Escuela de Obstetricia y Puericultura
Casa central

Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Gestantes: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Vigentes en Chile.

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía

Prof. Mg. Cindy Peña Moreno

Estudiantes

Constanza Medina Tobar

Camila Muñoz Montenegro

Catalina Rodríguez Rojas

Mariajosé Rojas Salinas

Camila Tello Pizarro

Viña del Mar, Año 2021

RESUMEN 4

I. INTRODUCCIÓN 6

II. MARCO TEÓRICO 9

Ciclo de replicación del VIH 9

Vías de transmisión 10

Epidemiología del VIH en Latinoamérica 11

Prevención de la infección por VIH 12

Situación epidemiológica del VIH en Latinoamérica y en Chile 12

Transmisión vertical en Chile. 14

Prevención en gestantes 15

Diagnóstico 16

Diagnóstico en gestantes 16

Directrices unificadas proporcionadas por la OMS 16

Tratamiento 17

Tratamiento en gestantes VIH 18

PREGUNTA INVESTIGATIVA 19

Metodología 19

Criterios de Selección 20

Plan de sistematización y análisis de datos 21

III. RESULTADOS 22

Prevención en mujeres embarazadas con o sin vih (+) 22

Diagnóstico de vih en gestantes 30

Tratamiento de mujeres embarazadas con vih (+) 35

Manejo de mujeres embarazadas portadoras de vih (+) 38

IV. DISCUSIÓN 46

Prevención 46

Diagnóstico 47

Tratamiento 48

Manejo 49

DISCUSIÓN FUENTES PRIMARIAS UTILIZADAS 50

V. CONCLUSIÓN 56

BIBLIOGRAFÍA 57

RESUMEN

Introducción: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, el cual afecta a diversos grupos de personas, siendo uno de estos, las mujeres gestantes. Chile, atendiendo a la importancia de esta patología en la salud de la población y el impacto que podría generar en las gestantes y sus familias, impulsa políticas públicas a través de diversos Protocolos, Normas y Planes emitidos por el Ministerio de Salud de Chile. *Objetivo General:* Exponer la situación actual de Chile con respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento del Virus de la Inmunodeficiencia humana tipo 1 en gestantes. *Metodología:* Se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptiva, se seleccionaron documentos oficiales del Ministerio de Salud de Chile (Minsal) en español, entre los años 2012-2019. *Resultados:* En el ámbito de la prevención se identificó que existen políticas orientadas específicamente a la gestación pero no son las suficientes. Sin embargo existe mayor información durante el ciclo vital a través de la entrega de orientación y consejería. En el diagnóstico se pudo identificar la importancia de los controles prenatales, ya que es ahí donde se realiza la toma del Test de Elisa lo que permite pesquisar de manera oportuna, y así, en caso de portar el virus otorgar el tratamiento de antirretrovirales adecuado tanto para la gestante como para su recién nacido eventualmente. *Conclusión:* Pudimos reconocer que el manejo de la gestante portadora de VIH se encuentra protocolizado en todas las atenciones durante la gestación en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: VIH, gestantes, gestación, prevención, diagnóstico, tratamiento, Chile.

ABSTRACT

Introduction: The human immunodeficiency virus (HIV) has become a public health problem worldwide, which affects various groups of people, one of them being pregnant women. Chile, taking into account the importance of this pathology in the health of the population and the impact it could have on pregnant women and their families, promotes

public policies through various Protocols, Norms and Plans issued by the Ministry of Health of Chile. *General Objective:* Present the current situation in Chile regarding prevention, diagnosis and treatment of Human Immunodeficiency Virus type 1 in pregnant women. *Method:* A descriptive bibliographic review was carried out, official documents of the Ministry of Health of Chile (Minsal) were selected in spanish, between the years 2012-2019. *Results:* Regarding the results, in the area of prevention it was identified that there are policies specifically oriented to pregnancy, but it is not enough. However, there is more information during the life cycle through the provision of guidance and counseling. In the diagnosis, the importance of prenatal controls could be identified, since that is where the Elisa Test is taken, which allows a timely investigation and thus, in case of carrying the virus, grant the appropriate antiretroviral treatment both for the pregnant woman as for her newborn eventually. *Conclusion:* By way of conclusion, we were able to recognize that the management of pregnant women with HIV is standardized in all care during pregnancy in terms of prevention, diagnosis and treatment.

Keywords: HIV, pregnant women, pregnancy, prevention, diagnosis, treatment, Chile.

I. INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) es considerada actualmente una pandemia debido a la alta incidencia a nivel mundial, la cual, afecta principalmente a personas jóvenes, la mayor concentración de casos de VIH se ubica en los grupos entre 20 a 29 años (1) causando un impacto en la morbilidad y mortalidad de este grupo etario. Según la información del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, más conocido por su acrónimo ONUSIDA, del año 2020, las personas que viven con VIH a nivel mundial, en promedio, son 38 millones.

El VIH, es reconocido como el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ataca principalmente a los linfocitos T-CD4 cuya función ayuda a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos como los macrófagos, linfocitos B y los linfocitos T-CD8 que corresponden a una parte fundamental del sistema inmune, de manera que en presencia del VIH se disminuye la capacidad inmunitaria permitiendo el paso de infecciones oportunistas (2).

Con respecto a las vías de transmisión se encuentran; la vía sexual, la vía sanguínea y la transmisión vertical de madre a hijo. La vía sexual contempla las relaciones sexuales penetrativas tales como vaginales o anales, prácticas de sexo oral o cualquier relación donde se dé el intercambio de fluidos corporales. El contagio por la vía sanguínea se produce por exposición a sangre infectada, al compartir agujas y transfusiones sanguíneas principalmente. Y la vía de transmisión vertical es aquella donde una madre infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) traspasa el virus a su hijo, a través del canal de parto, placenta, y/o lactancia.

Dado que en Chile la principal vía de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana es la sexual, las políticas y estrategias se han orientado a intervenir en los

comportamientos vinculados con la sexualidad de las personas para generar conciencia sobre prácticas sexuales seguras.

En relación al diagnóstico de VIH en Chile se efectúa mediante la técnica de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), examen que debe ser voluntario, confidencial y con consentimiento informado.

La cifra de personas portadoras de VIH ha ido en aumento, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 1.4 millones de mujeres que viven con VIH, quedan embarazadas cada año.(3)

Respecto a la situación actual en Chile, se ha avanzado mejorando la calidad de los procesos clínicos lo que ha generado en los últimos años un descenso importante en las tasas, sugiriendo rangos de eliminación de esta infección. A continuación se adjunta *tabla 1* extraída del documento "Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión vertical del VIH y sífilis en Chile 2020" (4) con información actualizada en Julio 2020.

Tabla 1: Indicadores de impacto Estrategia de Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis. Chile 2014-2018

INDICADOR	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Tasa de transmisión VIH poblacional	0.05 (por 1000 NV)	0.05 (por 1000 NV)	0.02 (por 1000 NV)	0.02 (por 1000 NV)	0.04 (por 1000 NV)
Tasa de	5.1%	6.3%	2.1%	1.9%	2.4%

transmisión materno infantil	12/232	12/190	5/237	5/266	9/374
Tasa de sífilis congénita (notificación)	0.13 (por 1000 NV)	0.13 (por 1000 NV)	0.18 (por 1000 NV)	0.13 (por 1000 NV)	0.18 (por 1000 NV)

Por lo que podemos concluir a través de la tabla que el reciente año 2018, hubo 374 usuarias gestantes portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana registradas, cifra más actual a la fecha. De los cuales solo en 9 ocasiones hubo transmisión vertical de VIH, lo que corresponde a una transmisión materno infantil del 2.4%.

Siendo la infección por VIH un importante problema de Salud Pública que afectan no sólo a las mujeres y sus recién nacidos, sino a toda la comunidad, siendo una patología prevenible mediante estrategias altamente costo efectivas, Chile ha asumido el compromiso adscribiendo a la “Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis en Latinoamérica” impulsada por OPS y UNICEF (5). Y en la siguiente revisión identificamos qué medidas han sido implementadas en Chile respecto al manejo de VIH en mujeres embarazadas, respecto a la prevención diagnóstico y tratamiento.

II. MARCO TEÓRICO

El VIH es un retrovirus perteneciente a la subfamilia de los lentivirus dentro de la cual se han identificado dos tipos específicos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más frecuente, produce el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y en casos severos, puede llevar a la muerte. Por otra parte, el VIH-2 tiene una incidencia menor, endémica de África occidental donde es transmitido con menor eficacia, desencadenando un síndrome similar al del VIH-1.

La estructura del virus está conformada por cuatro capas básicas desde exterior hacia interior: presenta una bicapa lipídica de forma esférica a pleomórfica donde se encuentra inserta la proteína transmembrana gp41 estructura a la se ancla la glicoproteína de superficie gp120, que sirve como sitio de inserción primaria de las partículas de VIH a los receptores de superficie en las células huéspedes. La capa siguiente corresponde a la matriz proteica conformada por el antígeno p17, que sirve como revestimiento interno de la envoltura viral externa y a continuación está la capa de proteínas de la cápside constituida principalmente por el antígeno p24. Y finalmente en su interior dos hebras idénticas de RNA unidas por la proteína p9. (6)

Ciclo de replicación del VIH

El ciclo replicativo del VIH se ve graficado en la "Figura 1: Ciclo replicativo del Virus de la inmunodeficiencia humana" extraída de la página *Viralzone* "HIV replication cycle", donde se representan las principales etapas de este proceso que consisten en:

Unión de proteínas virales al receptor celular, fusión de membrana celular y envoltura viral, transporte de estructura viral a través de microtúbulos, transcripción inversa, ingreso al núcleo celular, integración al genoma celular, transcripción, generación de proteínas virales, exportación de ARN genómico, ensamble de partícula viral, salida por yemación (partícula inmadura), maduración extracelular, obtención de virión infeccioso.

