



SIDA: REVISION BIBLIOGRAFICA:

Leticia Fátima Moreles Díaz¹ Intero 610. mleticiafaruma@yahoo.com

Gisselle Hernández Viera² Intero 610. giseellehernandezviera@gmail.com

Maylin Ruiz Maura³ Interno 610. mruiz970225@gmail.com

Duniel León Sánchez⁴ Interno 610. dunielleonsanchez@gmail.com

¹ Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón

² Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón

³ Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón

⁴ Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón

Resumen:

A pesar de los esfuerzos que se realizan desde hace décadas, es de vital importancia puntualizar los principales aspectos del VIH así como actualizar sobre el manejo del mismo.

Metodo: Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos digitales, Scielo, PudMed, Science, Scholar Google. Se consultaron un total de 15 Referencias bibliográficas. En la búsqueda se emplearon descriptores correspondientes : VIH , SIDA , embarazada, niños, adolescente . Utilizando combinaciones de palabras claves en composiciones diferentes se aportaron mas elementos y lograr organizar las referencias, basadas en los requisitos de uniformidad de Vancouver.

Introducción :

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección de transmisión sexual que se contagia a través del contacto con sangre, semen o líquidos vaginales infectados. También puede transmitirse por compartir agujas y jeringas para inyección de fármacos, así como de madre a hijo, aunque es menos frecuente donde su etapa final de evolución es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que puede llevar a la muerte a causa de infecciones

oportunistas. Este virus daña el sistema inmunitario destruyendo los glóbulos blancos (células CD4) responsables de ayudar a combatir las infecciones presentes en nuestro cuerpo.

Por su incidencia sigue siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial. Hasta la fecha, ha cobrado 40,4 millones de vidas y su transmisión persiste en todos los países. En algunos lugares, las nuevas infecciones están aumentando, a pesar de que antes estaban en descenso. A finales de 2022, se estimaba que 39,0 millones de personas vivían con el VIH.²

Los primeros casos de SIDA se detectaron en el año 1981, cuando comenzaron a aparecer un gran número de pacientes, jóvenes del sexo masculino, con neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y Sarcoma de Kaposi, en las ciudades de San Francisco, Los Ángeles y Nueva York, que hasta ese momento no padecían de ninguna enfermedad. En Cuba los primeros casos se reportaron en 1986, luego de que el MINSAP, en 1983, creara una comisión nacional integrada por varias especialidades (epidemiología, inmunología, virología, medicina interna, entre otras) y desde entonces se han implementado diversas acciones que han posibilitado que el país se registre entre las tasas de infección más bajas del mundo³. Hasta diciembre de 2017 se encontraban viviendo con el VIH 23 500 personas de las 28 659 diagnosticadas en toda la epidemia. El 19 % son mujeres y el 81 % hombres. Han fallecido 5 mil 159 personas con VIH: 4 336 a causa del sida y el resto por otras causas. Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 70 % del total de casos diagnosticados en el país. Se mantienen 45 municipios más afectados por la epidemia y en ellos se encuentra el 81 % de todas las personas que viven con VIH/sida.

Desarrollo:

El VIH es un virus ARN de la familia Retroviridae, género Lentiviridae, responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Actualmente se asume que la infección por el VIH es una zoonosis que se transmitió inicialmente desde primates no humanos al hombre. Se conocen dos subtipos del VIH: VIH-1 y VIH-2; los precursores de los mismos fueron los VIH que infectan a chimpancés y a mangabeys grises, respectivamente. El VIH-2, aunque tiene una distribución mundial, ha estado más limitado a África occidental.⁵

La infección por el VIH ataca el sistema inmunitario, y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es la fase más avanzada de la enfermedad. El VIH destruye los linfocitos T CD4, glóbulos blancos que desempeñan una función importante en ayudar a que el cuerpo combata enfermedades. Cuantos menos linfocitos T CD4 tengas, más débil será el sistema inmunitario.

