



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO  
Facultad de Medicina  
Coordinación de Posgrado e Investigación



SITUACION ACTUAL DE LA ATENCION INTEGRAL DE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS CON VIH: REVISION SISTEMÁTICA

**PRESENTA**

C. AZUCENA ORTIZ-CATALÁN

**DIRECTOR DE TESIS**

DRA. ADAKATIA ARMENTA SOLÍS

**CODIRECTORA**

DRA. LAURA SIERRA LÓPEZ

**ASESORES**

MC. ANTONIO ARCOS ROMÁN  
DR. EMMANUEL MENDOZA BENÍTEZ

Av. JF Ruiz Massieu s/n, edificio F, planta baja.  
Hornos-Insurgentes. 39350, Acapulco, Gro. Tel/Fax +52 744  
445 5921 ext.119. email: adakatia@uagro.mx



Facultad de  
**Medicina**

Rectorado 2021-2023

Av. Solidaridad S/N  
Col. Hornos Insurgentes, C.P. 39300  
Tel. (744) 445 59 21  
Correo electrónico: medicina@uagro.mx  
Acapulco de Juárez, Guerrero, México

## CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Acapulco de Juárez, Guerrero, México, a los 20 días del mes de Febrero del año 2023.

El que suscribe Alicena Ortiz-Catalán autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis con el título Situación Actual de la Atención Integral de las Mujeres Indígenas con MH. Revisión Sistemática.

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A), B) o C))

A). Expreso mi conformidad de ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.

B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 20 del mes de Febrero del año 2023, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo, renovaré la presente carta, dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.

Alicena Ortiz-Catalán

Alicena Ortiz

firma del autor Vo. Bo.

Adakatia Armenta Solís

Nombre y

Director-Tutor

Versión del documento: Septiembre 2023

**Declaración de Autenticidad y No Plagio**

**Grado Académico: Nivel del Posgrado**

Por el presente documento, yo Azucena Ortiz-Catalan, con número de matrícula: 15501070, egresado del (a) **Nombre del Posgrado**

informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: [ ]Tesis, [ ]Artículo, denominado:

" Situación Actual de la Atención Integral de las Mujeres Embarazadas con VIH: Evolución Sistemática "

, para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado)

Licenciado Médico Quirúrgico

Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 20 de Febrero de 2025

Sustentante

Azucena Ortiz  
Azucena Ortiz-Catalan


Vo. Bo.

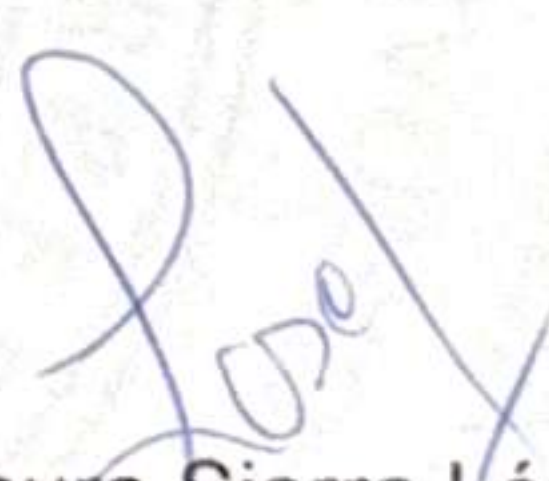
Adalberto Amenta Salas  
Nombre completo del Director(tesis)




## APROBACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Acapulco de Juárez, Gro., siendo el día diecisiete de diciembre de dos mil veinticinco, los integrantes del Jurado de Tesis, nombrados por las Academias de la Licenciatura de Médico Cirujano, manifiestan que una vez que revisaron el escrito completo de la tesis "**SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIH: REVISIÓN SISTEMÁTICA**" presentada por la C. AZUCENA ORTIZ CATALÁN para obtener el TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO, a través de ésta expresan su APROBACIÓN DE LA TESIS, autorizando la presentación final en versión electrónica de la misma y aceptan que, en cuanto se haya cumplido con los requisitos señalados en el Reglamento Escolar Vigente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se proceda a la presentación de Examen Profesional.

  
Dra. Adakatia Armenta Solís  
**Directora de Tesis**

  
Dra. Laura Sierra López  
**Codirectora de Tesis**

  
M.C Antonio Arcos Román  
**Asesor**

  
Dr. Emmanuel Mendoza Benítez  
**Asesor**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO



Facultad de Medicina  
Coordinación de Posgrado e Investigación

SITUACION ACTUAL DE LA ATENCION INTEGRAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIH:  
REVISION SISTEMÁTICA

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**PRESENTA**

C. Azucena Ortiz Catalán

**DIRECTOR DE TESIS**

Dra. Adakatia Armenta Solís

**CO DIRECTOR DE TESIS**

Dra. Laura Sierra López

**ASESORES**

MC. Antonio Arcos Román  
Dr. Emmanuel Mendoza Benítez

Acapulco de Juárez, Gro., Diciembre de 2025

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres

Con profundo amor y gratitud, dedico este trabajo a ustedes, quienes han sido mi pilar más firme a lo largo de este camino. Gracias por su apoyo incondicional, por sus sacrificios silenciosos y por enseñarme con el ejemplo el valor del esfuerzo, la honestidad y la perseverancia.

