



TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

**TRANSMISIÓN VERTICAL DEL
VIH Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA
EN SU PREVENCIÓN
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Autor: Cristina Moreno Moreno
Tutora: Eloísa Muñoz Ortega

ÍNDICE:

1. RESUMEN	1
2. SIGNOS Y ABREVIATURAS	2
3. INTRODUCCIÓN	4
3.1 JUSTIFICACIÓN Y ESTADO ACTUAL	4
3.2 PERSPECTIVA TEÓRICA	5
3.2.1 <i>Antecedentes e historia natural de la infección por VIH/sida</i>	5
3.2.2 <i>Etiopatogenia</i>	7
3.2.2.1 Ciclo biológico del VIH y respuesta inmunitaria.....	7
3.2.2.2 Mecanismos de transmisión	8
3.2.2.3 Manifestaciones clínicas	8
3.2.2.4 Factores de riesgo	9
3.2.3 <i>Epidemiología</i>	9
3.2.4 <i>Prevención</i>	11
3.2.5 <i>Tratamiento</i>	11
4. OBJETIVOS	12
4.1 OBJETIVO GENERAL:	12
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	12
5. METODOLOGÍA	13
6. DESARROLLO	16
6.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	16
6.1.1 <i>Determinar los métodos de diagnóstico precoz del VIH en el embarazo</i>	16
6.1.1.1 Importancia de la detección precoz en la población general.....	16
6.1.1.2 Diagnóstico precoz en el embarazo	18
6.1.2 <i>Seleccionar las actuaciones más eficaces para el control del embarazo en mujeres portadoras de VIH para la prevención de la transmisión vertical a través de terapias antirretrovirales y otras técnicas</i>	19
6.1.2.1 Evitando la transmisión prenatal.....	19
6.1.2.2 Evitando la transmisión intranatal.....	21
6.1.2.3 Evitando la transmisión postnatal	22
6.1.3 <i>Describir la importancia del papel de enfermería en el abordaje psicológico de la mujer portadora del VIH eliminando la estigmatización</i>	23
7. CONCLUSIONES	26
8. BIBLIOGRAFÍA	27
9. ANEXOS	31

1. RESUMEN.

La infección por VIH sigue afectando a gran parte de la población a nivel mundial. El diagnóstico precoz ya no supone una sentencia de muerte para estas personas, actualmente existe tratamiento eficaz, pero no cura. La única forma de frenar la infección es a través de la prevención y la educación sanitaria. Es importante conocer la posible transmisión del VIH de una mujer embarazada portadora a su hijo. Estos niños se pueden infectar durante el embarazo, parto o lactancia si la madre no cumple con las recomendaciones. En este trabajo de fin de grado se ha hecho una revisión bibliográfica sobre el acceso a las pruebas de detección de VIH a las embarazadas. También se analizó el asesoramiento y las posibilidades de tratamiento antirretrovírico, las prácticas obstétricas adecuadas y la óptima alimentación al lactante. Todo ha contribuido a la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Actualmente en España se encuentra en un 0,1% de los casos de transmisión de VIH. Y, por último, se ha desarrollado el papel fundamental de enfermería con los cuidados dirigidos a la adaptación y adherencia de la nueva situación sin someterles al estigma social y discriminación. El personal de enfermería deberá considerar el bienestar psicosocial de estas pacientes.

Para ello se ha realizado una búsqueda en bases de datos como son Dialnet, Elsevier's Scopus, SciELO y PubMed, escogiendo artículos desde 2011, en inglés y castellano y acceso gratuito al texto.

Palabras clave: VIH, Transmisión vertical de enfermedad infecciosa, Enfermería, Prevención, Embarazo.

ABSTRACT.

HIV infection continues to affect much of the world's population. Early screening isn't longer a death sentence for these people, there is currently effective treatment, but it does not cure. The only way to stop the infection is through prevention and health education. It is important to know the possible transmission of HIV from a pregnant woman carrying her child. These children can become infected during pregnancy, childbirth, or breastfeeding if the mother doesn't comply with the recommendations. A literature review on access to HIV testing for pregnant women has been done in this end-of-degree work. Counselling and antiretroviral treatment possibilities, appropriate obstetric practices, and optimal infant feeding were also discussed. Everything has contributed to the prevention of mother-child transmission of HIV. Currently in Spain it's found in 0.1% of cases of HIV transmission. And, finally, the fundamental role of nursing has been developed with care aimed at adapting and adhering to the new situation without subjecting them to social stigma and discrimination. Nurses should consider the psychosocial well-being of these patients.

For this, a search has been carried out in databases such as Dialnet, Elsevier's Scopus, SciELO and PubMed, choosing articles since 2011, in English and Spanish and free access to the text.

Keywords: HIV, Vertical transmission of infectious disease, Nursing, Prevention, Pregnancy.

2. SIGNOS Y ABREVIATURAS.

AZT: Ácidotimidina

ADN: Ácido Desoxirribonucleico

AH: Atención Hospitalaria

ARN: Ácido Ribonucleico

AP: Atención Primaria

ATZ/r: Atazanavir/ritonavir

AZT: Zidovudina

CV: Carga Viral

CDC: Centro de Control de Enfermedades

CD8: Linfocitos T- Citotóxicos

CD4: Linfocitos T- Colaboradores

DRV/r: Darunavir/ritonavir

DTG: Dolutegravir

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual

FDA: Administración de Medicamentos y Alimentos

FTC: Emtricitabina

GP120: Glicoproteínas de superficie

GP41: Glicoproteínas transmembrana

GESIDA-SEIMC: Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica)

INI: Inhibidor de la Integrasa

IP: Inhibidor de la Proteasa

ITS: Infección de Transmisión Sexual

ITIN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa análogo de nucleósido

ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Análogo de nucleósido

LM: Lactancia Materna

LPV: Lopinavir/ritonavir

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo

NVP: Nevirapina

ONG: Organización No Gubernamental

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

OMS: Organización Mundial de la Salud

PrEP: Profilaxis Preexposición

PEP: Profilaxis Posexposición

PTMI: Prevención de la Transmisión Materno Infantil

RAL: Raltegravir

RT: Retrotranscriptasa

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SEISIDA: Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU PREVENCIÓN
Cristina Moreno Moreno [2020-2021]

Sida: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

SNC: Sistema Nervioso Central

TDF: Tenofovir

TMI: Transmisión materno-infantil

TAR: Tratamiento antirretroviral

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

UE: Unión Europea

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VMMC: Circuncisión Médica Masculina Voluntaria

3TC: Lamivudina

3. INTRODUCCIÓN.

3.1 JUSTIFICACIÓN Y ESTADO ACTUAL

El VIH actualmente continúa siendo un problema de salud pública mundial, cobrándose 33 millones de vidas desde su aparición. Pero a través de una prevención, un diagnóstico y un tratamiento eficaces se ha podido convertir en una enfermedad crónica donde las personas que viven con el VIH pueden llevar una vida saludable y con mayor esperanza de vida.

Hoy en día no existe cura ni vacuna para la infección del VIH, sin embargo, hay que destacar dos casos que han conseguido llegar a una “cura funcional” por medio del trasplante de médula ósea con reinfusión de nuevas células T CD4 que son las protagonistas en esta infección. Aún no constando tratamiento curativo, hay múltiples intervenciones existentes para su prevención, como por ejemplo de la TMI o transmisión vertical, uso de preservativos masculinos y femeninos, profilaxis previa y posterior a la exposición, TAR, además de tener a nuestra plena disposición, una variedad de métodos diagnósticos de la infección del VIH siendo más sensibles y específicos que los que existían al principio de la epidemia. [\(1,2\)](#)

Inciendo en la transmisión vertical, se ha registrado que un 85% de las mujeres embarazadas y lactantes portadoras del VIH en España recibieron TAR y ello ha asegurado que los recién nacidos sean sanos. [\(2\)](#)

En países occidentalizados puede estar considerada como erradicada, existiendo protocolos, consensos y tratamientos farmacológicos para abordarlo. Entre todos los profesionales de la salud hacen un trabajo interdisciplinar con el seguimiento exhaustivo de la madre. [\(3,4\)](#)

Por esto, es un tema que quizá se dé por olvidado, pero sigue existiendo la mujer portadora de VIH con deseo de ser madre y el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la educación sanitaria para dichas personas que también, tienen el pleno derecho de dar a luz a un niño sano. [\(5, 6\)](#)

También es importante recalcar la estigmatización que provoca esta ITS o incluso miedo o culpa por parte de la mujer a la hora de gestar siendo portadora de VIH. Por tanto, aún siendo una patología silenciosa y que, aunque cada vez la prevalencia sea más baja, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de mitigar las inseguridades de la mujer con VIH y concienciar de que hay posibilidad de tener un niño sano sin sentirse culpable o egoísta, a través de un abordaje psicológico y a la vez farmacológico con la ayuda de todos los profesionales de la salud. [\(7, 8, 9\)](#)

Y por último para situar el momento actual del tema que se va a estudiar en esta revisión narrativa, se debe de hablar de lo que la pandemia del COVID-19 ha producido en estas personas que también necesitan asistencia sanitaria. Inicialmente sí se suspendieron procedimientos de prevención que requerían asistencia clínica como puede ser la VMMC, pero la OMS actualmente trabaja con ONUSIDA para que se siga garantizando el acceso a los servicios y que continúen sin interrupciones en las medidas preventivas que ya se han alcanzado. [\(10\)](#)

3.2 PERSPECTIVA TEÓRICA

3.2.1 Antecedentes e historia natural de la infección por VIH/sida

Los datos sobre la historia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida) se remontan al periodo de los años 70 en Estados Unidos, donde esta enfermedad fue protagonista por sus características: alta tasa de transmisión, transmisión sexual y sanguínea, rápida difusión, síntomas variados y severos, de carácter incurable y elevada mortalidad. Era un momento donde la liberación sexual estaba en auge, había comunidades de colectivos homosexuales y transexuales que salieron a la calle sin esconderse, y con ello trajo el consumo de drogas y sexo sin protección. No solo fue el sida la única ETS que se visibilizó, pero no fue suficiente para cambiar los hábitos sexuales de la época. El tratamiento se basó en antibióticos y ante la imposibilidad de tratar el sida de este modo, se rompió la esperanza de poder acabar con la gran epidemia de la enfermedad emergente y que hoy en día sigue siendo un reto mundial. [\(1,11\)](#)