La OMS considera que la enfermedad por VIH está avanzada cuando se encuentra en el estadio 3 o 4 de la OMS o cuando el número de células CD4 es inferior a 200 por mm³ en adultos y adolescentes. Se considera que todos los niños con VIH menores de 5 años padecen enfermedad avanzada por VIH.

Epidemiología

La infección por el VIH puede adquirirse por vía vertical (durante el embarazo, parto o lactancia), parenteral (incluye el consumo de drogas por vía parenteral compartiendo jeringuillas, las transfusiones de hemoderivados o los trasplantes de órganos y tejidos) o por vía sexual (vía de transmisión más frecuente en nuestro medio)

Factores de riesgo

Cualquier persona de cualquier edad, raza, sexo u orientación sexual puede estar infectada con el VIH/SIDA. Sin embargo, el riesgo es mayor en las siguientes circunstancias:

- Relaciones sexuales sin protección: El sexo anal supone un riesgo más alto que el sexo vaginal. El riesgo de contraer VIH aumenta en personas con varias parejas sexuales.
- Infección de transmisión sexual previa: Muchas infecciones de transmisión sexual producen llagas abiertas en los genitales. Estas llagas actúan como entradas del VIH al cuerpo.
- Inyección de drogas ilícitas: debido a que generalmente suelen compartir agujas y jeringas. Esto los expone al contacto con gotas de sangre de otras personas.

Sintomatología

Los síntomas varían, según la etapa de la infección. Es válido aclarar que el debut puede darse en cualquier estadio de la enfermedad a raíz de algún síntoma en particular (la candidiasis oral es un ejemplo frecuente) o a través de un test rutinario de pesquisa.(1)

1. Infección primaria (VIH agudo)

Algunas personas infectadas por el VIH desarrollan una enfermedad parecida a la gripe en un plazo de 2 a 4 semanas después de que el virus entra en el cuerpo. Esta enfermedad, conocida como infección primaria (aguda) del VIH, puede durar unas pocas semanas.

Posibles signos y síntomas:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular y articular
- Erupción
- Dolor de garganta y llagas dolorosas en la boca
- Ganglios linfáticos inflamados, principalmente en el cuello
- Diarrea
- Pérdida de peso
- Tos
- Sudores nocturnos

Estos síntomas pueden ser tan leves que es posible que ni siquiera los notes. Sin embargo, la carga viral es bastante alta en este momento. Como resultado, la infección se propaga más fácilmente durante la infección primaria que durante la siguiente etapa.

2. Infección clínica latente (VIH crónico)

En esta etapa de la infección, el VIH sigue presente en el cuerpo y en los glóbulos blancos. Sin embargo, es posible que muchas personas no tengan ningún síntoma o infección durante este tiempo.

Esta etapa puede durar muchos años si no recibes terapia antirretroviral. Algunas personas padecen enfermedades más graves mucho antes.

3. Infección por el VIH sintomática

A medida que el virus continúa multiplicándose y destruyendo células inmunológicas, las células del cuerpo que ayudan a combatir los gérmenes, puedes desarrollar infecciones leves o signos y síntomas crónicos como los siguientes(2):

- Fiebre
- Fatiga

- Ganglios linfáticos inflamados: a menudo, uno de los primeros signos de la infección por el VIH
- Diarrea
- Pérdida de peso
- Candidosis vaginal oral (candidiasis)
- Herpes (herpes zóster)
- Neumonía

Evolución al sida

El acceso a mejores tratamientos antivirales ha reducido ampliamente la cantidad de muertes por SIDA en todo el mundo, incluso en países de bajos recursos.