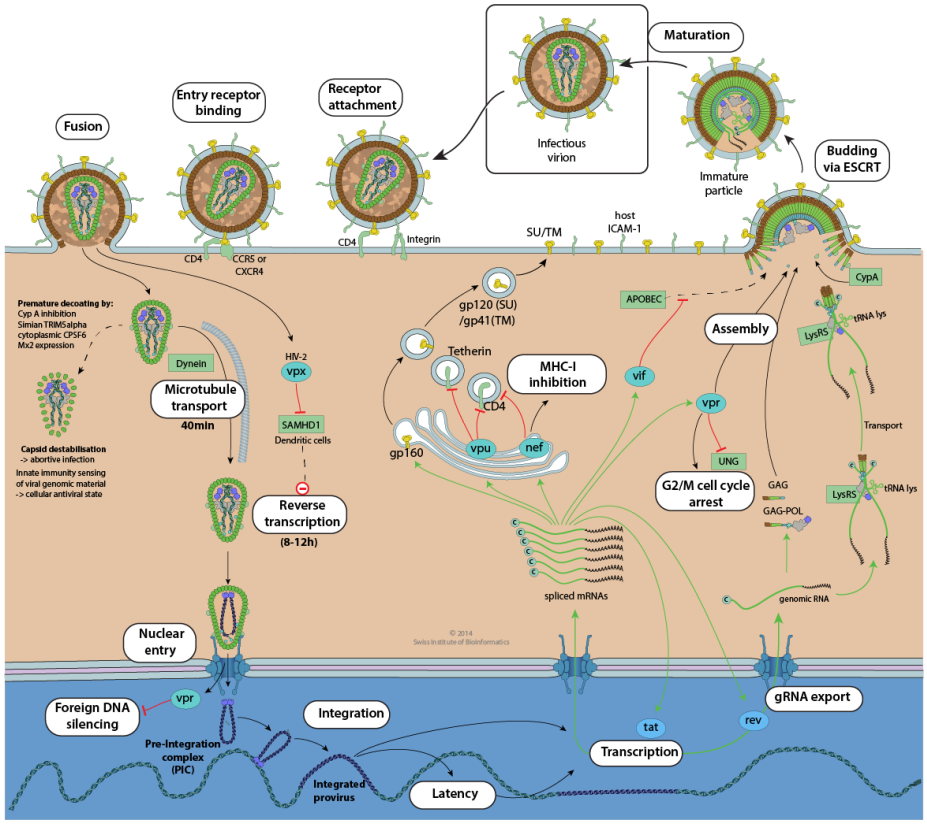


Figura N°1: Ciclo replicativo del Virus Inmunodeficiencia Humana (7)

Vías de transmisión

Entre las vías de transmisión de VIH se encuentra la vía sexual, sanguínea y vertical.

La vía sexual es a través de relaciones penetrativas, orales o prácticas sexuales donde exista exposición a fluidos corporales como el semen o el flujo vaginal, todas estas sin el uso de preservativo o condón, con una persona portadora de VIH. La vía sanguínea está asociada a compartir agujas y jeringas principalmente durante el consumo de drogas intravenosas y a través de transfusiones de sangre. Esta última vía de contagio tiene una baja incidencia en Chile, ya que desde 1987 la sangre donada es sometida a exámenes para detectar el VIH. Finalmente, la vía de transmisión vertical se refiere a cuando una mujer embarazada infectada con el virus, sin tratamiento alguno, transmite la infección a sus hijos/as durante la gestación, parto o lactancia.

El VIH se encuentra principalmente en fluidos como la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Es importante indicar que no es un virus que tiene una alta supervivencia fuera del cuerpo humano, por lo que no puede transmitirse durante actividades cotidianas como saludar, abrazar o besar. Tampoco mediante el contacto de superficies como un baño, utensilios de cocina, alimentos o a través de picaduras de insectos. (8)

Epidemiología del VIH en Latinoamérica

Con respecto a otros países de Latinoamérica, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estableció que había, a julio de 2004, 37,8 (rango de 34,6-42,3) millones de personas viviendo con VIH/SIDA, de las cuales 17 millones (15,8-18,8) son mujeres; 18,7 millones, hombres y 2,1 millones (1,9-2,5), menores de 15 años; en el 2003 se tendrían 4,8 millones de nuevas infecciones. El 67% de los afectados habita en África y 5,4% en América Latina y el Caribe. De la población mundial de 15 a 49 años, el 1,1% están infectados con VIH.

Desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA han muerto alrededor de 20 millones de personas. Para Latinoamérica se calcula que 1,6 millones (1,2-2,1) de personas viven con VIH, cada año se presentan 200.000 nuevos casos y 84.000 muertes por SIDA.

La mayoría de los casos en niños se debe a infección vertical; con una estimación de 630 (570-740) mil niños menores de 15 años infectados anualmente. En el 2003 había 2,1 millones de niños menores de 15 años viviendo con VIH; en este mismo año murieron 490 (440-580) mil niños, 90% en África.

En Latinoamérica, el número de casos acumulados de VIH/SIDA de Colombia es superado por Brasil y México. La prevalencia en nuestro país se ha calculado entre 0,6 y 0,7%, con una incidencia de 0,06%. El comportamiento de la epidemia de VIH/SIDA en Colombia es de transición, del predominio de casos en hombres que tienen sexo con otros hombres a

la afectación de la población heterosexual femenina y masculina; de una razón hombre: mujer de 12:1 en 1998, alcanza 3:1 en 2004. Esta progresión ha sido evidente en algunas regiones como la Costa Atlántica donde la relación llega a 3:1. (9)

Prevención de la infección por VIH

Dado que en Chile la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, las políticas y estrategias se han orientado a intervenir en comportamientos vinculados con la sexualidad de las personas. Para esto, la estrategia nacional de prevención, se ha implementado a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en cuatro niveles simultáneamente, que se complementan y potencian.

- Nivel Individual: a través de la entrega de información, orientación y consejería.
- Nivel Grupal Comunitario: consta de iniciativas focalizadas en poblaciones más vulnerables y proyectos comunitarios y comunicacionales con población general.
- Nivel Masivo: Su objetivo central es mantener la alerta social y la percepción de riesgo de la población.
- Nivel Articulación Intersectorial: busca sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de gobierno, para potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y alcanzar las metas comprometidas

Además, el Ministerio de Salud ha generado diversas intervenciones a lo largo de la historia que buscan generar conciencia en la población con respecto al VIH, enfatizando en el uso de condón, en la pesquisa del virus y tratamiento precoz. (10)

Situación epidemiológica del VIH en Latinoamérica y en Chile

Según los datos globales sobre VIH/SIDA en el artículo “Comunidades en el Centro”, 13 países latinoamericanos proporcionaron información respecto a su situación epidemiológica.

Durante el año 2018, en América Latina aproximadamente la mitad de los países de la región experimentó un aumento en la incidencia de contagio por VIH. Los mayores aumentos se produjeron en Brasil (21%), Costa Rica (21%), Bolivia (22%) y Chile (34%). Al mismo tiempo, se observaron grandes descensos en El Salvador (-48%), Nicaragua (-29%) y Colombia (-22%). Se estima que 100.000 [79.000–130.000] personas contrajeron el virus, provocando un incremento del 7% en comparación con 2010.

Según la información obtenida durante el año 2011 Guatemala tuvo una población de 14.949.000 habitantes, en ese periodo se reportaron 22,677 personas diagnosticadas con VIH/SIDA observando que el 66,89% correspondió a pacientes del sexo masculino, mientras que el 33,1% al sexo femenino, correspondiendo a transmisión vertical general un 4.43%. (11)

Dentro de esta población, el progreso en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH se acoge a programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia. El porcentaje de mujeres embarazadas que viven con VIH y que reciben profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión vertical y proteger su propia salud fue del 76% en 2018 y la tasa de transmisión maternoinfantil fue del 14% en 2018. (12)

Según el "Informe ONU/SIDA 2019" con una población de 19.107.000 habitantes, en Chile vivían 71 mil personas con VIH, implicando un aumento de 4 mil personas con respecto al año 2017. Del total de contagiados, un 87% han sido diagnosticadas siendo equivalente a 61.660 personas, 45.140 de estas recibieron tratamiento. (13) Según los registros de "Indicadores de impacto Estrategia de Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis", durante el año 2018, hubo 374 usuarias gestantes portadoras del virus en nuestro país.

Transmisión vertical en Chile.

La transmisión vertical del virus se define como, la transmisión de la infección de VIH de una madre a su hijo/a durante el embarazo y el parto. La "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis" establece que la tasa de la transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana, muestra un descenso notorio y sostenido a través del tiempo, pasando de una cifra cercana a 30% en el período previo a la implementación en 1996, del primer protocolo de prevención de la Transmisión Vertical (ACTG 076) a 1.6% observado en el año 2010, mediado por la aplicación del actual Protocolo de Prevención. La transmisión madre-hijo ha disminuido como vía de exposición, llegando en el período 2006-2010 a 0,7% en VIH y 0,6% en SIDA, del total de casos reportados. (1)

Una investigación realizada en Chile titulada, "VIH-SIDA: COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN EL CONTEXTO GENERAL DE LA INFECCIÓN EN CHILE" estudió el comportamiento epidemiológico y el manejo de los pacientes portadores de VIH/SIDA en Chile desde el comienzo de la epidemia hasta los últimos registros notificados al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud y CONASIDA (enero de 1984 - diciembre de 2006). Se pudo observar que la vía vertical es responsable del 1,1% de los casos de VIH y el 1,4% de los casos de SIDA durante los años 1998 al 2006, lo que concuerda con el rango etario de 0 a 9 años. Al analizar este punto por distribución por sexo, se puede apreciar que durante el período 1986-2005 la infección por VIH/SIDA por TV en niñas es de un 3,2%, mientras que en niños es de sólo un 0,6%. (14)

Respecto a la vía de transmisión del virus la principal vía de exposición sigue siendo la sexual que concentra el 93,4% de los casos.

