE 2019</u>	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	CONOCIA DX ANTES DE EMBARAZO		INDETECTABLE	DETECTABLE	TRIPLE ESQUEMA
1		1	No (trabajo parto)			1	1
2	1			1	1		
3	1			1	1		
4	1			1	1		
5		1		1	1		1
6	1			1	1		
7		1	No 34sg			1	1
8	1			1	1		
9		1		1	1		1
	5	4	No 2	Si 7	7	2	4

Cuadro # 7 Expuestos Perinatales VIH - Enero 2020

<u>ENERO</u> <u>2020</u>	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	CONOCIA DX ANTES DE EMBARAZO		INDETECTA BLE	DETECTA BLE	TRIPLE ESQUEMA
1	I		NO		I		
2		I		SI		I	1
3	I			TMI	I		
4		I	NO (tp)			I	1
5		I	NO (sg. 22)			I	1
6	I			SI	I		
7	I			SI	I		
8	I		NO (SG 12)		I		
9		I	NO (SG 8)			I	1
10	I			SI	I		
11		I	NO (SG 22)			I	1
12	I			I	I		
TOTAL	7	5	6	6	7	5	5

Cuadro # 8 Expuestos Perinatales VIH - Febrero 2020

<u>FEBRER</u> <u>O 2020</u>	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	CONOCIA DX ANTES DE EMBARAZO		INDETECTA BLE	DETECTA BLE	TRIPLE ESQUEMA
1	I			SI	I		
2		I	NO sg17			I	1
3	I			si	I		
4	i			si	i		
5		I		si		I	1
6	I			SI	I		
7		i		SI		i	1
8	I			si	I		

TOTAL	5	3	1	7	5	3	3
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Cuadro # 9 Expuestos Perinatales VIH - Marzo 2020

<u>MARZO</u> <u>2020</u>	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	CONOCIA DX ANTES DE EMBARAZO		INDETECTAB LE	DETECTA BLE	TRIPLE ESQUEMA
1	I			SI	I		
2	I		NO sg7		i		
3	I			si	I		
4	I			SI	I		
5	I			SI	I		
6		i	Sg 6		I fallo virológico		I
7	i			si	i		
8	I			si	I		
9	i			si	i		
10	I			SI	I		
11		I	NO (SG 22)			I	I
12	I			I	I		
13	i		NO sg. 15		I		
14	I			I	I		
15	I			I	I		
16	I		NO 20sg		I		I
17	I		No 20sg		i		
18	I			i	i		
19	I			I	I		
20		1	NO			I	I
	17	3	NO 6	SI 13	18	2	4

Capítulo III.

Conclusiones

Los factores de Riesgo en los expuestos perinatales VIH motivo de esta investigación predominan los de bajo riesgo en mayor porcentaje, por lo tanto, el riesgo en porcentaje a infectarse es menor de lo esperado, pero siempre debe existir un constante entrenamiento para discernir el escenario correcto del neonato y evitar una oportunidad perdida. Sabemos que el Factor de riesgo mayor es la Carga Viral detectable, y por consiguiente se necesita siempre de ese dato a la hora de determinar si es de bajo o alto riesgo, esa información la obtenemos a través del Sistema integrado de Necesidades (SIEN).

La prevención de la transmisión materna infantil durante y después del parto se han demostrado con cifras que son efectivas en el HUG, por eso nos mantenemos con 0% infectados hasta el 2020. A pesar de tener un considerable número de expuestos perinatales de alto riesgo. La evidencia médico-científica ha demostrado como se puede prácticamente eliminar la TMH.

Recomendación

El VIH siempre debe estar presente entre los diagnósticos a descartar, sino lo pensamos no lo diagnosticamos, no lo prevenimos. Si de 100 infectados diagnosticamos 90, y de estos 90 están en tratamiento, y de estos 90 están INDETECTABLES ellos serán INTRANSMISIBLES, es decir no contagian la enfermedad. Ofertemos siempre la prueba Serológica VIH. Se encuentra en las unidades de Salud Publica gratuitamente.

Bibliografía

1. Grupo de estudio del SIDA GeSIDA-SEIMC (GESIDA). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2019.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de prevención y control de la transmisión Materno Infantil del VIH y Sifilis congénita y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA. MSP. 2012;
3. Unicef. <https://www.unicef.org/es/vih>
4. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report
5. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos Guía de Práctica Clínica 2019. MSP.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe GAM Ecuador/Monitoreo Global del SIDA [Internet]. MSP. 2017. Available from:
http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf
7. 8-159. Secretaría de Salud de México. Guía de práctica clínica Binomio Madre-Hijo con infección por el VIH. 2016
8. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/es>.
9. UNICEF. Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Vih. 2016;
10. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2017;(2017):1-4.
11. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) G de E de S (GeSIDA)/Sociedad E de G y O (SEGO) y SE de IP (SEIP). Guía Para El Tratamiento Vih En Embarazo. 2018. Available from: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/05/gesida_VIH_embarazo.pdf

12. Estem KS, Catania J, Klausner JD. HIV Self-Testing: a Review of Current Implementation and Fidelity. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(2):107–15.
13. AIDSinfo. Glosario de infoSIDA. 2018;302
14. World Health Organization (WHO). Hiv Assays: Laboratory performance and Operational Characteristics of rapid diagnostic tests. *Who.* 2015;1–84.
15. WHO Consolidated Guidelines. HIV Testing Services. WHO. 2015;(July).
16. Asociación Panamericana de Infectología. Estándares para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en Latinoamérica. Primera ed. Beltrán, Carlos; Celi, Ana; Afani A, editor. Quito; 2017.
17. Rodríguez Iglesias M, Terrón Pernía A. Diagnóstico De La Infección Por El Vih [Internet]. *La infección por el VIH: guía práctica.* 2003. 95–107 p. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=jS5PsEIyNyIC&oi=fnd&pg=PA95&dq=DIA+GNÓSTICO+DE+LA+INFECCIÓN+POR+EL+VIH&ots=Iems0XVk_r&sig=3a0r3HOyes2BVJ9jcP+LoO3SLBCE
18. Bennett NJ. HIV Infection and AIDS. Medscape Reference. 2017.