Cuando aparece el SIDA, existe un daño grave en el sistema inmunitario. Será más probable que se presenten enfermedades que normalmente no se manifiestan en personas con un sistema inmunitario sano. Estas enfermedades se conocen como "infecciones oportunistas" o "cánceres oportunistas".(3)

Los siguientes pueden ser los signos y síntomas de algunas de estas infecciones:

- Sudores
- Escalofríos
- Fiebre recurrente
- Diarrea crónica
- Ganglios linfáticos inflamados
- Manchas blancas persistentes o lesiones inusuales en la lengua o la boca
- Fatiga persistente, sin causa aparente
- Debilidad
- Pérdida de peso
- Erupciones cutáneas o bultos

Complicaciones

Al debilitarse el sistema inmune el individuo que expuesto a numerosas complicaciones llamadas "enfermedades oportunistas" dentro de las más frecuentes encontramos las infecciones y los tumores.(4)

Infecciones frecuentes del VIH/sida

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*. Esta infección fúngica puede causar una enfermedad grave. Aunque ha disminuido significativamente con los tratamientos actuales para el VIH o SIDA, en los Estados Unidos la neumonía por *Pneumocystis carinii* sigue siendo la causa más común de neumonía en las personas infectadas con el VIH.
- Candidiasis. La candidiasis es una infección común relacionada con el VIH. Causa inflamación y una gruesa capa blanca en la boca, la lengua, el esófago o la vagina.
- Tuberculosis. La tuberculosis es una infección oportunista asociada al VIH. Es una de las principales causas de muerte a nivel mundial en las personas que tienen SIDA. En los Estados Unidos es menos frecuente gracias al uso extendido de medicamentos para el VIH.
- Citomegalovirus. Este virus del herpes común se transmite en los líquidos del cuerpo, como la saliva, la sangre, la orina, el semen y la leche materna. Un sistema inmunitario sano desactiva el virus, pero permanece latente en el cuerpo. Si el sistema inmunitario se debilita, el virus reaparece y causa daños en los ojos, el tubo digestivo, los pulmones u otros órganos.
- Meningitis criptocócica. La meningitis es una inflamación de las membranas y del líquido que rodea el cerebro y la médula espinal (meninges). La meningitis criptocócica es una infección común del sistema nervioso central asociada al VIH y provocada por un hongo que se encuentra en la tierra.
- Toxoplasmosis. Esta infección potencialmente mortal se provoca por el *Toxoplasma gondii*, un parásito que transmiten principalmente los gatos. Los gatos infectados pasan los parásitos en sus heces, que luego pueden propagarse a otros animales y a los humanos. La toxoplasmosis puede causar enfermedades cardíacas, y se producen convulsiones cuando se extiende al cerebro.

Tumores frecuentes en las personas con VIH/sida(5)

- Linfoma. Este cáncer comienza en los glóbulos blancos. El signo más frecuente y que aparece primero es la hinchazón indolora de los ganglios linfáticos del cuello, de las axilas y de la ingle.
- Sarcoma de Kaposi. El Sarcoma de Kaposi, un tumor de las paredes de los vasos sanguíneos, se suele presentar como lesiones rosadas, rojas o púrpuras en la piel y

en la boca. En el caso de las personas que tienen la piel más oscura, las lesiones pueden tener un aspecto marrón oscuro o negro. El Sarcoma de Kaposi también puede afectar los órganos internos, que incluyen el tubo digestivo y los pulmones.

- Cánceres relacionados con el virus del papiloma humano. Estos son cánceres originados como consecuencia de una infección por el virus del papiloma humano. Incluyen el cáncer anal, bucal y del cuello del útero.

Otras complicaciones

Síndrome consuntivo. El VIH/SIDA sin tratar puede provocar una pérdida de peso significativa, a menudo acompañada de diarrea, debilidad crónica y fiebre.

Complicaciones neurológicas. El VIH puede provocar síntomas neurológicos, como desorientación, mala memoria, depresión, ansiedad y dificultad para caminar. Los trastornos neurocognitivos asociados al VIH pueden variar desde síntomas leves, como cambios de comportamiento y funcionamiento mental reducido, hasta demencia grave que causa debilidad e incapacidad para funcionar.