Comentando la cronología del VIH/sida hay que remarcar los siguientes intervalos de años:

Entre 1981 y 1983 se menciona por primera vez el término de sida por parte de la CDC y se estudiaron varios casos que ayudaron a obtener los primeros datos epidemiológicos recogidos por la OMS. Se encontraron con que la mayoría eran homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos, lo que suscitó el hablar del “club de las 4 haches” ya que no solo se descubrió que la vía de transmisión era sexual, sino también sanguínea y perinatal y que, además, producía una inmunosupresión severa que acababa en muerte a los pocos meses de contagiarse. Estos cuatro colectivos fueron denominados “grupos de riesgo”. Fue entonces cuando se estableció que la enfermedad seguía el patrón de carácter infeccioso. [\(1,11\)](#)

Entre 1984 y 1987 ocurrieron sucesos tan fascinantes como la primera vez que se aisló en un laboratorio el agente causal del sida que hasta años después no se denominó VIH. También, Rock Hudson, un actor conocido declaró que era homosexual y que tenía sida, fue entonces cuando el pánico cundió y se pudo ver el alcance real de la epidemia ya que había llegado a colectivos de la alta sociedad. Se comercializó el primer test que detectaba anticuerpos frente al VIH y se celebró la 1ª Conferencia Mundial sobre el sida en Atlanta. Toda esta época terminó con la comercialización del primer medicamento antirretroviral aprobado por la FDA, la AZT o Zidovudina®. [\(1,11\)](#)

En los siguientes años, entre 1988 y 1994, fue cuando la infección del VIH se cobró muchas vidas y se produjo el colapso de hospitales con estos enfermos. La AZT en monoterapia no era efectiva y los enfermos fallecían por infecciones oportunistas o tumores. Al ver la dimensión de la enfermedad se reunieron los ministros de sanidad de todo el mundo para abordar el problema. España simultáneamente se convierte en el país europeo con más incidencia de afectados por el VIH y aparecen los primeros casos de discriminación en las escuelas a niños nacidos con el virus. [\(1,11\)](#)

Esto fue importante para crear los primeros programas de prevención del sida en España y el 1 de diciembre de 1988 se declaró el Día Mundial de la Lucha contra el sida. Por último, y referente a esta revisión narrativa, en 1994 se demostró la eficacia del TAR para reducir la TMI. [\(1.11\)](#)

Entre 1995 y el 2000, fue una época de gran evolución y concienciación ya que se determinó la CV como indicador del avance del virus en el organismo y se creó ONUSIDA. Fue entonces cuando se implantó la terapia combinada de varios antirretrovirales que frenaban al virus y los resultados fueron impactantes, ya que la CV bajaba a niveles indetectables y la mortalidad del sida disminuyó un 90%. Esto provocó que gracias al éxito de los diferentes fármacos se postulará que la cura era posible. [\(1.11\)](#)

Del 2001 al 2012 fueron importantes, por ejemplo, los métodos diagnósticos del tipo test rápido o la comercialización a bajo coste en países desarrollados del TAR, pero desgraciadamente en algunos países sigue siendo muy difícil tener acceso a estos medicamentos. En España, los programas de lucha contra el sida se vieron mermados por los recortes y la estigmatización de los afectados por el VIH fue en incremento. Empezaron a aparecer resistencias y toxicidad a los medicamentos y era difícil conseguir el cumplimiento terapéutico ya que no se les podía llevar un seguimiento exhaustivo. [\(1.11\)](#)

Actualmente, se han registrado dos casos que acabaron con el virus a través del trasplante de médula ósea. El VIH es una enfermedad crónica y controlable, con mucho conocimiento sobre ella en poco tiempo, pero con tres fracasos, no existe vacuna, se sigue expandiendo y solo un pequeño porcentaje tiene acceso al tratamiento. Sin embargo, es destacable comentar que se sigue investigando para obtener una estrategia terapéutica eficaz y duradera, además de tener objetivos epidemiológicos para las siguientes décadas muy prometedores a nivel de organizaciones mundiales como la OMS y ONUSIDA. [\(1.11,12\)](#)

El origen del VIH surge en África central, donde se produjo el denominado “salto interespecie” entre el chimpancé *Pan Troglodytes troglodytes* que es el hospedador natural del VIH y el ser humano. Esto sucedió por varias circunstancias, las dos especies coexistían en el mismo territorio y la interacción que actuó como mecanismo de transmisión fue la caza de estos animales. También, el virus se adaptó al nuevo hospedador persistiendo un ciclo infectivo ya que existía proximidad filogenética entre especies y, por ende, entre el ser humano se transfirió por varias vías y se extendió rápidamente por los viajes entre continentes, el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin protección llegando a expandirse globalmente. [\(1.11\)](#)

3.2.2 Etiopatogenia

3.2.2.1 Ciclo biológico del VIH y respuesta inmunitaria

El VIH es un retrovirus, constituido en su interior por ARN que debe ser transcrito en ADN gracias a la RT, además de poseer 2 enzimas más, la proteasa y la integrasa necesarias también para el ciclo vírico. Tiene una estructura externa llamada envoltura viral compuesta por una bicapa de lípidos y 2 proteínas que se organizan en espículas formadas por tres GP120 y tres GP41. Lo que le hace tan fascinante es su gran variabilidad genética y su rápida replicación.

El ciclo de vida del VIH necesita para replicarse infectar a una célula, se mantiene escondido su material genético en ella hasta que la célula infectada produce proteínas, que son nuevos virus. El VIH infecta sobre todo a células del sistema inmunitario, más concretamente a las que tienen receptores CD4, CCR5 y CXCR4. Estos últimos se les denomina correceptores del VIH ya que son los responsables de la infección en las dianas celulares del individuo infectado.

Tiene varios pasos, el primero, es la entrada y fusión cuando el VIH se une por su envoltura viral el GP120 al receptor CD4 y los receptores de las quimiocinas CCR5 y CXCR4. Lo que se produce es la activación de proteínas de superficie para que la cubierta del VIH se fusione con la superficie de la célula.

El siguiente paso es la decapsidación y retrotranscripción. Aquí se libera la cápside viral (ARN, enzimas) y la RT hace una copia de ADN a partir del ARN, ahora el material genético se denominará ADN proviral.

El tercer paso es la integración, donde la enzima RT oculta el ADN proviral dentro del ADN de la célula pudiendo permanecer integrado y en reposo durante años denominándose fase de latencia viral o iniciarse el siguiente paso, la transcripción, y por consiguiente la replicación, cuando la célula produce nuevas proteínas produce nuevos virus. Esto se produce gracias a las cadenas de ADN viral que se separan y enzimas crean ARNm capaz de llevar instrucciones para producir un nuevo VIH.

Y, finalmente, se produce el ensamblaje viral y maduración, la RT corta las cadenas de proteínas y cuando las partículas virales se ensamblan y maduran, se produce el proceso de gemación desprendiéndose de la célula y creando viriones nuevos que se liberan al espacio extracelular.

[\(1,11,13\)](#)

Anexo 1: Ciclo biológico del VIH [\(13\)](#)

En cuanto a la respuesta inmunitaria, una vez que el virus ingresa en el organismo se adhiere al receptor CD4, común en todas las cepas del VIH encontrándose en los linfocitos T, monocitos, macrófagos y células dendríticas del SNC. Además, están los receptores CCR5 y CXCR4 que son capaces de infectar a la célula a través de uno u otro o de ambos a la vez. Y lo que puede suceder una vez terminado el proceso, es que el virus no se integre al genoma de la célula, quedándose con estadio de provirus y latente o iniciarse la replicación viral si la célula es activada, como por ejemplo por una infección oportunista. [\(1,11,13\)](#)

3.2.2.2 Mecanismos de transmisión

Para que se produzca la infección del VIH es necesario que penetre en el organismo a través de la sangre, las mucosas o la leche materna. Es por ello por lo que la principal vía de transmisión es mantener relaciones sexuales sin protección. En esta vía, la prevención es la barrera a la transferencia más significativa, llevando conductas sexuales seguras y la utilización del preservativo, ya que pueden disminuir las posibilidades de contagio y transmisión el 90%.

La siguiente vía de transmisión es la parenteral, esta hace referencia tanto a los consumidores de drogas intravenosas que comparten agujas como a los profesionales sanitarios que se exponen a la sangre y otros fluidos. Es el caso de las salpicaduras en mucosas o piel que presenten lesiones o también pincharse con objetos punzantes con sangre infectada. Otro modo de transmisión parenteral puede ser la transfusión sanguínea y hemoderivados con una probabilidad de infección del 90-100%, aunque esto ocurre en países que no hay buen control sanitario ya que toda persona que desea donar sangre en España se le hace una analítica para conocer si es portador de cualquier enfermedad y así evitar la transmisión.

Y, por último, la vía de la que tratará esta revisión narrativa es la transmisión vertical definida como “la transmisión de ese virus de una madre seropositiva al niño durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto o por medio de la lactancia (la leche) materna”. Se puede evitar llevando un control exhaustivo y recibiendo TAR. El porcentaje de transmisiones si la mujer portadora no recibe el tratamiento asciende al 14-25% y tomándolo desciende a 1%.