En el Boletín de Vigilancia de Laboratorio del Minsal (2019), llamado "Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010-2018" indican que desde el año 2010 a

Diciembre del 2018 hubo 113 hijos de madre VIH (+) infectados y 1.855 hijos de madre VIH (+) tuvieron resultado (-) a la infección (15). Con respecto a otro documento llamado "Gestantes Haitianas el nuevo escenario del embarazo VIH" del año 2018, se aclara que ese año se confirmaron 317 embarazadas seropositivas: el 18,9% correspondía a chilenas y 81,1% a extranjeras. Según el Ministerio de Salud, aunque hay aumento de las gestantes inmigrantes VIH positivas, la transmisión vertical es baja: en 2018 sólo nacieron seis niños con el virus. (16)

Prevención en gestantes

En Chile, no existen protocolos orientados a prevenir la infección por VIH en gestantes. Estos se enfocan en la prevención de la transmisión vertical del virus. Sin embargo, en la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis" se mencionan algunos puntos orientados a la prevención, que son importantes a considerar en el control de la gestación. Dentro de estos podemos destacar:

- Realización de una correcta consejería sobre los elementos básicos de la transmisión y prevención del VIH/SIDA y de la importancia de los exámenes, con información que debe ser clara y precisa que permita a la persona aclarar dudas y temores, así como valorar la necesidad de interconsulta a otros profesionales o especialistas.
- Solicitud y firma del consentimiento para el examen, junto con la derivación para la toma de muestra.
- Entrega de material informativo para la prevención del VIH
- Entrega de condones mensuales para la prevención primaria
- Promoción e incentivo de la concurrencia de la pareja, para la orientación e información de ambos. (1)

Diagnóstico

En Chile, actualmente la técnica de ELISA de cuarta generación, es el método más utilizado para la detección tanto de antígenos como anticuerpos. Posteriormente se realiza una confirmación del resultado a través de técnicas de inmunofluorescencia (IFI), inmunoblot (LIA) o eventualmente Reacción de Polimerasa en cadena. (8) Se debe tener en cuenta que internacionalmente, se ha establecido un periodo de tres meses después de adquirido el virus, como el tiempo en que la mayoría de las personas desarrollan los anticuerpos anti-VIH detectables por el examen. A este tiempo se le denomina Periodo de Ventana. (17) Es importante recordar además, que en Chile, la ley número 19.779 del año 2001, establece que este examen debe ser voluntario, confidencial y con consentimiento informado. La decisión de realizar o no el examen es un derecho, que todas las personas pueden ejercer, luego de la correspondiente consejería pre test. (18)

Diagnóstico en gestantes

En una situación de embarazo, el diagnóstico de VIH en la gestante y la aplicación del protocolo completo de prevención de transmisión vertical permiten reducir significativamente la tasa de transmisión hasta menos de 1%, es por esto que se recomienda realizar un test de tamizaje VIH, a todas las embarazadas en el ingreso de control prenatal. Si el resultado de este examen es negativo, se debe repetir entre las semanas 32-34 de gestación en las mujeres que tengan mayor cantidad de factores de riesgo de adquirir el virus.

Debido a las implicancias individuales y sociales que tiene el diagnóstico de infección por VIH, especialmente durante el embarazo, es recomendable que el test de ELISA VIH cumpla con 3 pre-requisitos éticos: consentimiento informado para la realización del examen, garantía de confidencialidad si el resultado es positivo y disponibilidad de consejería adecuada pre y post test. (19)

Directrices unificadas proporcionadas por la OMS

Existe escasa información oficial respecto al manejo de tratamiento en la infección de VIH durante el embarazo en todo el mundo, en parte se debe a que la OMS deja a criterio libre de cada país la forma de abordar esta enfermedad. Sin embargo, proporciona herramientas de promoción, orientaciones técnicas y apoyo técnico, junto a cobertura sanitaria en los países que pongan en marcha una labor de vigilancia de la toxicidad del TAR durante el embarazo y la lactancia materna. (20)

Dentro de las herramientas propuestas, para adaptar a cada país, se puede encontrar:

- Protocolo de registro de embarazos
- Módulos pedagógicos
- Procedimientos para el examen sistemático de neonatos
- Modelos de formularios para el registro de casos
- Manual conjunto OMS- CDC- ICBDSR de vigilancia de defectos congénitos
- Campos de datos básicos para facilitar la agregación de datos

Tratamiento

En Chile, los Tratamientos Antirretrovirales (TARV) para el VIH constituyen una Garantía Explícita en Salud (GES-AUGE), que asegura el acceso a TARV a personas de cualquier edad que lo requieran de acuerdo al Protocolo Nacional. Así como un 100% de acceso al protocolo de prevención de la transmisión vertical para embarazadas que viven con VIH y sus hijos.

Existen diferentes familias de medicamentos antirretrovirales que actúan en distintas etapas de la replicación del virus:

- Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)
- Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)
- Inhibidores de la proteasa (IP)
- Inhibidores de la integrasa

- Inhibidores de fusión
- Antagonista de receptor CCR5 (8)

Tratamiento en gestantes VIH

Debido a la toxicidad de los antirretrovirales, en el embarazo se intenta limitar su uso al período de máxima eficacia, considerando riesgos y beneficios de exponer a la madre y al feto a estos fármacos. Por lo general se recomienda el inicio de terapia antirretroviral (TAR) para la prevención de la transmisión vertical del VIH en embarazadas sin tratamiento previo a partir de la semana 24 de gestación y en la semana 14 cuando la carga viral es mayor de 100.000 copias/ ml.

La elección de la combinación de Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR) a utilizar para la prevención de la transmisión vertical (TV), depende de su eficacia en reducir la transmisión vertical, su toxicidad en la embarazada y el recién nacido así como el riesgo teratogénico. La mayor experiencia de uso de INTR en el embarazo se tiene con Zidovudina (AZT), que ha demostrado una alta eficacia en la reducción de la TV del VIH, además, la resistencia a AZT es baja por su alta barrera genética y en lo que respecta a toxicidad, el uso de AZT durante el embarazo no ha sido asociado a una mayor incidencia de anemia severa o neutropenia como tampoco su asociación con otros INTR, excepto Didanosina (ddI). Tampoco se ha demostrado una mayor incidencia de malformaciones en los fetos expuestos.

La eficacia de la TAR se mide con la disminución de la Carga Viral. Una TAR se considera eficaz si hay una disminución de alrededor de 1 logaritmo de la CV a las 2 semanas de iniciada la TAR, 1,5 log a las 4 semanas y 2 logaritmos de la CV entre las 28 y 34 semanas de embarazo. (21)

PREGUNTA INVESTIGATIVA

Actualmente, ¿Cuál es el manejo en gestantes que viven en Chile, con respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana?

Objetivo General: Exponer la situación de Chile con respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento del Virus de la Inmunodeficiencia humana tipo 1 en gestantes.

Objetivos Específicos:

- Identificar las medidas preventivas que se utilizan para evitar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en gestantes que viven en Chile.
- Identificar los métodos de diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana que son utilizados en las gestantes que viven en Chile.
- Identificar los diversos tratamientos y manejos que existen en Chile para embarazadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Metodología

Tipo de revisión: Esta investigación corresponde a una revisión bibliográfica de tipo descriptivo, tuvo como objetivo recopilar información existente sobre el manejo que se realiza a lo largo de Chile en los años 2020-2021 en las aristas de prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de VIH en gestantes que viven en Chile.

Cobertura Geográfica: Chile

Estrategia de búsqueda: Las fuentes de información empleadas en la investigación fueron de tipo primarias, se utilizaron documentos oficiales del Ministerio de Salud de Chile o mejor conocido por su acrónimo MINSAL, los cuales fueron extraídos a través de internet en la página web de libre acceso www.minsal.cl. Los documentos revisados se ordenan en la siguiente tabla, junto a su año de publicación:

Fuentes Primarias Utilizadas	Año de publicación
"Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis" (1)	2012
Guía Clínica AUGE "Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA" (25)	2013
"Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH" (23)	2016
"Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS" (22)	2018-2019

- Los **descriptores** usados en la investigación fueron; protocolo en atención de mujeres con VIH, planes de prevención, VIH/SIDA, guías clínicas de VIH/SIDA.
- La **base de datos** utilizada en esta investigación fue la plataforma oficial del Ministerio de Salud de Chile (www.minsal.cl) y la plataforma Scielo.

Criterios de Selección

- Respecto a los **criterios de inclusión** utilizados para la selección de documentos en nuestra investigación, podemos mencionar; documentos oficiales del MINSAL, revistas científicas Chilenas, artículos y estudios asociados al manejo de gestantes VIH (+) en Chile de la plataforma Scielo.
- Mientras que los **criterios de exclusión** que fueron aplicados consisten en: descartar artículos en idiomas diferentes al español, protocolos de manejo de gestantes con patologías infecciosas que no incluyesen VIH.