Enfermedad renal. La nefropatía asociada al VIH consiste en la inflamación de los pequeños filtros de los riñones que eliminan el exceso de líquidos y de desechos de la sangre, y los transportan a la orina. Afecta más a menudo a personas de raza negra o hispanas.(6)

Enfermedad hepática. La enfermedad hepática también es una complicación importante, especialmente en las personas que también tienen hepatitis B o hepatitis C.

Diagnóstico

Se pueden usar varias pruebas diferentes para diagnosticar el VIH. Dentro de las cuales:

Pruebas de anticuerpos/antígenos: son las que más se utilizan. Pueden mostrar resultados positivos, por lo general, entre 18 y 45 días después de que alguien contraiga el VIH inicialmente.

Con estas pruebas de sangre se verifican los anticuerpos y los antígenos. Un anticuerpo es un tipo de proteína que el cuerpo produce para combatir una infección. Por otro lado, un antígeno es la parte del virus que activa el sistema inmunitario.

Pruebas de anticuerpos: Con estas pruebas de sangre se verifican los anticuerpos. Entre 23 y 90 días después de la transmisión, la mayoría de las personas desarrollará anticuerpos de VIH detectables, los cuales se pueden encontrar en la sangre o la saliva.(7)

Estas pruebas se realizan por medio de análisis de sangre o hisopos bucales, y no se necesita ninguna preparación previa. Algunas pruebas proporcionan resultados en 30 minutos o menos.

Otras pruebas de anticuerpos se pueden realizar en casa:(8)

Prueba OraQuick para el VIH. Con un hisopo oral, los resultados se obtienen en tan solo 20 minutos.

Sistema de Prueba de VIH-1 de Home Access. Después de que la persona pincha su dedo, envía una muestra de sangre a un laboratorio autorizado. Puede permanecer en el anonimato y solicitar los resultados al siguiente día hábil.

Si alguien sospecha que ha estado expuesto al VIH pero su prueba casera resultó negativa, debe repetirla en tres meses. Si el resultado es positivo, debe hacer un seguimiento con su proveedor de atención médica para confirmarlo.

Prueba de ácido nucleico (PAN)

Esta costosa prueba no se usa para pruebas diagnósticas generales. Es para personas que tienen síntomas tempranos de VIH o saben que tienen un factor de riesgo. Esta prueba no busca anticuerpos, busca el virus en sí. El VIH tarda entre 5 y 21 días para que pueda ser detectado en la sangre. Esta prueba suele ir acompañada o confirmada por un examen de anticuerpos.

Algoritmo para el diagnóstico de VIH en Cuba(9)

Realizar Prueba Rápida

Reactiva	
Solicitar una segunda muestra con encuesta epidemiológica Realizar SUMA a la segunda muestra en el laboratorio de origen de la primera muestra y enviar al CPHEM	
En el laboratorio del CPHEM se comprueba resultado de la segunda muestra	
SUMA Reactivo	SUMA no Reactivo
Enviar al LISIDA	Repetir con una tercera muestra
	Realizar la investigación de discordante

No Reactiva
Se informa como no reactiva Si existe criterio epidemiológico se envía a LISIDA

Tratamiento

Más de 25 medicamentos de terapia antirretroviral están aprobados para tratar el VIH. Su función es evitar que el VIH se reproduzca y destruya las células CD4, lo cual ayuda al sistema inmunitario a combatir las infecciones. Esto también ayuda a reducir el riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con el VIH, así como a no transmitir el virus a otras personas.