Por todos estos mecanismos de transmisión, es importante conocer las vías y las formas de transmisión para evitar la discriminación a falsas creencias. [\(1.11\)](#)

Anexo 2: Como se transmite y cómo no se transmite el VIH [\(11\)](#)

3.2.2.3 Manifestaciones clínicas

La clínica de la infección del VIH deriva de la interacción de la replicación del virus y del sistema inmunitario de la persona. En los 6 primeros meses, la carga viral es elevada pero controlada por la acción de los linfocitos CD8 con actividad citotóxica eliminando células infectadas por el virus. Esta carga se mantiene estable en los siguientes años sin tratamiento, siendo un periodo asintomático a excepción de los ganglios linfáticos donde se desarrolla gran actividad y concentración de viriones, ya que el tejido linfóide es el mayor reservorio del virus. Por todo esto, los signos y síntomas van a variar según la etapa de infección en la que se encuentre la persona:

1. Infección aguda

En esta fase se produce gran replicación y diseminación de los viriones a todo el organismo, con elevada CV (100.000-1.000.000 c/ml). Es sintomática en el 50-90% de los casos, con un periodo de incubación de 2 – 4 semanas, pero con una clínica inespecífica y parecida al síndrome de la mononucleosis o cuadro gripal (fiebre, molestias faríngeas, adenopatías, rash cutáneo, mialgias). Todo esto prolongado en el tiempo es lo que hace sospechar del diagnóstico y de la mayor probabilidad de progresión a sida, aunque suele ser por conocimiento de las conductas de riesgo. En esta etapa es la recomendable para empezar con TAR.

2. Fase intermedia o crónica

Esta etapa es el denominado periodo de latencia clínica, la persona es portadora asintomática ya que los niveles de VIH alcanzan una meseta y permanecen constantes. Cuando una persona no se trata en esta fase, se estima que la media de progresión a sida es de 10 años, y los síntomas empiezan a aparecer por descenso de linfocitos CD4 llevando a una inmunosupresión. Esta clínica puede aparecer por infecciones oportunistas y son más severas: herpes zóster, listeriosis, candidiasis orofaríngea, trombocitopenia.

3. Fase avanzada

Cuando se ha producido el descenso de linfocitos CD4 y la carga viral ha aumentado, es un periodo de enfermedad clínicamente significativa y anteriormente llamada fase sida, ya que aparecen infecciones oportunistas y neoplasias, con complicaciones neurológicas, caquexia y muerte.

Todas estas fases pueden dejar de avanzar en primer lugar por un diagnóstico precoz de la infección y posteriormente recibiendo un TAR y seguimiento del paciente portador de VIH con controles de cifras de CD4 y CV a lo largo de su vida. [\(1.11\)](#)

Anexo 3: Valores de CD4 y CV. [\(14\)](#)

3.2.2.4 Factores de riesgo

Existen factores que influyen en la transmisión del VIH:

- La cantidad y el tiempo de fluido infectivo que esté en contacto.
- El estado de la mucosa (sana o con ulceraciones).
- Condiciones favorables para el VIH como puede ser la temperatura, la acidez o ambiente anaerobio.
- Cuando existe sangre como en la menstruación.
- La carga viral de la persona infectada es alta, esto ocurre al inicio y al final de la infección y, sobre todo, si la persona no está recibiendo tratamiento o no tiene adherencia a él. [\(1.11\)](#)

En cuanto a los factores que se asocian a la transmisión vertical son:

- CV materna, es el factor más importante.
- Gestantes de edades avanzadas o con síntomas de fase avanzada.
- Gestantes con CD4 < 500/mm³.
- Factores que afectan a la placenta como el tabaco o las drogas.
- Complicaciones obstétricas como amniocentesis, el tiempo prolongado de rotura de membranas, hemorragia placentaria o placenta previa.
- Contacto directo del feto con sangre materna.
- Lactancia materna. [\(1.11\)](#)

3.2.3 Epidemiología

Actualmente la tasa global de nuevos diagnósticos de VIH en España está en niveles igualados con otros países de Europa. La mejora respecto a décadas anteriores es significativa, pero, sin

embargo, la tasa sigue siendo superior a la media de la UE. Desde el año 2003, se han notificado 56.748 casos nuevos de infección por VIH.

Vistas las comparaciones según los años, se ve un pico máximo de casos de sida por transmisión sexual, transmisión parenteral y transmisión perinatal en el intervalo de 1988 – 1999 en España, destacando el declive de las tres vías a lo largo de estos últimos 20 años. **Anexo 4:** Gráfica TMI según años. ⁽⁴⁾

Se ha comprobado que esta transmisión es sobre todo por la vía sexual, pero sin descuidar otros mecanismos, es necesario implantar y asegurar las actuaciones de prevención para evitar que se siga propagando, por ello, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que cualquier persona que realice conductas de riesgo es vulnerable al VIH, por tanto, debe ser diagnosticada de manera temprana con la prueba de test rápido que en España es gratuita y accesible para toda la población y así evitar el retraso en el diagnóstico, como se ha notificado a lo largo del año 2019, en un 45'9%, ya que puede ser demasiado tarde. Es importante destacar que, en este mismo año, ha habido diferencias entre sexos, con un 85'8% en hombres, un 10'4% en mujeres y una media de edad de 36 años para el diagnóstico, y predominando las relaciones sexuales sin protección de hombres homosexuales y las personas nacidas en España, ya sean españoles o extranjeros. Con respecto a esto último, se han registrado solo 2 casos de TMI, uno nacido en África Subsahariana y otro en África del Norte pero residentes en Castilla la Mancha y Murcia respectivamente. ⁽⁴⁾

Anexo 5: Gráfica nuevos diagnósticos en 2019 según modo de transmisión. ⁽⁴⁾

Es importante destacar que por el aumento de población inmigrante residente en España que además supone más de un tercio de los nuevos diagnósticos en el 2019, es necesario diversificar los programas de prevención y adaptarlos a dichos colectivos, de manera social y cultural ya que es una población muy heterogénea. ⁽⁴⁾

Y, por último, en España, se han puesto en marcha diferentes recomendaciones para que las comunidades autónomas, las ONG, los profesionales sanitarios y las sociedades científicas sigan prestando atención a las personas que viven con el VIH y así llegar a los objetivos que tiene ONUSIDA del 95-95-95 para el 2030 (95% de las personas con VIH diagnosticadas, 95% estén en tratamiento y 95% tengan carga viral indetectable) y no se deje de lado por la pandemia actual del COVID-19. En el año 2020 cabe recordar que el Ministerio de Sanidad tenía como objetivo el alcanzar los indicadores 90-90-90 que se crearon en 2014 por la OMS y el balance ha sido positivo, ya que se está acercando el 90% del diagnóstico del VIH entre las personas infectadas, el 97% de las personas diagnosticadas han sido tratadas con antirretrovirales y el 90% de las personas tratadas están con carga viral indetectable, además de la 0 discriminación frente al VIH que sigue en marcha y la reducción del 75% de las nuevas infecciones por VIH con respecto a 2010. ⁽¹⁵⁾

3.2.4 Prevención

De carácter general, la prevención desde el ámbito de los profesionales de enfermería se centra dependiendo de los niveles primaria, secundaria y terciaria. [\(11\)](#)

Anexo 6: Tabla de prevención según niveles. [\(1\)](#)

3.2.5 Tratamiento

El tratamiento existente figura como prevención secundaria ya que su aparición redujo la morbimortalidad y tienen gran eficacia para controlar la replicación del VIH. Se empezó con la AZT, un ITIN, que se pudo observar rápidamente que no era capaz de mantener la replicación del VIH en niveles latentes. Sin embargo, actualmente existe una combinación de fármacos que preserva el sistema inmunológico haciendo que la calidad de vida de estos pacientes crónicos mejore y aumenten su esperanza de vida. Lo más importante con respecto al TAR es la adherencia terapéutica, y en esto tiene un papel fundamental el personal sanitario, ya que deben tener estrategias para mejorar el cumplimiento mediante una colaboración interdisciplinar. Eso es porque la complejidad que ha ido ascendiendo con la terapia, implica un seguimiento y un cuidado de los pacientes a lo largo de su vida. La prevención de la infección es sin duda fundamental, introduciéndose de forma sistemática en la educación sanitaria de los pacientes por parte de los profesionales de enfermería y que no debe olvidarse en la práctica clínica.

El TAR se recomienda tanto en pacientes sintomáticos, como en gestantes para reducir de forma eficaz la TMI, en las parejas serodiscordantes con alto riesgo de transmisión, en la hepatitis B y en la nefropatía VIH. En los pacientes asintomáticos se les debe tratar también dependiendo de su cifra de linfocitos CD4, la CV, la edad y las comorbilidades conocidas, ya que son factores que determinan el empezar con la terapia.

Históricamente lo que marcó un antes y un después fue la aparición del TARGA incluyendo un ITIN y un IP. Más tarde, los siguientes fármacos que se combinaron fueron los ITINN que producían menos toxicidad y resistencias y posteriormente, los INI. Se vio que la terapia con cuatro fármacos diferentes no era del todo efectiva, lo que se debía promover era una terapia combinada en una “píldora única” que llegó en 2008, componiendo una revolución terapéutica que mejoró la calidad de vida y supuso un hito psicológico, este TAR se ha convertido en el nuevo estándar terapéutico para el tratamiento del VIH, hasta que se pueda implantar una vacuna que erradique al fin la enfermedad. [\(1,11,16\)](#)

4. OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la prevención de la transmisión vertical del VIH por parte del personal de salud.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar los métodos de diagnóstico precoz del VIH en el embarazo.
- Seleccionar las actuaciones más eficaces para el control del embarazo en mujeres portadoras de VIH para la prevención de la transmisión vertical a través de terapias antirretrovirales y otras técnicas.
- Describir la importancia del papel de enfermería en el abordaje psicológico de la mujer portadora del VIH eliminando la estigmatización.

5. METODOLOGÍA.

Para la realización de este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica narrativa para poder esclarecer los aspectos en la prevención de la transmisión vertical y el papel de los profesionales de enfermería en todo el proceso.

Para recopilar la información suficiente sobre este tema se ha buscado en las siguientes bases de datos: Dialnet, SciELO, PubMed y Elsevier's Scopus. Y para completar la búsqueda se han utilizado fuentes externas como páginas web y documentos de consensos o directrices unificadas de organismos oficiales como: OMS, GESIDA-SEIMC, CDC, Ministerio de Sanidad, SEGO y SEISIDA. Además, medios físicos obtenidos en la Biblioteca de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UCM. Para terminar, se ha seleccionado un manual de lactancia materna del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Antes de generar la búsqueda, se ha tenido que realizar una selección de descriptores acorde con la revisión. Se ha utilizado el tesoro de la Biblioteca Virtual en Salud: "Descriptores en Ciencias de la Salud" (DeCS), además de "Medical Subject Headings" (MeSH), en castellano e inglés respectivamente.