Cada logro en mi vida lleva impreso su amor, su fe en mí y sus incontables muestras de cariño y fortaleza. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

Este triunfo también es suyo.

A mi hija Juliette

Mi inspiración más pura y mi motivo más grande.

Gracias por llenar mis días de luz, por recordarme a cada instante por qué vale la pena luchar y superarse. Esta meta alcanzada te la dedico con todo mi amor, con la esperanza de que un día entiendas que todo esfuerzo tiene su recompensa. Que este trabajo sea para ti un ejemplo de perseverancia, y que siempre sepas que tu mamá/papá hizo esto también pensando en ti.

Te amo infinitamente.

A mi mejor amiga Gabriela

Tu amistad ha sido una luz constante en este camino lleno de desafíos. Me sostuviste cuando quise rendirme, me escuchaste cuando necesitaba desahogarme, y celebraste cada pequeño avance como si fuera tuyo.

Gracias por ser parte esencial de mi vida.

Con todo mi amor y gratitud.

## CONTENIDO

Resumen .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 . Infección por VIH y Embarazo.....	10
2.2 . Infección aguda por VIH.....	11
2.3 Infección crónica por VIH.....	12
2.4 Fase de SIDA.....	12
2.5 Transmisión vertical del VIH.....	12
2.6 Control Gestacional por VIH.....	13
2.7 Atención biomédica (pruebas para detectar y dar seguimiento al VIH).....	13
2.8 Consejo Preconcepcional.....	14
2.9 Profilaxis materna y del recién nacido .....	14
2.10 Lactancia Materna en Infección por VIH .....	14
2.11 Atención Psicosocial .....	15
2.12 Violencia obstétrica a mujeres en condición con VIH .....	15
3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	16
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	18
5. JUSTIFICACIÓN .....	19
6. OBJETIVOS.....	20
7. MATERIAL Y METODOS.....	20
8. ASPECTOS ÉTICOS .....	23
9. RESULTADOS.....	23
10. DISCUSION... ..	29
11. CONCLUSIONES.....	34
12. PERSPECTIVAS A FUTURO.....	35
13. REFERENCIAS .....	36

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos según modelo PRISMA 2020

## **ABREVIATURAS**

**VIH-** Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

**GPC-** Guía de Práctica Clínica

**NOM-** Norma Oficial Mexicana

**TAR-** Terapia antirretroviral

**TMI-** Transmisión materno-infantil

**APS-** Atención Primaria a la Salud

**SIDA-** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**ITS-** Infección de Transmisión Sexual

**PCR-** Proteína C Reactiva

**PrEP-** Profilaxis preexposición

**VLHT-1-** Virus Linfotrópico Humano de Células T de tipo 1

**AZT-** Zidovudina

**ARV-** Antirretroviral

**OMS-** Organización Mundial de la Salud

Situación Actual de la Atención Integral de las Mujeres Embarazadas con VIH: Revisión Sistemática

## Resumen

**Introducción.** El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), afecta el sistema inmunitario debilitando el mecanismo de defensa de las mujeres embarazadas, en cuanto al objetivo general es analizar, según el estado del arte, el riesgo de transmisión materno-fetal en la mujer embarazada viviendo con VIH, mediante la revisión sistemática. El VIH ataca al sistema inmunitario del cuerpo, se propaga a través de líquidos corporales infectados, como la sangre, el semen, trabajo de parto y a través de la leche materna.

**Objetivo.** Analizar la situación actual en la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH, que considere los principales desafíos, avances y oportunidades de mejora en la práctica clínica y en las políticas de salud pública. A través del estado del arte. Material

y Métodos: Se realizó una revisión sistemática, según el modelo prisma 2020, donde el contenido de fuentes se realizó mediante la búsqueda en las bases de datos y repositorios que corresponden a Pubmed, EMBASE, Scopus, Scielo, Elsevier, Google académico, Guías de Práctica Clínica (GPC), y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM). La búsqueda comprendió del año 2019-2024, con estudios en idioma inglés-español.

Para la presente investigación se incluyeron 17 artículos, que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión. **Resultados:** se seleccionaron inicialmente 707 artículos y 19 fueron elegibles para su inclusión. La información analizada, es relevante y señala que el VIH en mujeres embarazadas aumenta con los años, se enfrentan a múltiples problemas de salud, psicoemocionales, físicos, aunados a diversos factores de riesgo. En cuanto al esquema de tratamiento requiere seguimiento para evitar la transmisión vertical, a través de mejorar el esquema profiláctico en los recién nacidos.

**Discusión.** Las guías internacionales y nacionales emiten recomendaciones de manera puntual para la identificación de procedimientos en la transmisión materno infantil del VIH

**Conclusiones.** Aún cuando, la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, con avances clave en el diagnóstico temprano, acceso a terapia antirretroviral (TAR) y estrategias de prevención de la transmisión materno-infantil (TMI). No obstante, persisten desafíos en diversos contextos, como las circunstancias en torno a la violencia obstétrica, particularmente en países con recursos limitados. **Palabras Clave:** Transmisión materno infantil, mujer embarazada con VIH, prevalencia de VIH en embarazadas, violencia obstétrica en VIH.