Estos medicamentos antirretrovirales se agrupan en seis clases:

- inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)
- inhibidores no-nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)
- inhibidores de la proteasa
- inhibidores de fusión
- antagonistas de CCR5, también conocidos como inhibidores de entrada
- inhibidores de transferencia de la cadena de integrasa

Protocolo para el tratamiento con antirretrovirales en adolescentes, adultos y niños con VIH en Cuba

LINEAS TERAPEUTICAS PARA ADULTOS Y ADOLESCENTES(10)		
PRIMERA LINEA	SEGUNDA LINEA	TERCERA LINEA
<p>Se emplearán para iniciar tratamiento esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa: -2 nucleósidos (AN) + 1 no nucleósido (NN) respectivamente.</p>	<p>Estará conformada por esquemas que incluyan 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con ritonavir respectivamente.</p>	<p>Los medicamentos de esta línea serán indicados en pacientes que presenten fracaso a tres o más esquemas previa discusión y aprobación por el Comité Nacional de Evaluación de Tratamientos, el cual incluirá para tal decisión</p>

		estudios de resistencia.
<p>1.AZT(zidovudina)+3TC(lamivudina)+NEV(nevirapina)</p> <p>2.AZT(zidovudina)+3TC(lamivudina)+EFV(Efavirenz)</p> <p>3.TDF(tenofovir)+3TC(lamivudina)+NEV(nevirapina)</p> <p>4.TDF(tenofovir)+3TC(lamivudina)+EFV(Efavirenz)</p>	<p>1.ABC(abacavir)+3TC LPV/rLopinavir/Ritonavir</p> <p>2.TDF(tenofovir)+3TC+ATV/r(atazanavir+ritonavir)</p> <p>3.AZT(zidovudina)+3T+CSQV/r(saquinavir+ritonavir)</p> <p>IND/r (Indinavir + ritonavir)</p>	<p>Pertenece a la tercera línea el Darunavir, el Tipranavir, el Enfuvirtide y el Raltegravir</p>
<p>a) No utilizar nevirapina en mujeres con CD4 mayor de 250 y en hombres con CD4 mayor de 400 cels. /mm³. En su lugar, utilizar EFV.</p> <p>b) El esquema preferente es AZT + 3TC + NEV.</p> <p>c) Se recomienda el uso de TDF como componente de los esquemas de inicio si el paciente presenta anemia y existe disponibilidad del medicamento.</p> <p>d) En la coinfección con hepatitis B: utilizar TDF +3TC + EFV.</p> <p>e) En la coinfección con Tuberculosis utilizar AZT + 3TC + EFV.</p> <p>f) En caso de presentar reacción adversa o contraindicación para el uso de Tenofovir y zidovudina, se recomienda sustituir por ABC.</p>	<p>a) Si en la primera línea se utilizó AZT, en la segunda línea se utilizará Tenofovir + Lamivudina o Abacavir (*) + Lamivudina.</p> <p>b) Si en la primera línea se utilizó Tenofovir en la segunda línea se utilizará Abacavir + Lamivudina o Zidovudina + Lamivudina</p> <p>(*) Utilizar con precaución en pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, con cargas virales superiores a 100 000 cp.</p>	

LÍNEAS TERAPÉUTICAS PARA NIÑOS (11)

NIÑOS < 3 años

PRIMERA LÍNEA

Se emplearán para iniciar tratamiento esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa:

2nucleósidos (AN)+1no nucleósido (NN) respectivamente

1-AZT (zidovudina) +3TC(lamivudina) +NEV*(nevirapina)

2-D4T(Estavudina) +3TC (lamivudina)+NEV*(nevirapina)

SEGUNDA LÍNEA

Estará conformada por esquemas que incluyan 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con ritonavir respectivamente.

1. AZT (zidovudina)+3TC (lamivudina)+LPV/r(Lopinavir/Ritonavir)

2. D4T(Estavudina)+3TC (lamivudina)+LPV/r(Lopinavir/Ritonavir)

3. ABC (Abacavir)+3TC (lamivudina)+LPV/r(Lopinavir/Ritonavir)

Contraindicada cuando la madre este usando nevirapina y la carga viral sea detectable o historia de uso previo con mala respuesta.

NIÑOS ≥ 3 AÑOS HASTA 10 AÑOS

PRIMERA LÍNEA

Se emplearán para iniciar tratamiento esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa:

2 nucleósidos (AN) + 1 no nucleósido (NN) respectivamente.