DeCS	MeSH
VIH	HIV
Enfermería	Nursing
Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa	Infectious Disease Transmission, Vertical
Educación en salud	Health Education
Diagnóstico precoz	Early Diagnosis
Embarazo	Pregnancy
Antirretroviral	Anti-Retroviral Agents
Carga Viral	Viral Load
Lactancia Materna	Breast Feeding

Tras crear la cadena de búsqueda realizada a través de los operadores booleanos (*AND* y *OR*) se analizaron los resultados encontrados. Se ha seguido un método de cribado, en el que el despistaje se realizaba a través de la lectura de título y resumen. Y, sobre todo, ciñéndose a los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
Acceso gratuito a texto completo (<i>Free full text available</i>).	Documentos de pago o suscripción a revistas.
Documentos publicados a partir de 2011 incluido ese año.	Documentos fuera de acotación en periodo de tiempo.

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU PREVENCIÓN
Cristina Moreno Moreno [2020-2021]

Resumen disponible (<i>Abstract Available</i>).	Documentos en un idioma diferente al castellano o inglés.
Documentos en inglés y castellano.	Documentos donde el VIH no actuaba como argumento principal.
Documentos basados en humanos (Humans).	Documentos donde la prevención no actuaba como argumento principal.
Todo tipo de diseño de estudios (ECAs, RS, Meta - análisis, Artículos de opinión...).	Documentos duplicados.

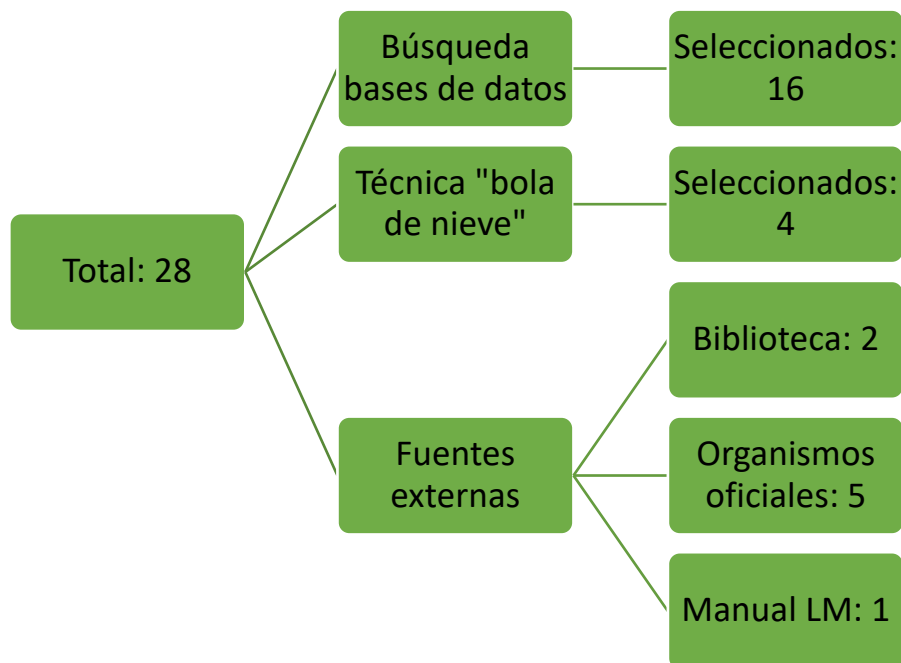
Los resultados obtenidos con la cadena de búsqueda con los descriptores, operadores booleanos y haciendo referencia a los objetivos que se han marcado en la revisión bibliográfica son:

Bases de datos	Descriptores y cadena de búsqueda	Resultados sin acotar	Resultados obtenidos tras criterios	Documentos seleccionados y leídos	O B J 1	O B J 2	O B J 3
Dialnet	VIH AND Embarazo OR Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa	30	25	2			
	VIH AND Educación en Salud AND Enfermería	23	9	2			
	VIH AND Enfermería	187	4	1			
	VIH AND Antirretroviral	989	9	1			
SciELO	VIH AND Enfermería OR Transmisión vertical de enfermedad infecciosa	50	45	3			
	VIH AND Lactancia Materna	5	4	1			
	VIH AND Diagnóstico precoz	6	4	1			
PubMed	HIV AND Pregnancy	7662	462	3			
Elsevier's	VIH AND Embarazo	18	2	1			
Scopus	VIH AND Enfermería	16	5	1			

También se han realizado búsquedas con la técnica “bola de nieve” (Snowballing), revisando las listas de referencias bibliográficas de los artículos ya incluidos en esta revisión para verificar la existencia de artículos adicionales no emergente en las bases de datos.

Todos los documentos que resultaron de interés fueron adheridos a una carpeta dentro de un gestor de referencias bibliográficas llamado *Mendeley*. En él se recopilan, organizan y manejan los estudios incluidos, así, facilitó la gestión de las referencias bibliográficas seleccionadas y a compartir la información de la búsqueda.

En total, se ha realizado una lectura de cribado por título y resumen de más de 100 artículos obtenidos a través de las bases de datos. De todos ellos, se han seleccionados 16 artículos que se suman a los 4 artículos recopilados mediante la técnica de “bola de nieve” y, además, por medio de fuentes externas como los libros físicos obtenidos en la biblioteca que han sido 2, junto con los documentos de consensos y directrices unificadas de organismos oficiales que se seleccionaron 5 y el manual de LM del HUPDH, hacen un total de 28 artículos.



Aunque la pretensión era incorporar artículos españoles, la investigación se ha centrado en las directrices unificadas internacionales y consensos de grupos de expertos españoles, aún así, no es cuantiosa. Por ello, los artículos empleados proceden fundamentalmente de países de Latino América o África. No obstante, se cree que la generalidad de la información podría extrapolarse a la población española y mundial.

6. DESARROLLO.

6.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1.1 Determinar los métodos de diagnóstico precoz del VIH en el embarazo.

6.1.1.1 Importancia de la detección precoz en la población general

Según los datos obtenidos por ONUSIDA, una media de 35 millones de personas en el mundo conviven con el VIH. De estos, 15,7 millones son mujeres y 2,1 millones son menores de 15 años. [\(17\)](#)

Por medio de un estudio realizado para la vigilancia epidemiológica del VIH en Extremadura y la guía de recomendaciones del MSC, llegaron a la conclusión de que llegada la edad reproductiva de la población sería conveniente ofrecer servicios de pruebas del VIH, ya que así, más personas sabrán su estado serológico en cuanto a las ITS y la prevalencia e incidencia podrá disminuir.

Desde el beneficio individual aceptado por la comunidad científica, el diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbilidad y mortalidad de los pacientes, ya que los que desconocen su situación no podrán beneficiarse del TAR y tienen mayor riesgo de desarrollar Sida. Además del coste sanitario, siendo mayor en estos pacientes y, sobre todo, las personas que no conocen su diagnóstico se ha observado que tienen más prácticas sexuales de riesgo.

Existe, por tanto, un objetivo prioritario incluido en el Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras ITS en España que propone sin vulnerar el derecho a la confidencialidad y la voluntariedad de la prueba el fácil acceso al servicio de pruebas de diagnóstico precoz. Un estudio multivariado, acotando a pacientes menores de 25 e infectados por contacto heterosexual, presentaban una menor probabilidad de haberse realizado la prueba del VIH previamente ya que se encontraban asintomáticos. [\(18, 19\)](#)

Por ello, gracias a las directrices unificadas de la OMS, la prueba diagnóstica del VIH recoge las cinco C siendo principios básicos en todas las circunstancias: Consentimiento, Confidencialidad, Consejo, resultados Correctos y vinculación con el Cuidado, teniendo en cuenta que es voluntaria. Se debe ofrecer una breve información pre - prueba y tiene que ser accesible a toda la población, realizándose de forma gratuita. [\(19, 20\)](#)

A las personas que su resultado es positivo, se garantiza un consejo post - prueba, derivándolos a servicios adecuados como pueden ser los centros especializados de ITS o AP y el acceso al tratamiento que precise. [\(19\)](#)

Con respecto a estos centros de AP, según un estudio que refleja la opinión de profesionales de las unidades hospitalarias, se percibió que la asistencia del VIH estaba centralizada en AH pero sigue siendo importante conocerlo ya que la inclusión del VIH en los nuevos modelos de gestión de enfermedades crónicas podrá ser requerido para el seguimiento de estos pacientes a ambos niveles, y no como cita este estudio que el papel de AP está centrado en el diagnóstico precoz y la prevención/promoción de la salud exclusivamente. [\(21\)](#)

El MSC cita que los servicios de prueba del VIH se basan en tres ofertas por parte de la AP. La primera es la oferta dirigida, la segunda es la de realización obligatoria y la tercera y más importante en cuanto a esta revisión narrativa, es la oferta rutinaria.