## Abstract

**Introduction.** The Human Immunodeficiency Virus (HIV) affects the immune system, weakening the defense mechanism of pregnant women. The overall objective is to analyze, according to the state of the art, the risk of mother-to-child transmission in pregnant women living with HIV, through systematic review. HIV attacks the body's immune system and spreads through infected bodily fluids, such as blood, semen, labor, and breast milk. **Objective.** To analyze the current situation in the comprehensive care of pregnant women with HIV, considering the main challenges, advances, and opportunities for improvement in clinical practice and public health policies. Through the state of the art. **Materials and Methods:** A systematic review was conducted, according to the PRISMA 2020 model, where the content of sources was obtained by searching the databases and repositories corresponding to PubMed, EMBASE, Scopus, Scielo, Elsevier, Google Scholar, Clinical Practice Guidelines (CPG), and the Official Mexican Standards (NOM). The search covered the years 2019-2024, with studies in English and Spanish. For this research, 17 articles were included, which were selected according to the inclusion criteria. **Results:** Initially, 707 articles were selected, and 19 were eligible for inclusion. According to the information analyzed, it is relevant to note that HIV in women. Regarding the treatment regimen, continuity of care is essential to prevent vertical transmission by improving prophylactic measures in newborns. **Discussion:** International and national guidelines provide specific recommendations for identifying procedures related to mother-to-child transmission of HIV. **Conclusion:** Comprehensive care for pregnant women with HIV has evolved significantly in recent decades, with key advances in early diagnosis, access to antiretroviral therapy (ART), and strategies for preventing mother-to-child transmission (MTCT). However, challenges persist in various contexts, such as the circumstances surrounding obstetric violence, particularly in resource-limited countries. **Keywords:** Mother-to-child transmission, pregnant woman with HIV, HIV prevalence in pregnant women, obstetric violence in women with HIV.

## 1. INTRODUCCION

La condición de seropositivo a VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida), implica la presencia de anticuerpos anti-VIH posterior a la exposición o infección por virus del VIH, esto resulta particularmente relevante en la condición de embarazo.

En las mujeres embarazadas con VIH, representa una alerta en la salud materno-infantil, por toda la dimensión de enfermedades transmisibles para el recién nacido (1). El embarazo en las mujeres seropositivas es una problemática que abarca desde su dimensión social, familiar, personal, psicoemocional y de salud, aunado a esto los cambios generados por el embarazo da como resultado problemas graves perinatales, hemorragias post parto, sepsis puerperal y en el mayor de los casos la muerte.

Durante el embarazo el diagnóstico oportuno es relevante para evitar la transmisión vertical, de esta manera la paciente debe conocer su estado serológico con el propósito de buscar la indetectabilidad de la carga Viral, también es importante la terapia antirretroviral (TAR). Es importante evitar la transmisión materno-fetal, con las medidas de prevención adecuadas: tratamiento profiláctico durante el embarazo, cesárea si la carga viral no está indetectable y suspensión de la lactancia materna.

Cabe señalar que la infección por VIH es de alta prevalencia, provoca el deterioro de la inmunidad, dejando al paciente a expensas de enfermedades llamadas oportunistas. No obstante, la calidad de vida de las personas con VIH se puede mejorar a través de los tratamientos.

En este trabajo se realizó una revisión sistemática sobre la situación actual de la transmisión vertical del VIH, enfocada a factores de riesgo, siguiendo la metodología de la declaración Prisma, 2020. (2)

La Declaración Prisma 2020, permite el análisis, diseño, criterios inclusión y exclusión dentro de la fase de investigación metodológica o la serie de pasos a seguir a la revisión sistemática.

## 2. MARCO TEÓRICO

La Atención Primaria a la Salud (APS) es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (3)

### 2.1. Infección por VIH y Embarazo

La infección por VIH destruye gradualmente el sistema inmunitario para posteriormente causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), este es transmitido a través del intercambio de líquidos corporales (semen, fluido vaginal, sangre, leche materna) con una persona infectada generalmente a través del sexo vaginal o anal, al compartir agujas o de madre a hijo (durante el embarazo, el parto o la lactancia).

El estado de seropositividad entre las mujeres con VIH no es el único factor que condiciona la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. La decisión final de llevar a término una gestación entre estas mujeres está condicionada por una serie de factores biomédicos, socioculturales e individuales.

La posibilidad de transmisión depende del momento de inicio del TAR y de la carga viral de la madre. La situación óptima es que la madre tenga una carga viral indetectable durante toda la gestación, incluido el momento del parto, y para ello es fundamental el inicio precoz del TAR en todas las mujeres embarazadas y una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico. (4)

De acuerdo a la guía de práctica clínica de la GeSida (5) en la mujer embarazada con VIH, durante su primer control debe de recibir el asesoramiento e información sobre las implicaciones del VIH durante la gestación, anamnesis, exploración clínica y obstétrica, citología cérvico-vaginal, descarte de infecciones de transmisión sexual (ITS), cribado de infecciones genitales, determinación del estado de la infección por el VIH, historia de uso de TAR, determinaciones analíticas (sanguínea: hemograma, bioquímica y serología, y

urocultivo), determinación de la carga viral en plasma y recuento de células CD4, ecografía para conocer la edad gestacional y estimar la fecha del parto y cribado de cromosomopatías combinado bioquímico.

En el seguimiento, valorar resultados del primer control y respetar la decisión de la mujer de continuar o no con el embarazo. En caso de continuar con la gestación, iniciar TAR de elección con monitorización de los posibles efectos adversos, determinar la carga viral en plasma en el primer y tercer trimestre, la determinación de la carga viral también en el segundo trimestre es recomendable en casos de prácticas de riesgo.