1-AZT (zidovudina) +3TC (lamivudina) +NEV (nevirapina)

SEGUNDA LÍNEA

Estará conformada por esquemas que incluyan 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con

Ritonavir respectivamente.

1.- TDF (tenofovir) + 3TC + LPV/r (Lopinavir/Ritonavir)

2-AZT (zidovudina) +3TC (lamivudina) +EFV (Efavirenz)	2.-AZT (zidovudina) + 3TC + LPV/r (Lopinavir/Ritonavir)
3-TDF (tenofovir) +3TC (lamivudina) +NEV (nevirapina)	3- ABC(Abacavir)+ 3TC +(lamivudina) LPV/r (Lopinavir/Ritonavir)
4-TDF (tenofovir) +3TC (lamivudina)+EFV(Efavirenz)	

Para los menores de 7 años deben tenerse presentaciones pediátricas o adecuar dosis según peso.

Principios para decidir el inicio de la terapia antirretroviral (TAR)

- Informar al paciente de las ventajas y los inconvenientes del tratamiento y de sus reacciones adversas
- Obtener el consentimiento del paciente
- Tener en cuenta las incompatibilidades e interacciones medicamentosas
- Tener en cuenta que el primer esquema es el mejor siempre que logre máxima y estable supresión de la replicación viral a los seis meses
- La medicación debe mantenerse de por vida e ininterrumpidamente

Protocolo de atención a la gestante seropositiva al VIH (12)

El equipo básico de salud y el obstetra del Grupo Básico de Trabajo (GBT)

- El médico de familia y el gineco-obstetra del GBT garantizarán que la embarazada con VIH sea evaluada mensualmente por el especialista designado para la atención a personas con VIH y conocerán de los resultados de las evaluaciones periódicas.
- Derivarán a consejería de ITS-VIH/sida del Policlínico para evaluar programa de intervención educativo específico según riesgos de la gestante, su pareja y familia.
- Investigarán antecedentes de tratamientos ARV para de conjunto con el especialista designado para la atención a pacientes VIH/sida definir conducta a seguir según escenario.
- Se tomarán las medidas necesarias para que la gestante cumpla con el tratamiento antirretroviral, asegurando que las pacientes no adherentes sean evaluadas de forma diferenciada y se establezcan las acciones necesarias para garantizar la administración del tratamiento de forma controlada por personal de salud.

- Controlarán el cumplimiento de las indicaciones médicas y la adherencia a tratamientos.
- Coordinarán con los especialistas correspondientes el ingreso para realización de cesárea electiva.
- Indicarán suspensión de la lactancia materna y garantizarán que el bebé reciba lactancia artificial.

El especialista designado para la atención a personas con VIH:

- Evaluará mensualmente a la totalidad de gestantes con VIH y retroalimentará al gineco-obstetra del GBT y al médico del consultorio.
- Indicará tratamiento antirretroviral inmediatamente que se diagnostique el embarazo -independientemente del estadio clínico e inmunológico de la gestante-
- Indicará y controlará que sean realizados conteos de CD4 y carga viral en los tres trimestres del embarazo y evaluará, de conjunto con el médico de familia y profesor del GBT, la conducta a seguir para lograr que la carga viral sea indetectable.
- Remitirá las embarazadas con Hepatitis B, C y/o TB para seguimiento en el nivel terciario.
- Evaluará mensualmente a las gestantes NEGATIVAS al VIH con pareja sexual SEROPOSITIVA al VIH -pareja serodiscordante- y será responsable de cumplir lo establecido para el seguimiento de estas pacientes.
- Evaluará el inicio de tratamiento antirretroviral en hombres con VIH parejas de embarazadas seronegativas al VIH. El seguimiento en consulta de estos pacientes se realizará con igual periodicidad que las gestantes mientras dure el embarazo.