Plan de sistematización y análisis de datos

Para el análisis de datos, se utilizaron diversos protocolos, normas y guías clínicas disponibles y vigentes en la plataforma del Ministerio de Salud de Chile:

- Protocolo de Atención de Mujeres Viviendo con VIH: *Prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva disponibles en las Red Asistencial Pública*, *2016.*
- Norma conjunta de la prevención de la transmisión vertical del VIH y Sífilis (2012).
- Guía clínica AUGE: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, (2013).
- Plan Nacional y Control del VIH/SIDA e ITS, (2018-2019).

La información de las fuentes primarias fue sistematizada en tablas, ordenando el contenido de cada Protocolo, Norma, Guía y Plan mencionado, en las principales 4 temáticas que se revisaron en esta investigación: prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de gestantes VIH (+). Las tablas se encuentran adjuntas en el mismo documento, con su número y título correspondiente.

III. RESULTADOS

PREVENCIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS CON O SIN VIH (+)

La prevención en Chile con respecto al VIH en las mujeres gestantes, contempla varias dimensiones, como por ejemplo; promover la educación de la enfermedad, a través de talleres, guías anticipatorias, infografías, charlas, entre otras, también fomentar la orientación, cuando ya se tiene la infección, dando importancia a los exámenes que se deben hacer, los tratamientos, etc.

El programa de prevención del "Plan Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA e ITS", del año 2018-2019, (22) tiene como misión "Desarrollar las políticas púbicas de prevención y atención integral del VIH/SIDA e ITS para disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad, regulando, apoyando, monitoreando y evaluando la implementación de servicios y prestaciones de calidad, con un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado". Por lo que es importante recalcar, que la prevención con respecto al VIH, es disminuir la morbimortalidad de las personas, como también en el caso de la mujer gestante con su hijo/a.

Este Plan Nacional se elaboró con el enfoque de gestión basada en resultados, cuyos objetivos son:

1. Mejorar la salud de la población
2. Disminuir las desigualdades en la población
3. Aumentar la satisfacción de la población
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Esto posteriormente se evalúa a través de resultados concretos y medibles organizados en nueve Objetivos Estratégicos:

1. Objetivo Estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico

2. Objetivo Estratégico 2: Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

También establecen, de manera textual, que el estigma y la discriminación constituyen una vulnerabilidad social en las personas con VIH/SIDA, y esto produce que se limita el acceso a oportunidades y contribuye a la marginación, favoreciendo a no consultar oportunamente.

Con respecto a la prevención que se promueve en las gestantes, en la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis" (1), del año 2012, establecen la promoción y prevención durante los controles gestacionales a las gestantes que padecen VIH/SIDA para que disminuyan la transmisión vertical.

Estipulan que durante los controles prenatales, se debe explicar a la gestante la importancia de los exámenes y las intervenciones disponibles para disminuir la transmisión vertical del virus incluyendo la entrega de preservativos mensuales en cada control, la información debe ser clara y precisa para que permita a la persona aclarar sus dudas y temores.

Con respecto al "Protocolo de atención a mujeres viviendo con VIH: *Prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva disponibles en la Red Asistencial Pública*",(23) del año 2016 las actividades que se realizan en la prevención del VIH/SIDA, es entregar información, educación y orientación sobre la enfermedad en las consejerías que se hacen durante el control preconcepcional, prenatal, ginecológico, entre otros controles.

Además hacen énfasis en las consejerías de prevención secundaria, estableciendo que la prevención secundaria son las acciones destinadas a pesquisar y tratar las enfermedades que se han adquirido, reducir la duración de la enfermedad, sus complicaciones asociadas y a cortar la cadena de transmisión, haciendo entrega de condones mensuales.

Con respecto a la prevención del control prenatal, se realizó un Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical, que tiene como objetivo evitar el nacimiento de niños y niñas

infectados/as con el VIH. Contempla la atención prenatal, atención del parto, atención integral del posparto y del recién nacido.

- Se debe otorgar los cuidados necesarios para prevenir la amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas, dado que junto con el parto son dos situaciones consideradas de riesgo para la transmisión vertical del VIH. Por tanto, deben adoptarse todas las medidas necesarias de acuerdo a los documentos normativos vigentes.
- Se sugiere proponer alternativas anticonceptivas para el post parto, informando sobre los distintos métodos disponibles.

Si este protocolo es bien aplicado puede disminuir la transmisión vertical a cifras menores del 2%.

La consejería para la prevención de la transmisión vertical es la atención brindada a la gestante, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de realizarse el examen y conocer su resultado. Se debe enfatizar la confidencialidad de la información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis. En el caso específico de mujeres embarazadas viviendo con VIH, se debe sólo ofrecer la prueba para la detección de Sífilis, preservativos para evitar re infecciones y profundizar la adherencia a controles y al TAR y aplicar las indicaciones señaladas en la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis" y en las normativas vigentes.

Tabla 2: Matriz cuidado a lo largo de la vida para el VIH/SIDA (Plan Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA e ITS)

Etapa del Ciclo Vital	Nivel	Objetivo Sanitario	Actividad
Adolescencia y Juventud	Promoción	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva

		adolescentes de 10 a 19 años	adolescentes de 10 a 19 años
Adolescencia y Juventud	Prevención	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención en VIH/SIDA y promover el uso de condón en adolescentes	Realización de consejerías en salud sexual y reproductiva, consejerías en prevención de VIH/SIDA y consejerías en regulación de la fertilidad, con entrega de condones
Adolescencia y Juventud	Prevención	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20 a 24 años que consultan por morbilidad
Adolescencia y Juventud	Prevención	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años que lo requieran por demanda espontánea

Edad adulta	Prevención	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25 a 64 años por demanda espontánea y por morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad
Edad adulta	Prevención	Aumentar el número de personas adultas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Consejería en prevención
Adulto mayor	Prevención	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más	Realizar examen de VIH a personas de 65 años y más que lo requieran o por morbilidad
Adulto mayor	Prevención	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre el VIH/SIDA	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA en control con o sin entrega de preservativos

Tabla 3: Estrategias y actividades a realizar establecidas en los documentos MINSAL

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH-SIDA E ITS	Nivel de atención **PRIMARIA:** ● Pesquisa VIH ● Consejería en prevención de VIH e ITS con entrega de condones ● Consejería en prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis con entrega de condones ● Consejería en Salud Sexual y Reproductiva con entrega de condones ● Educación y orientación para la vida en pareja y sexo seguro Nivel de atención **SECUNDARIA:** ● Diagnóstico y confirmación a contactos sexuales ● Control de seguimiento clínico del VIH/SIDA ● Seguimiento a víctimas de violencia sexual expuesta al VIH ● Educación y orientación para la vida en pareja y sexo seguro Nivel de atención **TERCIARIA:** ● Consulta de urgencia asociada al VIH/SIDA ● Administración del protocolo de PTV en el parto y en puerperio ● Pesquisa y profilaxis de VIH congénito (hijos de mujer VIH) ● Atención y profilaxis de VIH para víctimas de

	violencia sexual ● Pesquisa de VIH por sospecha clínica
NORMA CONJUNTA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y LA SÍFILIS	Las actividades de prevención y promoción en los controles deben incluir: ● Información sobre los elementos básicos de la transmisión y prevención VIH/SIDA ● Información sobre la transmisión vertical del VIH ● Solicitud de los exámenes de detección del VIH ● Firma del consentimiento informado o denegación del examen ● Derivación a toma de muestra para exámenes ● Entrega de información sobre espacios de consejería en gestión de riesgo directa y telefónica ● Registro de la actividad en documentos correspondientes. Posterior al examen, se debe realizar las siguientes actividades: ● Entrega del resultado final del examen de detección del VIH, consejería post-test. ● Refuerzo de estrategias preventivas del VIH durante el embarazo ● Entrega de material informativo para la prevención de VIH ● Informar sobre procedimiento de control de

	embarazo y/o seguimiento en los niveles de especialidades y derivación correspondiente si el examen es positivo ● Entrega de preservativos para prevención secundaria ● Promover la concurrencia de la pareja, para la orientación e información, oferta del examen de VIH, especialmente en personas más vulnerables y que presenten mayor riesgo de adquirir VIH.
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A MUJERES VIVIENDO CON VIH: Prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva disponibles en la Red Asistencial Pública	Se establecen consideraciones específicas dirigido a las mujeres con VIH, que constan en: ● Se debe otorgar cuidados necesarios para prevenir la amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas, dado que son un riesgo para la transmisión vertical de VIH. ● Se sugiere proponer alternativas anticonceptivas para el post-parto, informado sobre los distintos métodos disponibles. En las consejerías que se realizan para prevenir la transmisión vertical de VIH se dividen en mujeres que no padecen VIH y mujeres embarazadas que viven con VIH: **Mujeres gestantes sin VIH:** ● Se debe enfatizar la confidencialidad de la

	información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos ● Apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis. En el caso específico de **mujeres embarazadas viviendo con VIH:** ● Sólo ofrecer la prueba para la detección de Sífilis. ● Preservativos para evitar re infecciones. ● Profundizar la adherencia a controles y al TAR. ● Aplicar las indicaciones señaladas en la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis y en las normativas vigentes.

DIAGNÓSTICO DE VIH EN GESTANTES

La "Guía clínica AUGE síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA" del año 2013, tiene por uno de sus objetivos "Diagnosticar en forma precoz y oportuna la infección por VIH, con el propósito de facilitar el ingreso precoz a control y tratamiento antirretroviral de las personas con infección por VIH", además de "Disminuir la tasa de transmisión vertical del VIH, mediante el acceso universal del test VIH en la embarazada con información y educación previa…" Para esto, la guía se basa en evidencia científica actualizada y contiene recomendaciones para la atención de adultos, para la prevención de la transmisión vertical, y para la atención de niños.