Según la guía de recomendaciones nacionales de diagnóstico precoz se debería ofrecer a:

- Población general que cumplan los tres criterios simultáneamente:
 1. Ser sexualmente activas y estar entre los 20-59 años. Se seleccionó este grupo de edad ya que según la notificación de SINIVIH en 2012, el 95% de los nuevos diagnósticos se encuentran en dicho rango.
 2. Habiendo solicitado una analítica de sangre por cualquier motivo. Este criterio es el más destacable en cuanto al diagnóstico precoz, ya que por razones de eficiencia se puede conseguir una población que conozca su situación en lo que se refiere a ITS.
 3. Residentes en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos del VIH en este grupo de edad, se encuentren por encima del percentil 75, calculado en los últimos tres meses a nivel nacional.
- Internos en instituciones penitenciarias
- Mujeres embarazadas. Para el interés propio de esta revisión, la oferta de prueba rutinaria a este colectivo se realiza desde los años 90 en España. ⁽¹⁸⁾

Aunque el acceso a la prueba en todos estos colectivos sea posible, no provoca que en España siga habiendo un retraso en el diagnóstico y que se deba potenciar la indicación de la prueba, ya que cumplir los tres criterios mencionados anteriormente en la población general, no siempre se verifican ni se cumplen. Por tanto, la principal oferta se debe realizar desde los centros de AP, siendo la vía más frecuente de acceso al sistema sanitario. Y como relata un estudio sobre la monitorización y evaluación del VIH en Cataluña, la realización de la prueba en el ámbito comunitario y de AP juega un papel importante en la mejora de diagnóstico precoz, pudiéndose extrapolar a nivel nacional. ^(18,22)

Según un estudio que promueve la actuación de la AP, refiere que en los protocolos de los programas de salud el personal de enfermería solicita pruebas analíticas que quedan adscritas a sus médicos. Sin embargo, los sistemas de información no permiten diferenciar quien pide la prueba. Pero comparando el porcentaje de pruebas del VIH solicitadas, solo el facultativo era quien cursaba las solicitudes de los pacientes que él mismo había atendido. La conclusión a la que se llegó fue que deben actualizar los conocimientos del personal sanitario sobre el riesgo de exposición al VIH e incorporar una anamnesis sexual en la consulta de AP, más concretamente en la de enfermería, lo que provocará que los pacientes puedan reconocer haber mantenido una relación sexual no protegida con una persona sin conocer su estado serológico frente al VIH y así, aumentar la realización y normalizar la prueba del VIH a la población general contribuyendo al diagnóstico precoz. ⁽²³⁾

6.1.1.2 Diagnóstico precoz en el embarazo

Centrando la atención en las mujeres embarazadas, según las directrices unificadas de la OMS y la guía de recomendaciones del MSC que estudian el servicio de detección del VIH y su asesoramiento en la atención prenatal, se ha aprobado en muchos países y particularmente en países con una carga alta de la enfermedad. El motivo para la investigación es sobre todo que gracias a estos métodos un elevado número de mujeres han conocido su estado serológico y se han beneficiado de las intervenciones relacionadas con la prevención de la TMI y el TAR. Refieren que participar en dichos servicios lo antes posible durante el embarazo permite a las embarazadas seropositivas sacar el máximo provecho y reducir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé, por ello es un elemento esencial en los programas de PTMI. No obstante, la cobertura de este método de atención prenatal en algunos entornos es baja. [\(18,20\)](#)

Como detalla un estudio sobre la TMI en un periodo de entre 2009-2019 en España, la implementación de programas de prevención basados en la vigilancia integral de todo el proceso de gestación en los países desarrollados ha permitido mantener unas tasas de transmisión vertical del VIH inferiores al 2%. [\(24\)](#)

Según un grupo de expertos, el cribado del VIH se ha de recomendar a toda mujer embarazada, incluso antes de intentar el embarazo deberían de conocer su serología frente al VIH. Relatan que el embarazo de una mujer portadora es considerado como de alto riesgo y deben recibir atención prenatal con un equipo multidisciplinar. [\(25\)](#)

Una vez que se accede al servicio de la prueba de detección del VIH en embarazadas, se debe dar información pre - prueba como nos referencian las directrices de la OMS. Además de comentar en qué consiste la prueba, la educación sanitaria es imprescindible y se debe incluir:

- Posibilidad y riesgo de transmitir el VIH al bebé.
- Medidas que existen para reducir la TMI, incluido el TAR.
- Orientación con respecto a la alimentación de lactantes.
- Beneficios del diagnóstico temprano.
- Incentivo a la pareja para que se realice la prueba del VIH dando información sobre la disponibilidad de dichos servicios para las parejas. [\(20\)](#)

Se le realizará tras esta información, una prueba de cribado a través de sangre, suero, plasma o fluido oral. Un estudio que expone el manejo y tratamiento de una gestante joven VIH positiva, refiere que estas pruebas de tamizaje deben ser realizadas lo antes posible para empezar con TAR. Es una prueba rápida, llamada ELISA, que se podría analizar en el mismo centro de AP. [\(26\)](#)

Como relatan las recomendaciones de MSC una vez realizada, se deberá ofrecer una explicación cuyo contenido dependerá del resultado. En caso de ser negativo, se dará información post – prueba para realzar las pautas de prevención y educación para la salud sexual durante la gestación, mientras que, si el resultado es positivo, se ofrecerá un consejo post – prueba más extenso explicando lo que implica, el pronóstico siempre con apoyo emocional y derivación para

la prueba de confirmación. Ésta es realizada en un laboratorio como nos refería el anterior estudio, llamada Western - Blot. (18,26)

Como recomendaciones universales dichas por expertos, a toda mujer embarazada se le realizará la prueba de cribado en el primer trimestre de gestación durante la primera consulta prenatal y en el tercer trimestre. (3, 18, 25, 27)

También se recomienda repetir dicha prueba en el segundo trimestre si la mujer mantiene prácticas de riesgo, o si su pareja es portadora del VIH. Y como última recomendación, en el momento del parto o postparto inmediato si no ha acudido a controles prenatales, especialmente en mujeres procedentes de países con alta prevalencia. Las pruebas rápidas se pueden realizar tanto en AP como en clínicas especializadas de ITS, destacando la importancia una vez más del diagnóstico precoz. (3, 18)

Por otro lado, diversos estudios han dado importancia a la realización de prueba de cribado a las parejas de las mujeres embarazadas ya sean estables u ocasionales, aumentando así la tasa de pruebas realizadas y la vinculación con los servicios de atención. Concretamente la OMS recomienda que en entornos de prevalencia alta se ofrezcan tanto a la mujer embarazada como a su pareja. A diferencia de entornos con prevalencia baja en los que se recomienda a parejas de embarazadas exclusivamente de grupos de población clave como pueden ser migrantes, o ya sabiendo que la mujer embarazada es portadora. (20, 27, 28)

Y por último, una revisión bibliográfica que analizaba la infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante de España, remarcaba la importancia del diagnóstico precoz en el colectivo de mujeres embarazadas y que, ante la ausencia de diferencias entre población inmigrantes y autóctonos en lo que se refería a la proporción de pacientes que inician la TAR, en el momento del diagnóstico se podía reflejar la cobertura universal del sistema sanitario público español aunque se deba mejorar el acceso al servicio de detección precoz y no como mera recomendación. (29)

6.1.2 Seleccionar las actuaciones más eficaces para el control del embarazo en mujeres portadoras de VIH para la prevención de la transmisión vertical a través de terapias antirretrovirales y otras técnicas.

6.1.2.1 Evitando la transmisión prenatal.

El embarazo es por excelencia un momento clave y determinante para la adherencia al tratamiento por parte de la mujer gestante. Se considera, por tanto, la mujer embarazada portadora de VIH una prioridad en la atención sanitaria. Se han podido observar factores relacionados positivamente con la adherencia desde diferentes puntos de vista:

- Individual: como la edad, nivel de estudios, deseo de conservar un buen estado de salud y evitar la TMI.
- Interpersonal: compromiso con la pareja y familia.

- Comunitarios: superación del estigma asociado a la enfermedad.
- Estructural: estar tratado previamente o recibir otros suplementos para el embarazo.

Por parte de los profesionales de salud se debe realzar la importancia del consejo pre - concepcional a las mujeres portadoras acerca de las opciones reproductivas y la información sobre el pronóstico de la gestación. [\(25\)](#)

También, según varios expertos es importante evitar la infección del miembro no infectado en caso de parejas serodiscordantes e informar sobre los riesgos perinatales como efectos secundarios del tratamiento o los controles exhaustivos en la gestación. Hay que destacar el adecuado estado nutricional de la gestante, aportando ácido fólico durante el embarazo y realizando una anamnesis integral investigando alteraciones psicológicas y posibles drogodependencias. [\(1\)](#)

Por tanto, en la mujer gestante y portadora de VIH es fundamental una vez desarrollado el consejo pre – concepcional, tras recibir el diagnóstico y la valoración inicial, el comienzo de la TAR, independientemente de la situación inmunoviológica en la que se encuentre, lo antes posible, por potencial transmisión intrauterina. El factor que destacan un grupo de expertos como el más importante asociado al riesgo de TMI en mujeres que toman la TAR es la CV, teniendo como objetivo principal el mantener dicha premisa en valores indetectables durante la gestación. [\(24, 25\)](#)

Como recalca la OMS “es posible prevenir totalmente este tipo de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al recién nacido tan pronto como sea posible durante la gestación y el periodo de lactancia”. Es cierto que las mujeres con tratamiento previo podrían continuar con el mismo, pero las mujeres que se les diagnostica en la primera consulta del embarazo la infección por VIH deberían de empezar como máximo la semana 14 y continúen hasta el último momento. [\(30\)](#)

Esta cuestión de continuar hasta finalizar el embarazo con un tratamiento específico para la gestación está en controversia con varias opciones que propone la OMS. Hay diferencias entre ellas:

- Opción A: AZT para la madre durante el embarazo, dosis única de NVP más AZT y 3TC para la madre en el parto, manteniendo la AZT y la 3TC durante la semana siguiente.
- Opción B: tres antirretrovíricos o TARGA durante el embarazo y LM dependiendo del número de células CD4 y del estadio clínico de la gestante.
- Opción B+: contempla el iniciar el TAR cuando antes, independientemente del recuento de células CD4 o del estadio clínico y continuar el tratamiento de por vida para controlar la infección de la mujer seropositiva, cubriendo futuros embarazos. [\(20, 27, 30\)](#)

En 2012, la OMS publicó una actualización donde describía las ventajas de la opción B+ y por ello actualmente se recomienda administrar el TAR de tres fármacos a todas las embarazadas y mujeres lactantes portadoras de VIH mientras dure el riesgo de TMI del virus y mantenerlo de por vida en todas las mujeres. Por tanto, se deja de recomendar la opción A. [\(27\)](#)