Determinación trimestral de la carga viral a excepción de las pacientes con carga viral indetectable o células CD4 > 300/MuL que será semestral. En caso de recuento de células CD4 < 200 MuL, iniciar profilaxis de infecciones oportunistas, control de tensión arterial, peso, glucemia (entre las 24 y 28 semanas), proteinuria y control del bienestar fetal.

La infección por VIH evoluciona en fases y empeora con el transcurso del tiempo, como se explica el VIH deteriora gradualmente el sistema inmunitario, y a la larga, causa el sida.

Fases de la infección por VIH

## 2.2. Infección aguda por VIH

Es la etapa más temprana de infección por ese virus y, por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas de adquirirla. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea.

En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos células CD4 (llamados linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. Durante la fase de infección aguda por el VIH, la concentración de ese virus en la sangre es muy alta, lo cual aumenta considerablemente su riesgo de transmisión. Una persona puede experimentar beneficios para la salud importantes si empieza el tratamiento antirretroviral durante esta fase (5), sin embargo, esta fase frecuentemente no se diagnóstica.

### 2.3. Infección crónica por VIH

La segunda etapa de la infección por el VIH es la infección crónica (conocida también como infección asintomática por el VIH o latencia clínica). Durante esta etapa, el VIH continúa multiplicándose en el organismo, pero en concentraciones muy bajas. Las personas con infección crónica por el VIH pueden no tener síntoma alguno relacionado con el VIH. Sin el tratamiento antirretroviral, la infección crónica por el VIH generalmente se convierte en sida en el transcurso de 10 o más años, aunque en algunas personas puede avanzar más rápido.

Las personas que reciben TAR pueden estar en esta etapa durante varias décadas. Si bien todavía es posible transmitir el VIH a otras personas durante esta etapa, las personas que reciben TAR exactamente como se lo prescribieron y mantienen una carga viral indetectable no tienen riesgo alguno eficaz de transmitir el VIH a su pareja VIH negativa a través del sexo.

### 2.4. Fase de sida.

El sida es la fase final y más grave de la infección por VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano). (6)

### 2.5. Transmisión vertical del VIH.

El VIH puede transmitirse durante el embarazo (transmisión prenatal), en el momento del parto (transmisión intraparto) o posteriormente a través de la lactancia materna (transmisión postnatal). La tasa de transmisión vertical, en aquellas poblaciones donde la lactancia materna está contraindicada, oscila entre el 15% y el 25%, según las series, entre un 35%-45% de los niños que se infectan lo hacen antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que el 55%-65% aproximadamente se infectan durante el parto (infección intraparto). (7)

## 2.6. Control Gestacional por VIH

La transmisión perinatal es el traspaso del VIH de ese virus de una persona seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto (también llamado trabajo de parto) o la lactancia materna (a través de la leche materna). También se llama transmisión materna infantil y transmisión vertical del VIH.

De acuerdo con la Guía se recomienda realizar la búsqueda de coinfecciones (hepatitis B, hepatitis C, sífilis, gonorrea, chlamydia y toxoplasmosis) en mujeres embarazadas con infección genitales a fin de que puedan recibir tratamiento apropiado. (8)

El objetivo primordial en una embarazada que vive con por VIH, es prevenir la transmisión vertical, por lo que es fundamental iniciar lo antes posible el TAR en todas ellas, independientemente de su número de linfocitos CD4. Además, es imprescindible que tanto las embarazadas como aquellas que planifiquen un embarazo conozcan su posible condición de infección por el VIH.

Es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y necesaria sobre la realización de la prueba rápida para identificar la infección por el VIH y su confirmación, lo que es considerado el primer paso básico para disminuir la transmisión perinatal del VIH.

## 2.7. Atención biomédica (pruebas para detectar y dar seguimiento al VIH)

Las pruebas de detección de VIH determinan si una persona tiene el virus (VIH), permiten detectar la infección, es importante para las embarazadas conocer el estado de infección. Con este propósito se emplean tres tipos de pruebas para diagnosticar la infección por el VIH, a saber, pruebas de anticuerpos, pruebas de antígenos y pruebas de ácidos nucleicos (NAT por sus siglas en inglés). (9). En ocasiones las pruebas serológicas no son concluyentes por lo que es necesario incluir pruebas como carga viral en plasma y detección del provirus por PCR (Proteína C reactiva), especialmente útil en los recién nacidos de madres infectadas por VIH-1, en caso de gestantes. (14)

## 2.8. Consejo Preconcepcional

La planificación de la gestación es la mejor situación clínica posible, porque minimiza el riesgo para la mujer y el feto. De acuerdo con Grupo de Estudio sobre el sida de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, el GeSida (10) debe considerar los siguientes puntos: Contracepción efectiva, hábitos saludables, actualización de vacunas, uso de folatos preconcepcionales, optimización del control clínico, informar del riesgo de transmisión perinatal, prevenir la transmisión sexual, información y consejo especializado.

## 2.9. Profilaxis materna y del recién nacido

La profilaxis perinatal del VIH es útil para prevenir la transmisión, una de las estrategias consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales hasta lograr una carga viral indetectable durante el embarazo y todo el periodo de lactancia, lo cual reduce de manera relevante el riesgo de transmisión del virus. La profilaxis pre- exposición (PrEP) es una estrategia que involucra la administración de agentes antirretrovirales como prevención en personas sin infección por VIH, cuyo uso debe ser guiado por un especialista infectólogo o internista.