En el "Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS", del año 2018-2019, se definen 5 líneas estratégicas

- Línea estratégica 1: promoción de sexo seguro y prevención del VIH/SIDA y las ITS.
- Línea estratégica 2: diagnóstico y atención integral del VIH/SIDA.
- Línea estratégica 3: fortalecimiento de la red de salud.
- Línea estratégica 4: sistemas de información y gestión.
- Línea estratégica 5: rectoría y regulación

El presente documento entrega el detalle de las justificaciones epidemiológicas, sociales y económicas que fundamentan la necesidad de contar con un Plan Nacional y su Plan de Acción en VIH/SIDA e ITS para Chile, ajustándose a los mejores estándares internacionales. Finalmente, presenta un plan de acción integral para el abordaje del VIH/SIDA e ITS desde los ámbitos promocionales, preventivos, diagnóstico y de seguimiento, siempre recomendando una estrecha colaboración intersectorial entre todos los actores involucrados

La "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis", del año 2012, menciona que el manejo adecuado de las gestantes con sífilis o VIH, ha demostrado ser la intervención más costo efectiva para evitar la transmisión de estas patologías.
Este documento contempla como principales objetivos alcanzar las metas suscritas en los compromisos internacionales en el tema.

- Disminuir la transmisión vertical del VIH a menos del 2%
- Disminuir la sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos.

Para esto, el documento se ha estructurado en capítulos en los que se detalla el manejo y tratamiento del VIH y sífilis, tanto en conjunto como por separado, de tal forma que todos los profesionales de salud que realizan atención a la gestante, sus parejas, niños y niñas, puedan acceder de manera rápida a la información necesaria.

Tabla 4: Diagnóstico de VIH

Documentos ministeriales	**Actividades a realizar**
Guía clínica AUGE síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Ofrecer el test de detección de VIH a gestantes, en el primer control prenatal. En caso de negación, orientar, educar y ofrecer el examen en controles posteriores, con énfasis en los beneficios del protocolo de prevención de transmisión vertical. ● Resultado negativo: repetir entre la semana 32-34 de gestación en mujeres con mayor riesgo de adquirir el VIH. ● Resultado reactivo: informar al establecimiento de origen para iniciar coordinaciones necesarias para evitar pérdida de seguimiento. El segundo examen debe estar disponible en casos que la gestante lo solicite voluntariamente. Mujeres en trabajo de parto sin serología conocida para VIH deben acceder a un test de tamizaje, previa firma de consentimiento informado o de denegación. ● Resultado "reactivo" en este contexto, considera a la paciente potencialmente positiva y se aplica el protocolo establecido. La gestante debe ser informada de su situación. La muestra reactiva debe ser sometida a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado,

	utilizando el mismo test de tamizaje. ● En el caso de obtener resultado reactivo en al menos 2 de los 3 exámenes, se debe enviar al instituto de salud pública para la confirmación y aplicar algoritmo de confirmación.
Plan nacional de prevención y control del VIH/SIDA e ITS	Dentro de la línea estratégica 2: Diagnóstico y Atención Integral del VIH/SIDA e ITS podemos encontrar las siguientes acciones. ● Oferta del test rápido visual para VIH. ● Prevención de la transmisión vertical (TV) del VIH y Sífilis. ● Acceso y adherencia a TAR. ● Gestión oportuna y eficiente de fármacos
Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis	Se debe ofrecer el test de detección de VIH a las gestantes, en el primer control prenatal. En caso de denegación, orientar, educar y ofrecer el examen en los controles posteriores, con énfasis en los beneficios del protocolo de transmisión vertical. El tamizaje para VIH se realiza a nivel local mediante reactivos evaluados y recomendados por el ISP, y que se encuentran disponibles en el mercado. Además debe ser realizado por laboratorios adscritos al Programa de Evaluación Externa de la Calidad del ISP (PEEC VIH). ● Resultado negativo: repetir entre la semana

	32-34 de gestación en aquellas mujeres que tengan mayor riesgo de adquirir el VIH. ● Resultado no reactivo: el laboratorio envía el resultado al lugar de la toma de muestra del establecimiento de origen, donde se informará a la usuaria. ● Muestras reactivas: serán re analizadas en duplicado con la misma técnica y, en caso de obtenerse resultados reactivos en 2 de los 3 análisis, el laboratorio enviará la misma muestra al Instituto de Salud Pública para la confirmación de VIH. ○ En gestantes: se informa al establecimiento de origen para iniciar las coordinaciones necesarias con el Centro de Atención de VIH/SIDA o el médico especialista correspondiente para evitar pérdida de seguimiento Mujeres en trabajo de parto sin serología conocida para VIH, deben acceder a un test de tamizaje, previa firma del consentimiento informado o de denegación. ● Todas las maternidades deben disponer de test de tamizaje, evaluado y recomendado por el ISP para la detección en estos casos de urgencia ● El resultado “Reactivo” en este contexto,

	considera a la paciente potencialmente positiva y se aplica el protocolo establecido. La gestante debe ser informada de su situación La muestra reactiva para VIH, debe ser sometida a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje. ● En el caso de obtenerse resultados reactivos en al menos 2 de los 3 exámenes se debe enviar al Instituto de Salud Pública para la confirmación.

TRATAMIENTO DE MUJERES EMBARAZADAS CON VIH (+)

Según las recomendaciones de la Guía Clínica AUGE "Síndrome de la inmunodeficiencia humana adquirida VIH/ SIDA" año 2013, en conjunto con la "Norma conjunta de Prevención de la transmisión Vertical del VIH y la Sífilis", los TARV para el VIH constituyen una garantía GES AUGE, que asegura un 100% de acceso a protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical para embarazadas que viven con VIH y sus hijos. El objetivo es lograr CV indetectables en la última fase del embarazo y parto, midiéndose en la semana 34. Si la seroconversión se produce durante el embarazo, debe iniciar TAR de inmediato.
Además, se debe tener presente situaciones específicas relacionadas con el diagnóstico:

- Inicio TAR en embarazada sin tratamiento previo a partir de las 20 semanas.
- Inicio TAR en la semana 14 cuando la CV es mayor a 1000 copias/ml.
- El inicio de TAR es inmediato si la embarazada tiene criterios clínicos o inmunológicos de inicio de TAR.

- Puede permitirse parto vaginal en madres con TAR desde las 24 semanas de gestación o antes, con CV <1.000 copias/mL en la semana 34. (5)

En personas embarazadas VIH (+) se iniciará tratamiento antirretroviral dentro de 7 días desde la indicación médica. Además, se iniciará la profilaxis antirretroviral 4 horas antes de la cesárea programada o desde el inicio del trabajo de parto, si fuera vaginal. Por otro lado, se iniciará el suministro de medicamentos para la interrupción de la producción de leche materna dentro de las 6 horas siguientes al nacimiento.

1. **TAR intraparto:**

Considerando la condición del parto, el tratamiento y vía de resolución será:

- Vía parto vaginal con:
- Zidovudina (AZT) Vía endovenosa (EV)
  - ❖ Dosis de carga 2 mg/k en 1 hora.
  - ❖ Dosis de mantención 1 mg/kg/hr hasta la ligadura de cordón.
  - ❖ Iniciar AZT 4 horas antes de la cesárea, o desde el inicio del trabajo de parto con CV <1000 copias a la semana 34 de gestación. (1)

En caso de no disponer de AZT de 200 mg/mL se indica el uso de AZT/3TC (300-150 mg) vía oral al inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea programada, repetir cada 3 horas hasta la ligadura del cordón.

- Nevirapina (NVP)
  - ❖ 1 tableta, 200 mg vía oral por una vez.
  - ❖ Se debe utilizar si, inició terapia después de 34 semanas de gestación y no
  - ❖ CV > 1000 copias a la semana 34 de gestación.
  - ❖ alcanzó a completar 4 semanas de terapia al momento del parto.Diagnóstico de VIH (+) intraparto que no recibió TAR.

- ❖ Al uso de NVP intraparto, se le debe asociar AZT/3TC por 7 días post-parto para reducir el riesgo de desarrollar resistencia a NVP. Se puede agregar un IP post parto y mantener este esquema (AZT/3TC) hasta obtener los resultados de CD4 y CV e indicar el mejor esquema de acuerdo a sus condiciones. (1)

Dentro de los requisitos para realizar un parto vaginal, se solicitan, adecuadas condiciones obstétricas, feto único, presentación cefálica, embarazo mayor a 37 semanas y atención por médico especialista. Además, evitar maniobras invasivas amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, monitorización interna, rotura artificial de membranas, parto instrumental (fórceps, espátulas).
Evitar el uso de Metilergonovina si la paciente utiliza inhibidores de proteasa.

- Vía Cesárea:
  - ❖ Mujeres sin TAR durante la gestación, aquellas que no tienen resultados de CV a la semana 34 de gestación o si esta es >1.000 copias/ml.
  - ❖ Será electiva a las 38 semanas, ya que reduce por sí sola un 50% el riesgo de transmisión del VIH y, asociada a la terapia antirretroviral prenatal reduce más menos un 90% con tasas finales de transmisión vertical menores al 2%. (1)

- Parto prematuro, en presencia de contracciones uterinas regulares, aunque las modificaciones cervicales sean escasas se administra;
  - ❖ AZT EV 2 mg/kg/hr durante la primera hora
  - ❖ Seguida de 1 mg/kg/hr hasta que la dinámica uterina ceda
  - ❖ Si se desencadena parto o hay rotura de membrana se deberá realizar cesárea. (1)

- Rotura prematura de membranas

❖ Frente a la rotura prematura de membranas en gestantes con VIH (+), la conducta de cuidados generales será la señalada en la Guía de Prevención de Parto Prematuro vigente, según la edad gestacional, asegurándose la administración de TAR y la resolución del parto vía cesárea.