Explicando el TAR en profundidad, dos estudios han llegado a la misma conclusión sobre los fármacos más eficaces durante la gestación, salvo algunas variaciones. El TAR de elección se basa en el estudio de resistencias y en la seguridad de estos. Si no hay resistencias, el de primera elección es (TDF o ABC) + (3TC o FTC) + (RAL ó ATV/r ó DRV/r). Si existen resistencias o problemas de tolerancia y la pauta preferente mencionada no se pudiera elegir, se utilizaría la pauta de fármacos “recomendados” o “alternativos” tras una valoración individualizada. Se desaconseja completamente TDF/FTC + LPV/r. Y, por último, se podría considerar el DTG como alternativo en personas de edad fértil que planean concebir o en personas que utilizan métodos anticonceptivos efectivos. (3, 25)

6.1.2.2 Evitando la transmisión intranatal

El riesgo de TMI durante el parto es elevado según las directrices de la OMS, sin embargo, se puede reducir con una serie de prácticas y principios básicos, fomentando el parto en centros sanitarios asistido por profesionales cualificados y la evitación de partos instrumentalizados y la rotura prematura de membranas. (27)

Según un grupo de expertos y un estudio del 2019, el tratamiento intraparto con ZDV por vía intravenosa (2 mg/kg de peso en la primera hora; se continua con 1 mg/kg cada hora hasta el clampaje del cordón umbilical) estará indicado independientemente del TAR que estuviera pautada o hubiese llevado si la CV es >1000 copias/ml o desconocida en el momento del parto o está entre 50 y 999 copias/ml. (3, 17, 25, 30)

Aún así, otro estudio remarca que un porcentaje significativo de mujeres llega al parto con CV indetectable y esto pone de manifiesto lo importante que es el diagnóstico precoz en estas pacientes. (24)

Como un grupo de expertos estudia, en el momento del parto se ha observado que es de potencial riesgo de TMI con CV detectable y otro estudio de un hospital de Vigo, refiere que los criterios que han permitido la finalización del embarazo por vía vaginal fueron:

- CV < 1.000 copias/ml.
- Edad gestacional mayor a 36 semanas.
- Control gestacional bueno y cumplimiento terapéutico del TARGA.
- Puntuación en test de Bishop mayor de 7.
- Consentimiento de la gestante.
- Evitar procedimientos invasivos para monitorizar el bienestar fetal.

Y se realizó una cesárea electiva entre las 37-38 semanas de gestación en los casos en los que:

- La CV >1.000 copias/ml o desconocida por un diagnóstico tardío del VIH.
- La necesidad de inducción del parto con puntuación en el test de Bishop menor de 7.
- No aceptación de la mujer del parto vaginal.
- Prematuridad.
- Indicaciones obstétricas habituales. (17, 25)

Pero también, según un grupo de especialistas de la SEGO y SEISIDA explicaron diferentes recomendaciones con respecto a la cesárea electiva:

- Se debe programar en la semana 38, para evitar el Distress respiratorio neonatal o que la paciente inicie el trabajo de parto espontáneo. Si es por indicación obstétrica se debe programar en la semana 39.
- En caso de rotura prematura de membranas o iniciar el trabajo de parto antes de la fecha prevista para la cesárea, se permitirá el parto vía vaginal si la progresión del parto es rápida y la CV materna es < 50 copias/ml. En las mujeres con CV entre 50-1000copias/ml se deberá individualizar basándose en los antecedentes de adherencia al TAR. ⁽³⁾

Aunque según las directrices de la OMS la cesárea protege frente a la TMI, en ausencia de TAR y con CV elevada, no la recomienda en entornos con escasos recursos porque los riesgos son más acentuados que los beneficios. ⁽²⁷⁾

6.1.2.3 Evitando la transmisión postnatal

En lo que se refiere al puerperio inmediato, en nuestro medio se ha concluido que la lactancia materna queda contraindicada, el motivo lo exponen un grupo de expertos donde reconocen que el riesgo directo de transmisión es de un 10-16% asociándose a CV elevada en la leche materna, lesiones en el pezón o en la mucosa oral del lactante. ^(3, 25)

Según el protocolo del HUPDH y diferentes estudios, han llegado a la misma conclusión. En nuestro medio, además de la posibilidad de tener agua potable y posibilidad de dar leche de fórmula, se deberá suministrar gratuitamente a las madres con infección por VIH hasta el año de vida. ⁽³⁾

En entornos donde la LM es la norma, las mujeres aún siendo seronegativas en el embarazo, se deben realizar pruebas periódicas durante el periodo de lactancia, por el riesgo que existe de TMI. ⁽²⁰⁾

La OMS reconoce que algunas madres no puedan proporcionar una dieta adecuada pasados los 12 meses si prescinden de la LM, por ello concluyen que se mantenga en estas situaciones. Actualmente no hay evidencias que respalden esta estrategia ya que hay posibilidad de que el lactante pueda sufrir efectos adversos relacionados con la TAR. El problema radica cuando no existe agua potable y hace necesario que se sopesen el riesgo de TMI a través de la LM ya que los beneficios superan el riesgo de transmitir el virus. ^(30, 31)

Según la OMS, los lactantes amamantados con madres recibiendo TAR se les administrará las primeras 6 semanas de vida profilaxis con NVP una vez al día. Igualmente, los que estén recibiendo lactancia artificial se les administrará profilaxis las primeras 4 - 6 semanas de vida con NVP una vez al día. ^(27, 30)

Los programas de prevención de TMI han resultado según la OMS un ahorro en los costos si se comparan con un país que no ofrece este servicio. ⁽²⁰⁾

Por último, con respecto a la prevención de la TMI, es importante destacar que los niños que nacen con VIH en España tienen una madre de origen extranjero, lo que indica que es necesario abarcar y garantizar los servicios preventivos a toda mujer que llegue, independientemente de su procedencia. [\(11,29\)](#)

Como conclusión, el VIH no tiene cura actualmente, pero se puede controlar a la persona que lo porta para que así, no se desarrolle el Sida y por supuesto, evitar el contagio a otras personas, como es el caso de la TMI, previniendo eficazmente gracias al TAR la infección al recién nacido. [\(19, 29\)](#)

Se ha de remarcar el caso de un estudio del hospital de Vigo donde con mujeres gestantes portadoras de VIH y tratadas con TAR, el porcentaje de transmisión fue de 0. [\(17\)](#)

Y otro estudio de 55 recién nacidos, solo uno contrajo la infección, lo que correspondió a una tasa de transmisión del 1,8%. [\(24\)](#)

6.1.3 Describir la importancia del papel de enfermería en el abordaje psicológico de la mujer portadora del VIH eliminando la estigmatización.

El VIH es una enfermedad que desde el momento del diagnóstico causa miedo. En el caso de las mujeres gestantes las directrices de la OMS narran la preocupación que sufren estas personas sobre diferentes cuestiones. Por ejemplo, sobre cómo el TAR puede influir en la salud del feto, la cantidad de pastillas, el número de visitas clínicas durante el embarazo o el miedo de comunicar el diagnóstico a sus familiares. Según un grupo de expertos en numerosas ocasiones se ha visto el papel crucial de los profesionales de enfermería en la revelación del diagnóstico a parejas o familia, ya que se ha podido observar que la enfermería es capaz de unir familias. [\(25, 27, 28\)](#)

Diferentes estudios han visto que, aunque las embarazadas portadoras de VIH han querido seguir con el embarazo después de ofrecerles información ya descrita anteriormente, es muy importante el trato empático y respetuoso. Según un estudio, la experiencia de las mujeres en los centros de salud prenatal es positiva, con una atención adecuada y ofreciéndoles orientaciones útiles para prevenir la TMI. [\(9, 27\)](#)

Otro estudio realizado a profesionales y estudiantes de enfermería destaca que sí son profesionales con la suficiente empatía, conocimientos, aprendizaje propio, respeto, orgullo y satisfacción de proveer cuidados de alta calidad (52,4%) pero que también en otros grupos de profesionales como los Técnicos Auxiliares de Cuidados de Enfermería aún no se muestran las actitudes positivas suficientes como para tratar y cuidar a pacientes seropositivos (44,3%). No obstante, se ha experimentado una mejoría en los últimos años con respecto a los estudiantes de enfermería y otros profesionales. [\(32\)](#)

Por el contrario, un estudio que narraba experiencias en el ambiente hospitalario, las pacientes observaban discriminación en los servicios de salud donde eran atendidas, sobre todo por parte de los profesionales de enfermería. [\(33\)](#)

Sin embargo, algunos estudios demuestran que realmente el papel del profesional de enfermería siempre tiene que ser el de aclarar a los pacientes su estado de salud, tranquilizándoles y dándoles apoyo, siendo por tanto un acompañamiento holístico entre lo farmacológico y lo psicológico, ya que así se atiende su bienestar y se incentiva a la adhesión de la TAR en especial a las gestantes que como se ha mencionado anteriormente, la detección precoz es fundamental. (6, 34)

Un grupo de expertos recomienda que con todas estas acciones se permite prevenir y afrontar el estigma y la discriminación que sufren estas pacientes en su día a día. Pero antes, se debe formar a los profesionales para sensibilizarlos sobre la necesidad de evitar un trato discriminatorio hacia las mujeres con infección por VIH y ofrecerles una atención de calidad. (25)

Varios estudios narran la importancia del papel de enfermería en cuanto a la prevención de la TMI en las consultas de AP, lo que realmente ocurre es que como se ha mencionado anteriormente, la atención es principalmente en el ámbito hospitalario y por parte del personal médico. Y como destacan estos estudios, debería de ser un trabajo interdisciplinar donde el personal de enfermería es fundamental ya que tiene más contacto directo con el paciente y está expuesto a mayor riesgo de infección a través de las técnicas empleadas. También, refieren que el abordaje psicológico en la consulta de enfermería de AP favorece a una valoración holística sobre conductas de riesgo, la potenciación de medidas de prevención y sobre todo por el hacer hincapié con respecto al uso de los métodos de barrera. Además, podría conllevar que los propios pacientes solicitasen una prueba rápida de VIH al darles la información relevante. (8, 35, 36)