Los medicamentos anti-VIH que recibe un bebé depende de la carga viral de los progenitores biológicos y de otros factores, los recién nacidos expuestos a un mayor riesgo de transmisión perinatal del VIH reciben tres medicamentos contra el virus hasta por 6 semanas después de nacer. (11)

## 2.10. Lactancia Materna en Infección por VIH

Existen pocas contraindicaciones absolutas para no llevar a cabo la lactancia materna, ser madres portadoras de Virus Linfotrópico Humano de Células T de Tipo 1 (VLHT-1) y/o VIH. (12)

En el caso específico de mujeres portadoras de VIH, esta contraindicación puede ser relativa, en el contexto de países de bajos ingresos; al ponderar el riesgo- beneficio, la práctica de lactancia materna aun en mujeres con VIH otorga beneficios a pesar del potencial contagio de VIH al recién nacido, debido a la alta morbi-mortalidad por

enfermedades respiratorias y digestivas que aquejan a la población de estos países, así como el limitado acceso al agua potable y sucedáneos de leche materna. (13)

En México, la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2021 recomienda que “Todos los hijos de mujeres que viven con VIH, independientemente de la profilaxis que recibieron y tipo de esquema antirretroviral, deben ser alimentados con fórmula garantizando los criterios de aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad (AFASS)”. Para estos casos las instituciones de salud deberán garantizar el acceso a sucedáneos de la leche materna durante los primeros seis meses de vida. (13)

#### 2.11. Atención Psicosocial

Es fundamental que los profesionales de la salud tengan más conocimiento sobre la situación emocional y social de las embarazadas viviendo con VIH, para que puedan utilizar estrategias específicas de abordaje. Los sentimientos y percepciones de las embarazadas pueden clasificarse en tres fases: la primera, de confusión inicial de sentimientos; la segunda, de percepción de las ambigüedades y la tercera, de duda de la mujer sobre la posibilidad de transmisión a su hijo.

Al percibir el desarrollo de tales fases, que colocan en evidencia aspectos de la estructura emocional de la portadora de VIH, el profesional de la salud tendrá condiciones para decidir sobre la acogida más adecuada. Se puede adaptar propuestas terapéuticas a esas mujeres y a sus familias, favoreciendo la adherencia al tratamiento y minimizando la posibilidad de transmisión vertical del VIH.

#### 2.12. Violencia obstétrica a mujeres en condición con VIH

Las interacciones entre el VIH/sida y las condiciones de violencia son numerosas y tienen consecuencias graves para la salud y el desarrollo humano, particularmente de las mujeres adultas, está asociada con la violencia de género de manera directa a través de violencia sexual, y de manera indirecta, debido a la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras. La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH/sida. (14)

No obstante, la Ley para la Prevención y Atención integral de VIH/sida, pone énfasis en proporcionar una atención integral, que tiene como objetivo crear condiciones de equidad, calidad y oportunidad de los servicios médicos y psicológicos necesarios a la población afectada por el VIH/sida; así mismo, señala que toda persona merece ser tratada con equidad, accediendo con justicia e igualdad al uso, disfrute y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como en la participación en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

### 3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Herrera y Campero, en el año 2002 comentan en un ensayo (15) donde realizan una reflexión sobre la problemática que viven las mujeres ante el VIH/Sida, con estadísticas mundiales y nacionales, ante el incremento de la epidemia en las mujeres, argumentan como la estructura y las relaciones de género favorecen la vulnerabilidad de las mujeres al transitar por diversas situaciones específicas, como la migración, la precariedad, la violencia doméstica y la falta de empleo. Se destaca la necesidad de establecer y evaluar programas y políticas de prevención y atención bajo una perspectiva de género y de derechos humanos, que permita una mayor conciencia y mejores respuestas al problema de las mujeres frente al VIH/Sida.

También abordan la vulnerabilidad biológica comprobando que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) como co-factores de infección por el VIH son más frecuente.

Moreno Pérez, y Cols, en un artículo científico publicado en Anales de Pediatría, 2005 Se presenta un caso especial de transmisión vertical de infección por VIH-1. Se trataba de la primera gestación de una madre infectada que recibió zidovudina, lamivudina y nevirapina desde la semana 14. Ambos padres eran de origen español, no consumidores de drogas. (16). La carga viral plasmática era indetectable al final del embarazo y La carga viral vaginal era desconocida. Durante el parto, se administró una dosis de carga

más perfusión continua de zidovudina. El parto se realizó por vía vaginal (rotura de membranas de 5 h).

El recién nacido recibió, desde las 8 h de vida, zidovudina oral durante 6 semanas, confirmándose una buena adherencia. En el recién nacido, la primera PCR para VIH (primeras 48 h de vida) fue negativa. A los 30 días, la segunda PCR fue negativa, y la carga viral para VIH era indetectable. La tercera PCR, a los 4 meses de vida, fue positiva. A los 5 meses se confirmó este resultado: ADN-PCR, cultivo viral y antígeno p24 positivos, catalogándose de VIH- 1 subtipo B, con una carga viral superior a 500.000 copias/ml. Se descartaron situaciones de posible transmisión horizontal, como la lactancia materna. El paciente estaba asintomático y presentaba inmunodepresión moderada (CD4 1.200 céls / $\mu$ l, 20 %). Se inició tratamiento con zidovudina, lamivudina, abacavir y nevirapina (baby cocktail) y se observó una excelente respuesta (carga viral indetectable tras 8 semanas).