❖ En embarazos de término con RPM se aconseja llevar a cabo la inducción inmediata del parto si el índice de Bishop, test empleado para la evaluación de maduración del cuello uterino y ubicación de la cabeza fetal frente a un trabajo de parto, es favorable y si no está contraindicado el parto vaginal. (1)

2. TARV en Puerperio:

- Lactancia materna: Para la interrupción farmacológica de la lactancia materna, se debe administrar como 1ª línea Cabergolina 0,25 mg cada 12 hrs. por dos días inmediatamente post parto. La droga alternativa es Bromocriptina en dosis de 2,5 mg cada 12 horas por 7 – 10 días inmediatamente post parto. (1)

MANEJO DE MUJERES EMBARAZADAS PORTADORAS DE VIH (+)

El "Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH" emitido por el Ministerio de Salud el año 2016, detalla los servicios disponibles para las mujeres que viven con VIH/SIDA en los ámbitos de la Salud Sexual y Salud Reproductiva disponibles en la red asistencial pública en Chile. Este protocolo reconoce el derecho de las mujeres VIH (+) a decidir libremente, sin coacción de ningún tipo, el número de hijo/as que desean tener, acceso a protocolo de transmisión para prevención vertical si deciden embarazarse, vivir una sexualidad libre de riesgos de re infectarse con el VIH, entre otros.

A continuación en la tabla 5, se describe una revisión detallada de las prestaciones sobre las consultas de salud y atenciones hospitalarias en la atención de mujeres embarazadas

con VIH (+) y las consideraciones específicas que se deben tomar en el manejo de cada una.

Tabla 5: Consultas en salud en gestaciones VIH (+)

Consultas de Salud	**En qué consiste la atención**	**Consideraciones específicas a mujeres con VIH**
Control Prenatal	Atención integral sistémica y periódica que es otorgada a la mujer embarazada con el fin de informar a la madre y su pareja o persona significativa, sobre diversas temáticas, tales como; explicar el desarrollo del que está por nacer, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente alguna patología o complicación que se presente durante la gestación. Además de preparar y educar sobre el nacimiento y los cuidados posteriores de su hijo/a. Es recomendado iniciarlo antes de las 14 semanas de gestación.	1. Se debe mantener el control prenatal en la Atención Primaria en Salud (APS) sin embargo, se debe complementar con la derivar a la unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y de Atención de VIH/SIDA (nivel secundario) donde se indicará el tratamiento y protocolo de antirretrovirales que debe usar la mujer durante su gestación, eventualmente en el parto y para el/la recién nacido/a. 2. Otorgar y educar sobre los cuidados necesarios para prevenir la amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas,

		dado que ambas situaciones son consideradas como factores de riesgo para la transmisión vertical del VIH.
Control de alto riesgo obstétrico	Es la atención proporcionada en Centros Especializados a la embarazada derivada desde el nivel primario o terciario que presenta alguna patología o factor de riesgo materno-perinatal. En la mujer que vive con VIH el control en ARO es fundamental para asegurar su bienestar y el de su hijo para la prevención de la transmisión vertical del VIH.	**Entre sus objetivos:** 1. Diagnosticar patologías obstétricas y fetales, asociadas y/o concomitantes y evaluar el grado de riesgo que conlleva a nivel materno-perinatal. 2. Aplicar tecnología especializada para el diagnóstico y tratamiento. 3. Mantener bajo control hasta su resolución los casos que lo requieran.
Control de la puérpera y el recién nacido en APS	Es la atención integral y con enfoque de riesgo que se otorga a la puérpera y su recién nacido/a en atención primaria en salud días después del alta en el centro hospitalario. El objetivo es controlar la evolución	1. Reforzar la necesidad de continuar en control en el nivel de especialidad por VIH. 2. Indagar sobre la mantención de la suspensión de la lactancia materna, educar sobre la

	normal del puerperio, prevenir y detectar cuadros mórbidos relacionados con el puerperio, recién nacido/a y lactancia.	contraindicación de esta. Informar de la garantía de entrega de leche maternizada. 3. Enfatizar sobre la importancia del proceso diagnóstico del recién nacido/a y lactante. 4. Realizar todas las acciones descritas en la Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio, a excepción de las que promueven y fomentan la lactancia materna y las acciones descritas en la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis.

Tabla 6: Atenciones hospitalarias en gestaciones VIH (+)

Atenciones Hospitalarias	**En qué consiste la atención**	**Consideraciones específicas a mujeres con VIH**
Atención del Parto	Corresponde a la atención	1. La atención de parto de

	impostergable otorgada a la mujer y su recién nacido/a durante el trabajo de parto y hasta el momento en que se produce la expulsión del recién nacido/a y los anexos ovulares, de acuerdo a Normativa vigente para Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.	las mujeres VIH (+) considera la administración de antirretrovirales desde 4 horas antes del parto, hasta la ligadura del cordón. 2. La vía de resolución dependerá de las condiciones obstétricas, virológicas y los antecedentes de administración de antirretrovirales durante la gestación. 3. Se debe propiciar un trabajo de parto humanizado, acompañado y siempre fomentando las relaciones de apego de la madre, su hijo/a y padre o persona significativa. En este contexto, se debe profundizar y recalcar la imposibilidad de iniciar lactancia materna, manteniendo el apego.
Atención durante el Puerperio Inmediato	Es la atención integral y oportuna entregada a la	1. Apoyar e informar a través de una consejería a la

	mujer puérpera y su recién nacido/a, vigilando los cambios en el periodo inmediato y mediato	mujer, para enfrentar la supresión por medios farmacológicos de la leche materna, informar que está garantizado por GES. 2. Informar a la puérpera sobre el sustituto de la leche materna (garantizada por GES). 3. Realizar las coordinaciones necesarias para la entrega de sustituto de leche materna al alta, y en los meses posteriores. 4. Indagar sobre las herramientas de las que dispone la usuaria para afrontar la presión social respecto de la lactancia, sobre todo en aquellas cuya familia y círculo social desconozcan su situación serológica. 5. Realizar las coordinaciones necesarias entre los equipos de atención de la red

		asistencial para el apoyo a la mujer que vive con VIH. 6. Realizar consejería e indagar la posibilidad de iniciar anticoncepción de forma inmediata, siempre guiado bajo lo manifestado durante el control prenatal por la mujer.
Atención post aborto	Es la atención oportuna, integral e impostergable proporcionada a la mujer que presenta un aborto, en busca de evitar complicaciones.	1. La atención de mujeres que viven con VIH que presentan una pérdida reproductiva se enmarca en las orientaciones técnicas vigentes para el manejo de estas situaciones, debiendo ser oportuna, integral y multidisciplinaria. 2. Se debe coordinar con equipo tratante de VIH en caso que la mujer presente aborto séptico. 3. El equipo de atención ginecológico y el equipo tratante de VIH deben coordinarse para el manejo de TAR.

		4. Sugerir apoyo psicológico por parte del equipo de salud, realizando las derivaciones correspondientes. 5. Realizar consejería e indagar la posibilidad de iniciar de manera inmediata un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria de la mujer. 6. Si la mujer ha formalizado con anterioridad la solicitud de manera voluntaria para esterilización quirúrgica, es importante asegurarse que la decisión sea informada, libre, sin presiones y con firma de Carta de Consentimiento.

IV. DISCUSIÓN

Prevención

En Chile, la principal vía de transmisión del VIH e ITS es la sexual y a través de su historia, las políticas y estrategias se han orientado a intervenir en los comportamientos y autocuidado efectivo, vinculados con la sexualidad de las personas y con los determinantes de salud que condicionan la exposición al riesgo. Cómo por ejemplo; el primer paso de la prevención ocurre en la etapa de la infancia, administrando la primera dosis de la vacuna Virus del Papiloma Humano (VPH) a niñas y niños que cursan 4to básico, luego en la etapa de Adolescencia y Juventud, la prevención se enfoca en la educación, es decir, realizando talleres grupales sobre consejería de salud sexual y reproductiva, tanto como prevenir ITS, VIH-SIDA y regulación de la fertilidad con entrega de condones.

Según el estudio **"Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes en Chile" del 2008**, (24) realiza una comparación sobre la desigualdad de fecundidad adolescente según ingreso socioeconómico en América Latina, donde compara a Chile con distintos países como, Brasil, Panamá, Honduras, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela, y se infiere que mientras más bajo es el quintil de ingreso socioeconómico, más precoces inician la actividad sexual. Y esto constituye un Objetivo Sanitario Estratégico dentro del **Plan Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA e ITS del año 2019**,(22) que propone mantener la conducta sexual segura en adolescentes.