Expertos cuentan que es posible que estas pacientes aún con el conocimiento de la prevención eficaz con respecto a la TMI se pueden adentrar en sentimientos de culpabilidad, del posible juicio por parte de sus familiares y amigos por seguir adelante con el embarazo aún estando tratada afectando negativamente en el estado de ánimo de la gestante y pudiendo desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa. Esto puede ser predictor de sintomatología depresiva postparto y concluyen señalando que es un grupo vulnerable para sufrir depresión y los profesionales de enfermería deben estar presentes en el seguimiento del embarazo. (25)

Por último, con respecto a las necesidades psicológicas que tienen las pacientes gestantes portadoras de VIH, en un estudio donde se les pedía opinión a ellas, la mayoría coincidían en que les hubiera gustado conversar con otras personas que hubieran pasado por su misma situación, y es por ello por lo que los expertos subrayan que se debe ofrecer la participación en grupos de apoyo mutuo como parte de los servicios de atención al VIH. (33, 25)

Por todo esto, otro estudio con población africana y americana que relataban las experiencias sin posibilidad de grupos de apoyo, habían sufrido depresión muchas pacientes. (37)

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU PREVENCIÓN
Cristina Moreno Moreno [2020-2021]

Y en otro donde explicaban los sentimientos de frustración de las puérperas con respecto a la imposibilidad de dar LM, recalcan el papel crucial del profesional de enfermería que debería de estar en todo el proceso y no solo el médico como actualmente está implantado. [\(38\)](#)

7. CONCLUSIONES.

Para concluir esta revisión narrativa se pueden mencionar futuras líneas de investigación y posibles mejoras con respecto a la prevención de la TMI:

- Primeramente, la educación sanitaria es prioritaria ya que promueve conductas preventivas en cuanto a ITS y da información sobre las consecuencias de las conductas de riesgo. Esto se podría hacer desde AP y en la consulta de enfermería e incluso llevar una propuesta de esta revisión narrativa a colegios e institutos.
- Existe la necesidad de realizar una prueba de detección precoz a la población general en cuanto se conozca una conducta de riesgo o se haya empezado la edad reproductiva para diagnosticar de manera temprana cualquier ITS y evitar complicaciones mayores.
- En cuanto a las embarazadas, se debe seguir con el control exhaustivo que llevan, pero teniendo más presencia el personal de enfermería.
- Con respecto al tratamiento para la prevención de la TMI, no se puede mejorar, pero si es cierto que convendría maximizar a toda la población la administración de la vacuna contra el VIH que actualmente está en fase 3.
- Comentando la vacuna, se podría añadir al calendario vacunal infantil una vez se demuestre su eficacia.
- Fomentar el parto vaginal en las mujeres portadoras de VIH y con carga indetectable para menores manipulaciones.
- Tener en cuenta que la LM es un vínculo que se crea entre una madre y un hijo, y estas mujeres en la mayoría de los casos, no se pueden beneficiar de él. Convendría investigar la posibilidad de dar LM con carga indetectable aún con controles serológicos durante la misma.
- Formar a los profesionales sanitarios para eliminar la discriminación y el rechazo a estos pacientes ya que son enfermos crónicos con tratamiento eficaz para evitar su transmisión.
- El compromiso por parte de los profesionales de enfermería para llevar a cabo una atención integral a las mujeres embarazadas y portadoras del VIH, para que no sientan culpabilidad fomentando el avance con respecto a la prevención materno-infantil.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Sánchez M del CG. Cuidados de enfermería: actualización en VIH/SIDA a pacientes con infección VIH/SIDA. 1ª edición. Madrid: FUNCIDEN; 2013.
2. WHO HIV/AIDS [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citado 12 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Internet]. 2018 [citado 12 Feb 2021]; 32(5): 1-107. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_borrador_9_ene_GUIA_PRACTICA_PARA_EL_SEGUIMIENTO_DE_LA_INFECCION_POR_VIH_EN_LA_REPRODUCCION.pdf
4. Dirección general de salud pública, sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2019. [Internet]. Actualización 30 de Junio 2020 [citado 12 Feb 2021]. p.1-42 Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf
5. Álvarez D, Zaballos M, Hernando V. Las mujeres que viven con VIH también esperan a las cigüeñas. Rev Multidiscip del Sida [Internet]. 2018 [citado 12 Feb 2021]; 6(13):1-3. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/las-mujeres-que-viven-con-vih-tambien-esperan-a-las-ciguenas/>
6. Rubiano YL, Munevar RY, Goethe B. Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA. Rev Salud Uis [Internet]. 2016 Sep [citado 12 Feb 2021]; 48(3):353-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6752724.pdf>
7. Hernando V, Alejos B, Álvarez D, Montero M, Pérez M, Blanco JR, et al. Reproductive desire in women with HIV infection in Spain, associated factors and motivations: a mixed-method study. BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 2014. [citado 15 Feb 2021]; 5(14):1-11. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-194.pdf>
8. Alvarez-Del Arco D, Rodríguez S, Jesús Pérez-Elías M, Blanco JR, Cuellar S, Del Romero J, et al. Role of HIV in the desire of procreation and motherhood in women living with HIV in Spain: a qualitative approach. Salud de la mujer BMC [Internet]. 2018. [citado 2021 Feb 15]. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0483-y>

9. Alvarez D, Rodríguez S, Pérez M, Blanco JR, Cuellar S, Del Romero J, et al. Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras seropositividad del HIV. *Enferm.Glob* [Internet]. 2014 Apr [citado 15 Feb 2021];13(34). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/enfermeria1.pdf>
10. Preguntas y respuestas sobre la COVID-19, el VIH y los antirretrovirales [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citado 15 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-hiv-and-antiretrovirals>
11. Valero J del. A. VIH: la investigación contra la gran epidemia del siglo XX. Madrid: Los Libros de la Catarata, Instituto de salud Carlos III; 2017.
12. Vázquez M. Una estrategia experimental de curación de VIH logra un reservorio viral indetectable tras un trasplante de células madre [Internet]. Madrid: Gtt-vih; 2018 [citado 20 Feb 2021]. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/22-10-18
13. Alcamí. J, Coiras. M. Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm infecc microbiol clin* [Internet]. 2011 [citado 20 Feb 2021];29(3):216–26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X11000073>
14. Pebody R. CD4 y carga viral | mapa de ayudas [Internet]. Inglaterra: Aidsmap; 2020 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.aidsmap.com/about-hiv/basics/cd4-and-viral-load>
15. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa [Internet]. 2020 [citado 23 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5151>
16. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. 2018 [citado 23 Feb 2021]. p. 1–141. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_TAR_adultos_v3-1.pdf
17. González L, Cernadas SE, González R. Resultados perinatales asociados a las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. *Rev Of la Soc Española Ginecol y Obstet* [Internet]. 2016 [citado 1 abril 2021];59(1):3–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5651198>
18. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario [Internet]. Madrid: Msbs; 2014 [citado 1 abril 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
19. Cara M, López-Tercero MM, Ramos JM. [Sistema de vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA consolidado en Extremadura, período 1980-2018]. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 1 abril 2021]; 93: 1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782755/>

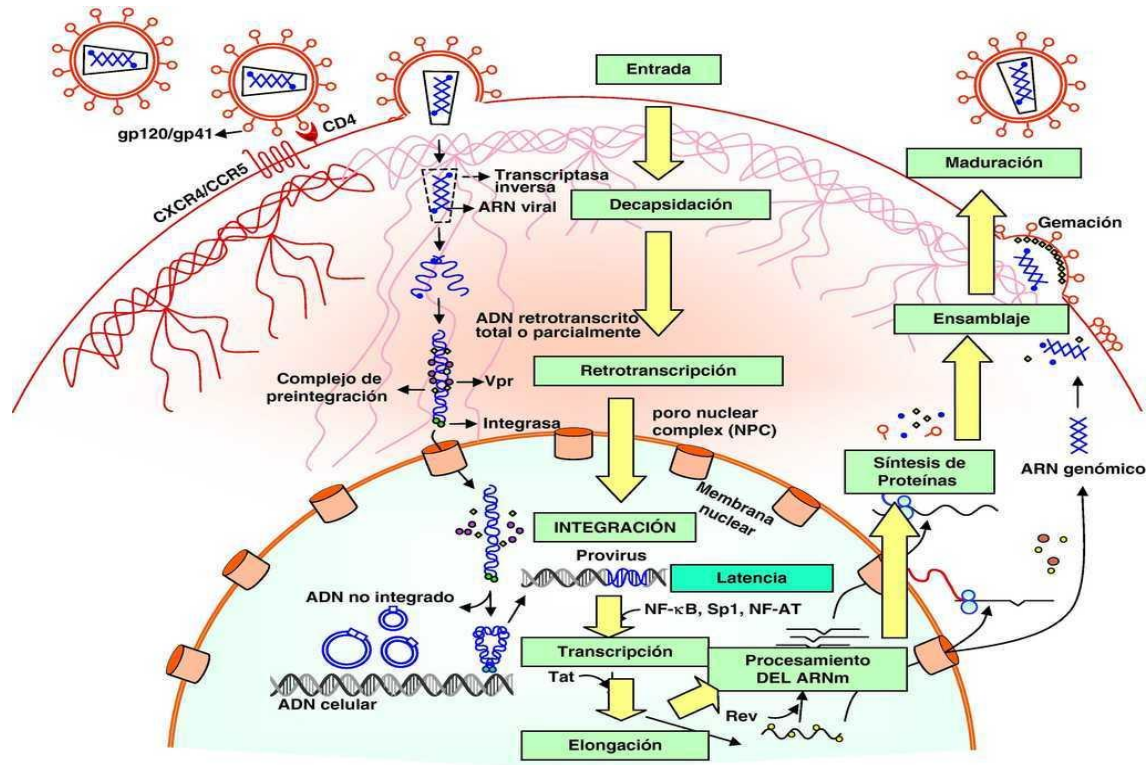
20. OMS. Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 1 abril 2021]. p. 1–212. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/es/>
21. Ortega A, Morales JM, Rengel Díaz C, Peñas EM, González MJ, Prado De La Sierra R. Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias. Aten Primaria [Internet]. 2014 [citado 1 abril 2021];46(4):204–13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-incremento-participacion-atencion-primaria-asistencia-S0212656713002795>
22. Agusti C. Monitorización y evaluación del VIH en Cataluña, cada vez más cerca de los objetivos 90-90-90. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado 1 abril 2021];93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100023
23. Martín R. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. Gac Sanit [Internet]. 2012 [citado 1 abril 2021];26(2):116–22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112012000200005
24. Manzanares S, Ruiz B, Lopez E, Aroa EM, Rodriguez MV, Perez JL. Estudio de la transmisión de la enfermedad a hijos de madres con VIH durante 2009 a 2019. Vox Paediatr [Internet]. 2020 [citado 1 abril 2021]; 27(1):20-23. Disponible en: https://spaoyex.es/sites/default/files/pages_22_25.pdf
25. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH (Actualización agosto 2020) [Internet]. 2020 [citado 17 Feb 2021]. p. 1–92. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/documentos/Mujer_y_VIH_DEFI.pdf
26. Rodriguez-Cruz VE, Auqui-Carangui DA. Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso. [Internet]. Dominio de las Ciencias . 2020 [citado 1 abril 2021]; 6(3):693-705. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7539679>
27. OMS. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 1 abril 2021]. p. 1–270. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/es/>
28. Anna E, Maris de Mello Padoin S, Cardoso de Paula C, Emília de Oliveira I, Gomes M, Bohrer C. Quotidian of being-a-couple: meanings of HIV vertical transmission prophylaxis and assessment possibilities Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. [citado 1 abril 2021];19(2):259–64. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0259.pdf