En el ámbito de la Salud pública, en el 2008, Córdova Villalobos, da seguimiento a la evolución del VIH, desde las acciones y las políticas públicas llevadas a cabo en el ámbito epidemiológico del contagio por VIH, el diagnóstico epidemiológico, la prevención de la transmisión sanguínea. Retomaron la historia del VIH/SIDA desde el punto de vista de la investigación y la práctica médica, y de la forma en que éstas han nutrido el diseño de políticas públicas en el país. Otros fenómenos que se explicaron fueron el de la transición epidemiológica que ha sufrido el VIH/SIDA a partir de la disponibilidad universal de medicamentos antirretrovirales. (17)

Cumplir con las medidas de prevención, es difícil para algunas pacientes, en el estudio de Huaman Byelca y Cols. en 2017, se propuso como objetivo identificar las barreras que limitan el cumplimiento de las medidas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en comunidades indígenas donde describen las características de las mujeres gestantes con VIH incluidas en el estudio. De 15 mujeres entrevistadas, once eran multíparas y dos eran gestantes; la edad promedio de la población en estudio fue de 24,2 años., el autor encontró como barreras más importantes, como la falta de conocimiento y el retraso del inicio del tratamiento antirretroviral. (18)

En un artículo de revisión realizado por Ordoñez, Ortega, en el año 2020 sobre la situación actual de la infección vertical por VIH, menciona que la terapia ARV en las mujeres embarazadas y en sus bebés se implementó por primera vez en el protocolo ACTG-076, el cual se llevó a cabo entre 1991 y 1993. Este consistió en administrar 100 mg de zidovudina vía oral (AZT) antes del parto, cinco veces al día; durante el parto, 2 mg/kg intravenoso por una hora, y posteriormente una infusión a 1 mg/ kg hasta el alumbramiento; para el recién nacido, se administró 2 mg/kg de AZT cada seis horas durante seis semanas. Con esto, se obtuvo una reducción de 35 a 8.3% de contagios. (19)

En relación con los cambios que ha habido a lo largo del tiempo, Shiba-Matsumoto y cols., en el año 2023, analizaron los cambios en la carga de la enfermedad VIH del periodo 1990-2017, utilizando líneas del tiempo, con modelos de regresión, entre los resultados reportan que los cambios de la carga de enfermedad se relacionan con la universalización del acceso a los medicamentos antirretrovirales (ARV), programas de atención integral y el combate al estigma y la discriminación. También opinan que el descenso de la mortalidad está relacionado con el acceso universal y gratuito de los ARV. (20)

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por VIH en mujeres embarazadas representa un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel global. A pesar de los avances en la prevención de la transmisión vertical y en la mejora del acceso a tratamientos antirretrovirales, persisten barreras en la atención integral de las mujeres gestantes con VIH, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. La adherencia al tratamiento, la disponibilidad de pruebas de detección temprana, la capacitación del personal médico y los factores socioeconómicos influyen en la calidad de la atención materno-infantil.

La información al respecto es escasa, por lo que la falta de protocolos estandarizados, el estigma social y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud dificultan la implementación eficaz de estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad materna asociada a la transmisión vertical del VIH. Si bien el problema es relevante, existen muy pocos estudios sobre la atención a embarazadas con VIH, particularmente en el contexto

psicosocial no se cuenta con una síntesis actualizada y sistematizada que permita evaluar la situación global y las brechas existentes en la atención.

Por ello, esta revisión sistemática tiene como objetivo analizar la situación actual en la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH, que considere los principales desafíos, avances y oportunidades de mejora en la práctica clínica y en las políticas de salud pública.

### **Pregunta de investigación**

Por lo ya mencionado ¿Cuál es la situación actual en la atención integral de mujeres embarazadas con VIH, enfocada a los factores de riesgo de transmisión vertical, de acuerdo con la literatura publicada en los últimos cinco años?

## **5. JUSTIFICACIÓN**

La atención de las mujeres embarazadas con VIH es un tema de gran relevancia en la salud pública, ya que su adecuado manejo no solo impacta la salud materna, sino que también es clave en la prevención de la transmisión vertical del virus. A pesar de los avances en la terapia antirretroviral y en las estrategias de control del VIH, persisten barreras en el acceso a una atención integral y de calidad, especialmente en poblaciones vulnerables y en países con sistemas de salud limitados.

Una revisión sistemática sobre la situación actual en la atención de las mujeres embarazadas con VIH es un recurso pertinente para identificar brechas en la implementación de protocolos clínicos, desigualdades en la disponibilidad de tratamientos, y factores psicosociales y económicos que afectan la adherencia y el seguimiento médico. Además, permite evaluar los avances recientes y las estrategias más eficaces empleadas en distintos contextos, optimizar la atención materno-infantil y fortalecer las acciones dirigidas a la prevención de la transmisión vertical del VIH. En este sentido, esta revisión contribuye a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas que viven con VIH y sus hijos, alineándose con los objetivos globales de salud materna e infantil y se constituye en una base de conocimiento para el diseño de políticas de salud más equitativas y eficientes.