Con respecto a la prevención que se realiza a todas las gestantes en Chile, esta consta de consejerías realizadas en el control preconcepcional, atención que se realiza cuando la mujer tiene el deseo de planificar su gestación embarazo, y en los controles prenatales, los cuales son periódicos para la monitorización de la gestación. En estas instancias se explica la importancia de los exámenes para pesquisar alguna infección como el VIH-SIDA, en la cual se hacen consejerías pre y post-test VIH, explicando la confidencialidad de este mediante el consentimiento informado, y además detallar las intervenciones disponibles

para disminuir la Transmisión Vertical en mujeres infectadas con VIH. En Costa Rica, tienen un enfoque similar, de realizar el test de Elisa en el primer control prenatal, se sustenta en base a cuatro elementos, de los cuales dos pertenecen al ámbito de prevención, estos son;

- Tamizaje de la embarazada en la primera consulta prenatal, idealmente durante el primer trimestre, aunque puede efectuarse en el momento de inicio del control prenatal.
- Notificación inmediata de pruebas de tamizaje positivas al área de salud correspondiente, para ubicar a la paciente lo más pronto posible, y continuar con las medidas preventivas de la transmisión materno-fetal.

Determinan que al momento del primer control prenatal, se debe hacer consejería de éste, explicando los beneficios de realizarlo, explicando también la existencia de un consentimiento informado y luego de realizarse el test de Elisa, si este sale positivo debe ser notificado obligatoriamente al personal de salud. (17) En Chile se realiza el mismo manejo en torno a la prevención en gestante, entregar la educación correspondiente del Test de Elisa, informando sobre la confidencialidad y luego dependiendo del resultado si se notifica o no.

Diagnóstico

En Chile, según la "Guía clínica AUGE síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA" (25), del año 2013, el diagnóstico de infección por VIH se efectúa mediante la técnica de ELISA, posteriormente se realiza la confirmación por inmunofluorescencia, inmunoblot o eventualmente reacción de polimerasa en cadena. Cuyo resultado es de notificación obligatoria, según el Decreto N°7 del 12/03/2019, que aprueba el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria y su Vigilancia.

En relación a esto, una publicación reciente de la OMS del 17 de julio del año 2021, señala que el VIH puede diagnosticarse mediante pruebas de diagnóstico rápido, que ofrecen

resultados el mismo día. Esto facilita enormemente el diagnóstico precoz y la vinculación con el tratamiento y la atención. Sin embargo, la OMS recomienda una estrategia de diagnóstico basada en tres pruebas secuenciales realizadas por trabajadores sanitarios o agentes de salud cualificados y capacitados. (26)

En Chile, también se señala en la "Guía clínica AUGE síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA", del año 2013 y en la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis", del año 2012. que está establecido por la ley 19.779, que "El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. Esto se respalda con la información señalada por la OMS, que menciona que "Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer y apoyar el derecho de las personas a declinar someterse a ellas".

Tratamiento

La OMS propone como tratamiento para el VIH en embarazadas y lactantes una combinación de dosis bajas no especificadas de tres ARV; Tenofovir + Lamivudina (o Emtricitavina) + Efavirenz, como primera línea. Sin embargo, plantea que cada país debe decidir el método a utilizar en función a sus propias necesidades, sistema de salud, conductas en la población, recursos financieros, humanos y técnicos disponibles. (25)

En Chile, se respalda la TAR mediante la Guía Clínica AUGE "Síndrome de la inmunodeficiencia humana adquirida VIH/ SIDA" año 2013, en conjunto con la "Norma conjunta de Prevención de la transmisión Vertical del VIH y la Sífilis", con Zidovudina (AZT) y Nevirapina (NVP) intraparto. (25)

En contraste, según información de la *"Guía de manejo de mujeres embarazadas con infección por VIH"* publicada por el Comité de infección de VIH/SIDA - ACIN (Asociación

Colombiana de Infectología) señala que dicho país ofrece a sus gestantes tratamiento con Zidovudina como medicamento principal. (27)

En Guatemala un grupo de especialistas del *Hospital de Ginecoobstetricia- IGSS* elaboró una guía de manejo en el que Zidovudina y Lamivudina son empleados en el uso habitual contra el VIH en embarazadas, siendo el mismo esquema utilizado y que se encuentra vigente en nuestro país. (28)

Al buscar información respecto a este tema en la red se evidencia que en Chile existe información oficial y actualizada acerca del diagnóstico, prevención, manejo y tratamiento de gestantes con VIH. Sin embargo, no se logra recabar información de los demás países vecinos, ya que esta se considera confidencial por lo que es manejada sólo por los ministerios de salud correspondientes a cada estado. (1)

Manejo

Control Prenatal

Información internacional, como la que se describe en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología en el *"Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto"*, respecto al Control Prenatal de la gestante infectada con VIH, describe la importancia de los controles prenatales y de alto riesgo, donde la pesquisa y prevención temprana de otras infecciones o enfermedades concomitantes es lo primordial. Además, destaca la educación y el acompañamiento durante toda la gestación, incluyendo consejerías sobre el VIH tanto para la madre como para la familia y su entorno. La guía descrita presenta similares objetivos que el *"Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH"*, ya que se centraliza en un adecuado control prenatal de la gestante, su pareja y familia. Además de fomentar la prevención de la transmisión vertical del VIH a través de exámenes, controles, derivaciones y administración de tratamiento indicado en cada caso específico.

Atención del Parto

En la *"Guía de manejo de mujeres embarazadas con infección por VIH"* publicada por el Comité de infección de VIH/SIDA - ACIN (Asociación Colombiana de Infectología) menciona, respecto a la Atención del Parto diversas aristas que deben tomarse en cuenta por parte del profesional de la salud al momento de atender un parto, tales como; precauciones estándar, eliminación de desechos, administración de tratamiento antirretroviral, entre otros. Por lo que en comparación con el *"Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH"* creado por el Ministerio de Salud de Chile, no difiere el manejo de la Atención del Parto vaginal, ya que en ambos manejos se menciona la importancia de la prevención de la transmisión vertical de VIH al recién nacido.

DISCUSIÓN FUENTES PRIMARIAS UTILIZADAS

El análisis respecto a las 4 fuentes primarias de información que se utilizaron en esta revisión, ordenadas por temática trabajada; prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo, correspondieron a los siguientes documentos:

- Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis
- Guía Clínica AUGE "Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA"
- Protocolo de Atención a Mujeres viviendo con VIH
- Plan nacional de prevención y control del VIH/SIDA e ITS

Prevención

Con respecto a la **prevención**, dentro de los documentos seleccionados tanto la *"Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis"* como el "*Protocolo de Atención a Mujeres viviendo con VIH"* se detalla de manera completa las medidas de prevención, pero con la salvedad de que esta información está destinada a mujeres que ya padecen VIH/SIDA, pero demuestran la importancia de la educación y orientación en los controles prenatales con el fin de poder disminuir la transmisión vertical. Además en este

documento "*Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis"* se señalan medidas de prevención como por ejemplo, en los que destacan entrega de condones mensuales, entrega de material informativo para VIH, solicitud y firma del consentimiento, entre otros. De igual forma la información entregada con respecto a la prevención del VIH/SIDA en este mismo documento sigue siendo escasa. Por otra parte el *"Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS"* entrega una información mucho más completa con respecto a la prevención de la enfermedad como tal. Evidencia las múltiples opciones para poder lograr el objetivo de disminuir la morbimortalidad de las personas. Cabe señalar que no está orientado a la prevención de VIH/SIDA en gestantes, sino que abarca la población en general. Con respecto a la Guía Clínica AUGE *"Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA"* no fue utilizada, ya que no cuenta con información relativa a prevención de VIH

En modo de síntesis, la información que se establece en estos documentos oficiales del Ministerio de Salud con respecto a la prevención en mujeres gestantes que viven en Chile, la consideramos deficiente con respecto a las medidas que se entregan, ya que en la actualidad se deberían incluir medidas de prevención primaria y secundaria enfocado a las mujeres gestantes de otras nacionalidades que viven en Chile, ya que estas mujeres no saben como funciona el sistema de salud en Chile, ni tampoco a lo que pueden optar y que controles seguir, por lo que es importante mencionar y añadir estas aristas a los programas, normas y/o guías para entregar la información y orientación completa a las mujeres gestantes extranjeras

Entre Los documentos revisados, sólo uno hace referencia al grupo de gestantes con VIH-SIDA, y no habla netamente de la prevención , sino que tiene un enfoque en base a la prevención de la transmisión vertical, es decir cuando la mujer ya padece la infección por lo que la información con respecto a la prevención de la gestante para que no adquiera la infección por VIH, sólo consiste en la consejería pre y post test de Elisa y los exámenes de sangre propiamente tal, y otro documento hace sólo referencia las mujeres en general,

que se enfoca en la prevención dentro de todo el ciclo vital, pero aun así hay carencia de información actualizada, como por ejemplo las consejerías y orientaciones que se realizan en los controles preconcepcionales y controles prenatales.

Diagnóstico

Dentro de los documentos revisados a nivel nacional, encontramos que la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis", indica los momentos en los cuales se debe realizar el test a la gestante, como se realiza el tamizaje, qué sucede si el resultado local es no reactivo, reactivo, o si el instituto de salud pública confirma el resultado positivo. Además detalla lo que se debe hacer en caso de que una gestante llegue al trabajo de parto sin serología conocida y que hacer con el resultado obtenido en este contexto. siendo esta la misma información que la encontrada en la "Guía Clínica AUGE Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA" por lo que son ambos documentos, los que nos entregan mayor información sobre el diagnóstico de VIH en gestantes.

El "Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH" no cuenta con información sobre el diagnóstico de VIH en gestantes, ya que el documento está enfocado principalmente, a la atención de mujeres que ya cuentan con un diagnóstico confirmado de que son portadoras del virus.

El "Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS" no contiene información específica respecto al diagnóstico de VIH en gestantes o en la población general, sin embargo menciona que el diagnóstico y atención integral del VIH/SIDA e ITS es parte de las líneas estratégicas de este plan. Este documento junto con el "Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH", son aquellos que menos información entregan sobre el diagnóstico de VIH en gestantes.