29. Rovirola CH, Ortiz G, Montemayor JCG, Espin MS, Barbarà JC. HIV and other sexually transmitted infections among migrant population in Spain. A scoping review [Internet]. *Revista Esp de Salud Publica*. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014 [citado 1 abril 2021]. 18:763–81. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n5/san12175.pdf>
30. Anangono HP, Gómez GW, Luna HA. Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). *Dominio las Ciencias* [Internet]. 2019 [citado 1 abril 2021];5(2):453–66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6989270.pdf>
31. Hospital universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *Manual de Lactancia Materna*. Madrid; 2020. Pag 223-224.
32. Miguel L, Ruiz A. Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/Sida. *Revista Multidisciplinar del Sida*[Internet]. 2014 [citado 1 abril 2021]; 2(2):25-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5040941&info=resumen&idioma=SPA>
33. Munévar Y, Rubiano YL, Ortega R. Hospital environment: Generator of stigma and rejection of pregnant women with HIV/aids. *Rev Fac Med* [Internet]. 2016 [citado 1 abril 2021];64(4):603–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00603.pdf>
34. Cândido MJ, Sousa M, De Azevedo FM. Estrategias para la reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su relación con Enfermería [Internet]. *Enfermería Glob*; 2012 [citado 1 abril 2021];11(4). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revisión4.pdf>
35. Lima ACMACC, Bezerra K de C, Sousa DM do N, Vasconcelos CTM, Coutinho JFV, Oriá MOB. Educational technologies and practices for prevention of vertical HIV transmission. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 1 abril 2021];71(4):1759–67. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001759&script=sci_abstract&lng=es
36. Pino FR, Prieto CO, Zarracina CS. Experiencia comunitaria: Día mundial del VIH [Internet]. *Enfermería Comunitaria*,. SEAPA (Sociedad de Enfermería de Asturias de Atención Primaria); 2016 [citado 1 abril 2021]; 4(2): 44-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501376&info=resumen&idioma=ENG>
37. Kapetanovic S, Dass-Brailsford P, Nora D, Talisman N. Mental Health of HIV-Seropositive Women During Pregnancy and Postpartum Period: A Comprehensive Literature Review. *AIDS Behav* [Internet]. 2014 [citado 1 abril 2021];18(6):1152–73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120872/pdf/nihms607127.pdf>
38. Alvarenga W de A, Nascimento LC, Leal CL, Fabbro MRC, Bussadori JC de C, Melo SSES, et al. Mothers living with HIV: replacing breastfeeding by infant formula. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 1 abril 2021];72(5):1153–60. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n5/0034-7167-reben-72-05-1153.pdf>

9. ANEXOS.

Anexo 1: Ciclo biológico del VIH

Fuente: *Inmunopatología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.* (13)



Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29:216-26

Anexo 2: Como se transmite y cómo no se transmite el VIH

Fuente: *Adaptado al plan nacional sobre el sida, ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad campaña Día mundial del sida 2011 "30 años de logros, 30 años de retos".* (11)

El VIH solo puede transmitirse por	El VIH no se transmite por
Mantener relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) sin protección. El riesgo existe para quien penetra y es penetrado, aunque es mayor en este último. Y aumenta también si se tienen lesiones en los genitales u otras ITS.	Besos, caricias, darse la mano, tocarse. Lágrimas, sudor, saliva, tos o estornudos.
Compartir un objeto punzante que haya estado en contacto con sangre contaminada (agujas, jeringas). Transfusiones sanguíneas y hemoderivados.	Compartir objetos de uso común (teléfono, cubiertos), ropa o establecimientos públicos. Por donar o recibir sangre en países donde existe un buen control sanitario.
De una mujer con VIH que no recibe tratamiento a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia.	A través de animales, mosquitos.

Anexo 3: Valores de CD4 y CV.

Fuente: GTT (Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH), Secretaría del PNS, NAM (Organización sin ánimo de lucro del VIH) ⁽¹⁴⁾

Guía de resultados

Guía rápida para los resultados de las pruebas

Recuentos de CD4

- Entre 500 y 1.200 = lo normal entre personas sin VIH
- Por encima de 350 = **no** se recomienda, en general, el tratamiento anti-VIH
- Por debajo de 350 = **sí** se recomienda el tratamiento anti-VIH
- Por debajo de 200 = existe un mayor riesgo de infecciones y enfermedades, por lo que se aconseja el tratamiento para el VIH

También pueden darte los resultados de tus CD4 en forma de porcentaje

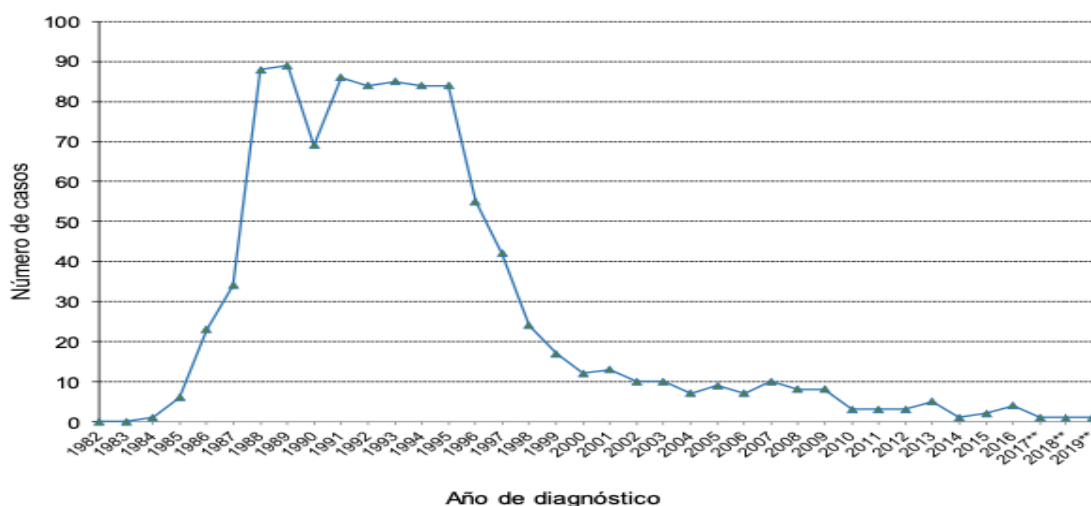
- Por encima del 29% = similar a un recuento de CD4 por encima de 500
- Por debajo del 14% = similar a un recuento de CD4 por debajo de 200

Carga viral

- Entre 100.000 y un millón = alta
- Por debajo de 10.000 = para personas con VIH sin tratamiento, baja
- Por debajo de 50 = conocida como carga viral 'indetectable'; el objetivo de la terapia anti-VIH es conseguir una carga viral indetectable

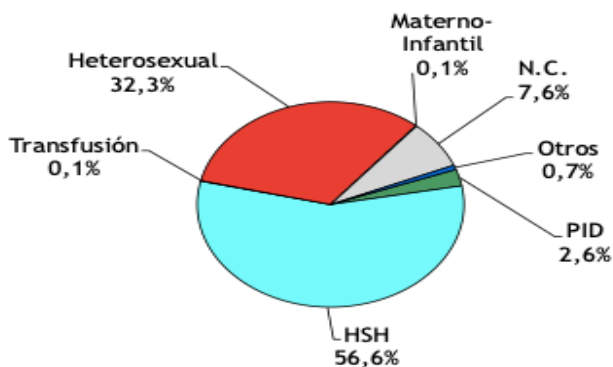
Anexo 4: Casos de sida de TMI. 1982 - 2019.

Fuente: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020. ⁽⁴⁾



Anexo 5: Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión. España, 2019.

Fuente: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020. ⁽⁴⁾



n = 2.698

PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; N.C.: No consta información

Anexo 6: Tabla de prevención según niveles.

Fuente: Elaboración propia basada en Cuidados de enfermería: actualización en VIH/SIDA. FUNCIDEN. 2013 ⁽¹⁾

	P. Primaria	P. Secundaria	P. Terciaria
Objetivo	Evitar la infección	Evitar infecciones oportunistas y la infección post-exposición	Reducir la incapacidad, adecuar el consejo asistido en función de las necesidades del paciente
Dirigido	Población con conductas de riesgo y población general actuando de manera comunitaria	Pacientes infectados por VIH y personas expuestas al virus	Pacientes con sida
Medios	Educación sanitaria preventiva, a través de la sensibilización y la información sobre ITS y métodos de barrera	Promoción de hábitos sexuales saludables, inmunizaciones y PrEP y PEP a través de TAR, diagnóstico precoz gracias a pruebas rápidas de cribado	Paliativos y cuidado integral del paciente terminal