## 6. OBJETIVOS

### Objetivo General:

Analizar respecto de la atención integral de la mujer embarazada viviendo con VIH, en relación con el riesgo de transmisión materno-fetal, mediante una revisión sistemática.

### Objetivos Específicos:

1. Describir los rasgos epidemiológicos de la transmisión materno-fetal.
2. Identificar los riesgos de transmisión materno-fetal en las publicaciones científicas de los últimos 5 años.
3. Revisar los riesgos de transmisión materno-fetal respecto a la relación médico paciente.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación comprende la revisión sistemática de la situación actual de la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH, cuyo informe final se adapta a la estructura de la versión 2020 de la Declaración Prisma.

### Método de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo durante el período septiembre 2024 - enero 2025, en idioma inglés español, con artículos de cualquier tipo y no mayores a 5 años de antigüedad; comenzó con Google académico, Scielo, Elsevier, PubMed, EMBASE, Scopus, Normas Oficiales Mexicanas (NOM-010-SSA2), Guías de práctica clínica (GPC), con las palabras clave: gestante con VIH, mujer embarazada con VIH, fases psicológicas en mujeres con VIH, prevención y diagnóstico del VIH, epidemiología de VIH en embarazadas, epidemiología de gestantes con VIH, prevalencia de VIH en embarazadas, frecuencia de VIH en mujeres embarazadas, infección por VIH en recién nacidos, transmisión vertical del VIH, VIH y embarazo, situación actual de transmisión vertical por VIH, VIH y prevención de transmisión vertical, prevención y diagnóstico de VIH en mujeres

embarazadas, gestante con VIH en labor de parto, violencia obstétrica, lactancia materna en mujeres con VIH, consejo preconcepcional con VIH, violencia obstétrica en mujeres con VIH.

Con los siguientes criterios de elegibilidad, se incluyeron: estudios publicados en idioma español e inglés durante el periodo 2019-2024, estudios de cualquier tipo, observacionales, analíticos, con aspectos psicosociales, de revisión, capítulos de libros, guías de práctica clínica, investigación cualitativa.

Respecto a los criterios de exclusión, no se utilizaron estudios publicados en idiomas diferentes al inglés y español y aquellos publicados antes del 2019, estudios que no cumplieron con el rigor científico, documentos o referencias de páginas no oficiales.

La selección de artículos fue realizada de manera independiente. El proceso incluyó las siguientes etapas:

1. Búsqueda de Normas Oficiales Mexicanas, lo cual permitieron definir la pregunta de investigación.
2. Cribado de títulos y resúmenes: se revisó de manera independiente los títulos y resúmenes de los estudios identificados, siguiendo los criterios de elegibilidad.
3. Revisión de textos completos: los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión en la etapa de cribado fueron revisados en texto completo.

Se identificaron 707 nuevos estudios en nueve bases de datos, editoriales y repositorios antes mencionados, así como 10 artículos de una revisión previa. Se encontraron 336 artículos relacionados con el VIH en la gestación, de los cuales se excluyeron 319 que no atendían los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente, seleccionándose 17 artículos y 2 artículos nuevos encontrados en las referencias. (Figura 1)