Protocolo para la Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH(13)

- Realización de prueba de VIH en los tres trimestres del embarazo
- Realización de prueba de VIH a las parejas sexuales
- Terapia combinada iniciando inmediatamente con la captación del embarazo independientemente de los conteos de CD4 y mantener de por vida
- Seguimiento inmunológico y virológico de la embarazada con VIH en los tres trimestres del embarazo
- Parto por cesárea
- Sustitución de la lactancia materna

- Profilaxis al niño con antirretrovirales según protocolo durante 6 semanas

El objetivo esencial del TAR en la embarazada es minimizar la transmisión materno infantil del VIH, para ello la mujer debe de arribar al tercer trimestre con Carga Viral indetectable y mantenerla hasta la realización de la cesárea.(14)

Todas las mujeres seropositivas al VIH iniciarán TAR inmediatamente que se diagnostique el embarazo e independientemente del valor de los CD4.

Principios del tratamiento antirretroviral durante la gestación

- El tratamiento antirretroviral iniciado durante el embarazo se mantendrá de por vida
- Será controlado por el equipo básico de salud
- En caso que la nevirapina forme parte del esquema terapéutico, controlar rigurosamente todos los meses la función hepática.

Esquemas preferenciales:

1. Truvada (Tenofovir + Emtricitabine) + Efavirenz.
2. Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz.

Esquemas alternativos:

1. Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina (mujeres con CD4 menor o igual de 250 cels. /mm³).
2. Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/ ritonavir (Kaletra) (mujeres con CD4 mayor de 250 cels. /mm³).

Nota: En caso de alergia a los antirretrovirales no nucleósidos utilizar Kaletra.

Atención a la gestante seropositiva en el momento del parto:

- La gestante ingresará en el Hospital que le corresponda por regionalización para la realización de la cesárea.
- Si la embarazada recibió tratamiento antirretroviral durante la gestación y su carga viral es NO DETECTABLE, no utilizar Zidovudina intravenosa en el momento del parto.
- Se utilizará Zidovudina intravenosa en las siguientes situaciones:

- La embarazada se diagnosticó con VIH en el último trimestre y no se logró llevar la carga viral a valores no detectables
- La embarazada recibió tratamiento antirretroviral pero no se dispone del resultado de su carga viral.
- En embarazadas que se les presenta el parto antes de las 35 semanas
- En embarazadas que presentan rotura prematura de membranas, fiebre o sangramiento durante el parto.

Administración de zidovudina por vía i.v

Iniciar 3 horas antes del inicio de la cesárea a razón de 2 mg x kg en la 1era hora, seguida de una infusión continua de 1mg x Kg por hora hasta la ligadura del cordón umbilical.

La infusión se diluye en suero glucosado al 5% y la concentración no debe exceder de 4 mg/ml.

Conducta con el recién nacido de mujer seropositiva:(15)

1. Iniciar la administración de Zidovudina (jarabe) en las primeras 4-6 horas después del nacimiento a razón de 2 mg x Kg de peso cada seis horas y mantener el tratamiento por 42 días (seis semanas).
2. En el caso que el recién nacido no esté en condiciones de recibir el medicamento por vía oral, se le debe de administrar por vía iv en la misma dosis que el esquema recomendado en el punto 1 si se trata de recién nacido a término.
3. En caso de recién nacidos prematuros o bajo peso comenzar el tratamiento con el jarabe de Zidovudina a razón de 1,5 mg x Kg hasta que alcance el peso ideal en que se continúa como se indica en el punto 1.
4. Queda suspendida la lactancia materna.
5. Garantizar lactancia artificial.
6. Seguimiento clínico y de laboratorio según algoritmo
7. Continuar con las medidas establecidas por el PAMI para todos los recién nacidos.