Si bien sólo dos de los cuatro documentos analizados nos aportan información con respecto al diagnóstico de VIH en gestantes, aportan los detalles suficientes para conocer el proceso de diagnosticar a una gestante con el virus y están descritos de forma clara y concisa. Por otro lado, la información que presentan ambos documentos es la misma, por lo que se hace más sencillo poder estandarizar este proceso y llevarlo a cabo de la misma forma en los distintos servicios de salud. Sin embargo, falta actualizar la información e incluir otras formas de diagnóstico como por ejemplo, el test rápido de VIH y que sucede con la gestante que se realiza este test de manera externa al establecimiento de salud.

Tratamiento

Con respecto al tratamiento en Chile, en la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis" y "Guía Clínica AUGE: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA" se expone exactamente el mismo esquema de TAR, empleado en los distintos estadios de infección por VIH en las gestantes. Este se basa en la categorización de la FDA**,** donde se indica el uso de los fármacos utilizados como primera, segunda y tercera línea, de acuerdo al riesgo de teratogenicidad.

Por otro lado, en el "Protocolo de Atención a Mujeres viviendo con VIH" se menciona la importancia de la terapia antes, durante y después del embarazo durante los controles periódicos. Sin embargo, no se especifica qué medicamentos se deben utilizar en cada una de estas etapas.

Por último el "Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS" no aporta información debido a que no se menciona el tratamiento contra VIH/SIDA bajo ninguna circunstancia.

Sería de gran utilidad realizar un flujograma a nivel nacional, donde aparezcan resumidos los pasos a seguir con respecto al tratamiento y manejo de las mujeres embarazadas

diagnosticadas con VIH, abarcando además detalladamente las etapas del parto o complicaciones de este, de esta forma los establecimientos del país podrían agilizar su método de atención.

Manejo

Con respecto al Manejo**,** el documento que más información pudo aportar a esta revisión fue el "Protocolo Atención a Mujeres Viviendo con VIH" ya que este presenta consideraciones específicas respecto a la atención de usuarias VIH (+). Dentro de este protocolo, podemos encontrar de manera breve y concisa las consideraciones que se deben tener al momento de atender a una usuaria con VIH durante toda su gestación y previa planificación de esta. Se mencionan atenciones tales como; Control prenatal, Control en Alto riesgo obstétrico, Control de la puérpera y RN, entre otros. Pese a que se describen las atenciones intrahospitalarias como la atención del parto, puerperio y post-aborto, no se especifica el manejo secuencial de la atención para el profesional Matrón/a o Médico/a respecto a el procedimiento propiamente tal.

Tanto en la "Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis" como en la "Guía Clínica AUGE Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA" se encontró la misma información, la cual fue escasa en materia del manejo de la usuaria VIH (+) durante su gestación. Se menciona el manejo en el Control Prenatal de la gestante con VIH con un enfoque en la orientación, educación y consejería post Test de Elisa. Respecto a la Atención del Parto, la información se enfoca netamente en lo farmacológico y no en el manejo procedimental debido a que menciona estar detallada en la "Guía de Prevención de Parto Prematuro". El manejo que se encuentra expresado en esta Norma es la Atención Inmediata y Mediata del RN.

En el documento "Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS" no se encontró información respecto a manejo debido a que es un plan que está orientado a la

prevención de la transmisión del VIH/SIDA, disminuir la morbimortalidad y promover prácticas de sexo seguro.

En relación a los documentos revisados proporcionados por MINSAL, podemos mencionar que la información que se encuentra respecto al manejo en la atención a embarazadas con VIH son bastantes concisas, dado que el enfoque es dar las consideraciones específicas que se deben tomar en cada atención a los profesionales de la salud. Por lo que los autores no se extienden describiendo en qué consiste cada una de las atenciones de manera detallada, sino cuales son las apreciaciones que se deben tomar en cada una de estas.

Finalizando la discusión de las fuentes primarias utilizadas en esta revisión, hemos encontrado la necesidad de sugerir emitir un "Manual de Procedimientos" que no entregue netamente "Consideraciones Específicas" como son los que existen actualmente, sino que realizar un protocolo con todos las indicaciones y detalles respecto a una Atención Integral y completa para una mujer gestante que vive con VIH, desde la Atención del Control Prenatal hasta el alta en puerperio, direccionado al personal de salud como a la familia y entorno de la usuaria.

V. CONCLUSIÓN

1. A modo de conclusión, en Chile las medidas preventivas que se utilizan para evitar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en gestantes, se encuentran detalladas de manera completa en los documentos del MINSAL revisados.
2. En relación al diagnóstico, el método más utilizado para diagnosticar el virus de la inmunodeficiencia humana se encuentra descrito en los protocolos y estandarizado en los servicios de salud del país. Este consiste en la toma del test de ELISA de forma rutinaria en los controles prenatales.
3. Respecto a tratamiento y manejo, se logró identificar la aplicación de estos, los cuales se encuentran establecidos en las normas y protocolos oficiales del Ministerio de Salud de Chile, tanto TARV como consideraciones para la atención de gestante VIH (+), los cuales son empleados en los diversos Niveles de Atención de Salud a lo largo del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minsal. Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis [Internet]. 2013. 25–36 p. Available from: http://www.minsal.cl/portal/url/item/d84c1b1497766e48e040010164010137.pdf

2. Linfocito T CD4 [Internet]. Hiv.gov. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/linfocito-t-cd4

3. Reyes O. OPS/OMS [Internet]. Paho.org. 2015 [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11078:2015-cuba-eliminates-mother-hiv-syphilis&Itemid=1926&lang=es

4. Ministerio de Salud y la Protección Social. Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita. Minist Salud. 2015;1–26. Available from: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Actualizacion-Estrategia-PTV-2020-final.pdf

5. Minsal. Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis [Internet]. 2013. 25–36 p. Available from: http://www.minsal.cl/portal/url/item/d84c1b1497766e48e040010164010137.pdf

6. Valdés R. E. Vih-Sida y embarazo: Actualizacion y realidad en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002;67(2):160–6. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000200016&lang=es

7. Le Mercier Chantal Hulo Patrick Masson (content) P, Edouard de Castro (software). HIV_cycle ~ ViralZone [Internet]. Expasy.org. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://viralzone.expasy.org/5096

8. VIH/SIDA. (s/f). #SigamosCuidándonos. Recuperado el 20 de diciembre de 2021, de https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/vih/

9. *Vista de Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto*. (s/f). Fecolsog.org. Recuperado el 20 de diciembre de 2021, de https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/560/607

10. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Plan Nacional De Prevención Y Control Del Vih/Sida E Its 2018-2019. 2019;100. Available from: minsal.cl

11. De Los Datos Globales Sobre Sida A. LA RESPUESTA AL VIH EN AMÉRICA LATINA [Internet]. Unaids.org. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_latin-america_es.pdf

12. Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud. Resultados confirmación de Infección por VIH. Chile, 2010 - 2018. Boletín Vigil Lab [Internet]. 2019;9(8):2010–8. Available from: https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-final_2019.pdf

13. Minsal.cl. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.minsal.cl/informe-de-onusida-2019-el-87-de-las-personas-que-viven-con-vih-en-chile-han-sido-diagnosticadas/

14. Valdés R E, Sepúlveda M A, Candia P P, Sepúlveda B C, Lattes A K. Vih/Sida: Comportamiento epidemiológico DE la transmisión vertical en El contexto general DE la infección en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;76(1):52–7.

Avaible from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000100011

15. Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud. Resultados confirmación de Infección por VIH. Chile, 2010 - 2018. Boletín Vigil Lab [Internet]. 2019;9(8):2010–8. Available from: https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-final_2019.pdf

16. Uchile.cl. [cited 2021 Nov 11]. Available from: http://www.medicina.uchile.cl/dam/jcr:7b2a9b89-7c07-4bc5-b730-17e3dc0f8d95/Gestantes%20haitianas.pdf

17. Minsal.cl. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-VIH.pdf

18. Ley N° 19. ESTABLECE NORMAS RELATIVAS AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y CREA BONIFICACIÓN FISCAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS [Internet]. Ilo.org. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127707.pdf

19. Bibliotecaminsal.cl. [cited 2021 Nov 11]. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/chile_sida-guia.pdf

20. De Vih/sida P. VIGILANCIA DE LA TOXICIDAD DE LOS ANTIRETROVIRALES [Internet]. Who.int. [cited 2021 Nov 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105338/WHO_HIV_2013.

125_spa.pdf;jsessionid=88C9F461B079BAA831BB2D4E71123328?sequence=1

21. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Rev Chilena Infectol. 2010;27(4):359–73. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000500017&lng=e&nrm=iso&tlng=es

22. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Plan Nacional De Prevención Y Control Del Vih/Sida E Its 2018-2019. 2019;100. Available from: minsal.cl

23. Sexual S, Reproductiva S, Asistencial R. Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH. Subsecr Salud Pública Subsecr Redes Asist [Internet]. 2016;2:21–30. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/09/PROTOCOLO-ATENCION-A-MUJERES-VIVIENDO-CON-VIH_web.pdf

24. Uchile.cl. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/2076/1921

25. Guía clínica AUGE; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. 2013;Seria Guía:170. Available from: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf

26. VIH/sida [Internet]. Who.int. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

27. Velásquez G, López P, de infección VIH/SIDA y. el C. Guía de manejo de mujeres embarazadas con infección por VIH [Internet]. Saludecuador.org.

[cited 2021 Nov 11]. Available from: http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/A28.PDF

28. Igssgt.org. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%20No%2041%20Manejo%20del%20VIH%20SIDA%20en%20el%20Embarazo.pdf