Conclusiones:

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud mundial, sobre todo, en los países en vías de desarrollo. En el mundo, aquellas personas que viven con el VIH o sufren su manifestación clínica, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), luchan contra el estigma social que esto les provoca. Las mujeres, como grupo vulnerable, sufren las consecuencias derivadas de vivir con VIH como son la pobreza extrema, la escasez de recursos sanitarios, la desnutrición y la exclusión laboral y por tanto también económica y social. Hace más de 40 años que la pandemia del VIH/SIDA se escuchó por primera vez, la desinformación, temor, desconocimiento, discriminación y estigmatización hacia las personas con el virus sigue latente en todas las sociedades y el miedo de enfrentar esta situación es abrumador, tanto para las personas que conocen su estado serológico como para sus familiares y la sociedad donde se desarrollan. Con el agravante de las consecuencias a las estructuras socioeconómicas lo que representa para un país un número significativo de personas afectadas.

Bibliografía:

1. Concepción, A. A. R. (2021). 40 años de una pandemia aún presente: el VIH/SIDA. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 25(4), 1-3.
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Torres Peña R, Joanes Fiol J, Carreras Corzo L, Pérez Ávila J, Hernández Gutiérrez O, Marrero Figueroa A, et al. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la tuberculosis en Cuba. Bol Oficina Sanit Panam. 1995; 119 (1): 66-73
4. Sariol-Resik, P. C., Prieto-Domínguez, T., Blanco-Aspiazu, M. Á., Resik-Aguirre, S., & Baldoquin-Rodríguez, W. (2022). Mortalidad y factores asociados en pacientes cubanos infectados con VIH-1. Acta Médica Costarricense, 64(4), 37-47.
5. J.A. Girón Ortega, S. Pérez Galera, B. Garrido Gamarro, J.A. Girón González, Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 13, Issue 57, 2022, Pages 3329-3336, ISSN 0304-5412, <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.05.019>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454122200141X>)
6. Díaz Vega A, González Santes M, Domínguez Alfonso A, Arias Contreras A. Factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS de Veracruz. Perinatol Reprod Hum 2023; 27(4): 229-34. [Links]
7. Censida. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 6. ed [Internet]. México: Censida; 2021. [citado 14/12/2022]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf [Links]
8. Diaz Torres HM, Machado Zaldívar LY. Comportamiento de la resistencia a drogas antirretrovirales en una consulta externa de La Habana durante el año 2020. Rev Cubana Med 2020; 53(4): 445-55. [Links]
9. Lobaina Barthelemy L, Dubed Echevarría M, Vilarrubia Montes de Oca OL, Navea Leyva L, Díaz Torres HM, Izquierdo Márquez M, et al. Caracterización biológica de aislamientos de VIH-1 en pacientes con una evolución clínica rápida. Rev Cubana Med Trop 1998;50:96-9.
10. Arazoza H, Rachid Lounes R, Pérez JL, Hoang T. What percentage of the Cuban HIV-AIDS epidemic is known? Rev Cubana Med Trop 2019;55:30-7.

11. ONUSIDA. Directrices Monitoreo Global del Sida 2022. [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2022. [citado 14/12/2022]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf [Links]
12. Monserrat Merchán Baque A. Complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH - SIDA de 20 a 30 años. A realizarse en el Hospital Materno Infantil del Guasmo "Matilde Hidalgo de Procel" de septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis]. Guayaquil: Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia; 2021. [citado 14/12/2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1841/1/TESIS%20ADRIANA%20MERCH%C3%81N%20PDF..pdf>[Links]
13. Azevedo Damasceno KS, Alves dos Prazeres JC, Leite Araújo MA, Valdanha N. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. Salud Colectiva.2018;9(3):363-71. [Links]
14. Grupo de Estudio del Sida. Documento de consenso de GeSida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. [Internet]. España: GeSida; 2019. [citado 14/5/2019]. Disponible en:http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia_Tar_Gesida_Ene_2019.pdf [Links]
15. Marecos M, Vera A, Aparicio C. Trasmisión Vertical del VIH en gestantes del Hospital San Pablo. Rev Nacional (Itaguá). 2021; 3(1): 9-15. [Links]