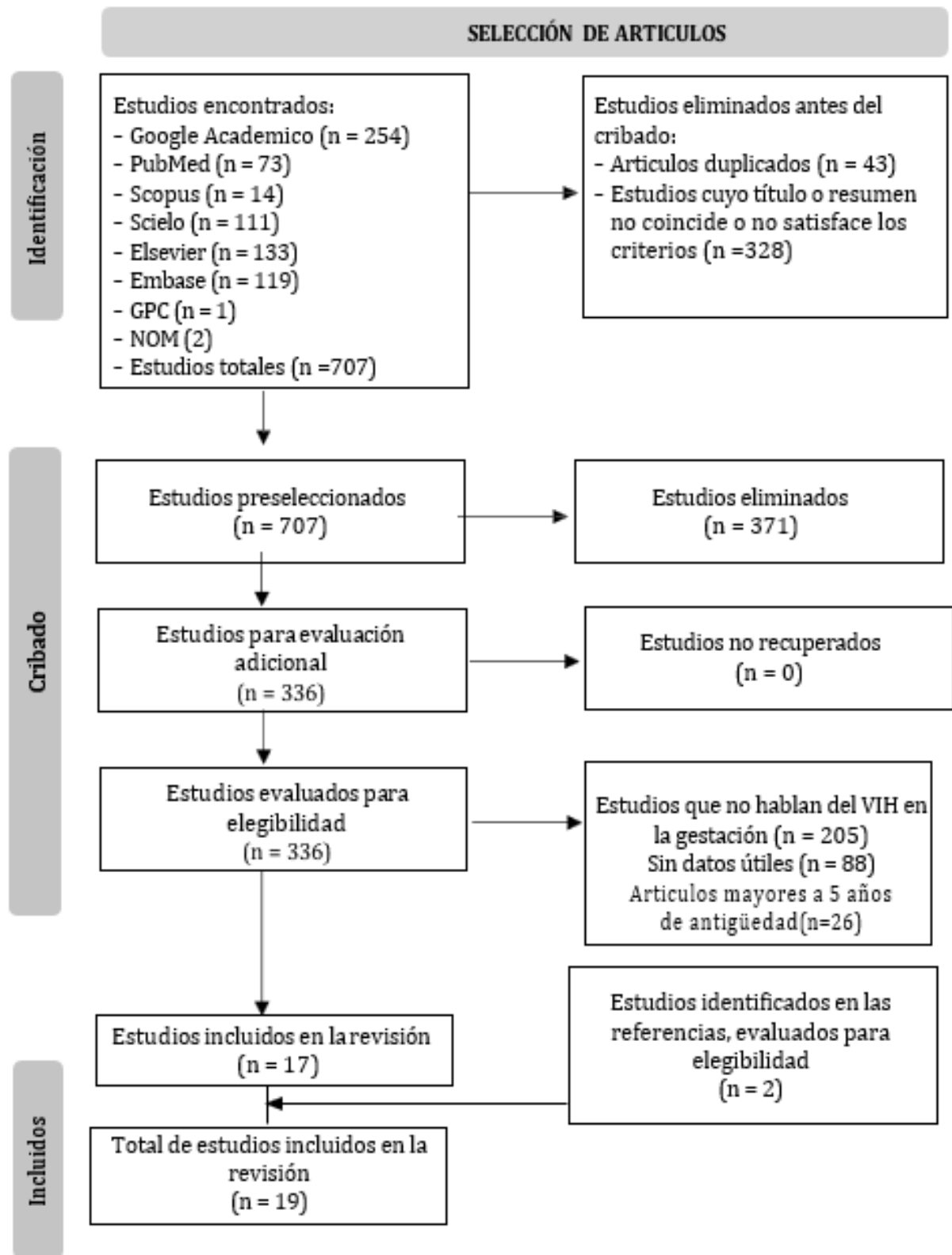


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos según el modelo PRISMA 2020.

## 8. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación, de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2°, Capítulo 1°, Artículo 17, Fracción I, se considera como "investigación sin riesgo".

Así mismo, se respetarán los lineamientos respecto a los derechos de los distintos autores. Se evitarán prácticas no éticas mediante el uso de análisis de similitud y creación de documentos con inteligencia artificial.

## 9. RESULTADOS

La muestra para el análisis se integró por 19 artículos que cumplieron los criterios de elegibilidad y el proceso para sintetizar los resultados. Se detallan a continuación:

<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Lugar/ Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Conclusión</b>
Situación actual de la infección vertical por VIH	Ordoñez Ortega J (19)	México 2020	Exploratorio	Este estudio se enfatiza que es necesario continuar con la vigilancia epidemiológica de las embarazadas: realizando la prueba de VIH al momento de su primera consulta y repetir una segunda prueba durante el tercer trimestre: y si cuenta con factores de riesgo para su transmisión realizar la prueba durante el primer, segundo y tercer trimestre.
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): una revisión sistemática de la prevalencia en mujeres embarazadas de entre 15 a 35 años	Castro-Castro Leonardo; Delgado-Mendoza Roberth; Sara Nicole Zambrano Delgado y Rodríguez Pinales (21)	Ecuador 2021	Descriptivo no experimental	El diagnóstico de infección por VIH/sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materna infantil del VIH; este se realiza mediante la prueba de tamizaje: pruebas rápidas, ELISA y prueba confirmatoria como el Western Blot.

<p>VIH/SIDA en embarazadas: evaluación hematológica e inmunológica y peso de sus neonatos</p>	<p>Müller Aixa, Soyano Andrés, Salazar Aleida, Cortes-Charry Rafael, Martínez Bahilda, Francia-Colina María, García de Franquiz Neibys Anallarit (22)</p>	<p>Venezuela 2023</p>	<p>Exploratorio Mixto</p>	<p>El principal hallazgo es al ser seropositivo al VIH/SIDA durante el embarazo, se ha demostrado que las coinfecciones dirigidas a la placenta, las membranas fetales, el tracto genital y el tejido mamario, así como las infecciones sistémicas maternas, aumentan el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo.</p>
<p>Sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre-hijo. Caracterización de casos atendidos en centros de tercer nivel del interior de Córdoba</p>	<p>Guzmán Lucia G.; Tavecchio Virginia; Fraga Laureano; Soledad Frola María; Quinodoz Darío (23)</p>	<p>Argentina 2023</p>	<p>Retrospectivo, descriptivo y analítico</p>	<p>La investigación, tuvo como estudio 870 embarazos durante el periodo del 01/12/2020 al 31/07/2021; donde la incidencia de VIH materno fue de 6,89/1000 embarazos, 66,7% tenían menos de 30 años y el 77,7% tuvo carga viral indetectable al parto. El 100% de los RN expuestos fueron estudiados, todos con carga viral indetectable al nacimiento.</p>
<p>Frecuencia de VIH en las pacientes que ingresan para atención de parto y su transmisión vertical en el Hospital General Toluca “Dr. Nicolas San Juan”, enero 2018 a diciembre 2019</p>	<p>Salinas Cazares Irma Sarahi (24)</p>	<p>México 2019</p>	<p>Estudio Observacional, Descriptivo, retrospectivo, transversal,</p>	<p>Los resultados obtenidos en este estudio supera las estadísticas a nivel nacional, en cuanto a la administración de antirretrovirales a las pacientes detectadas logrando un 100% y 0% de transmisión vertical de VIH, por lo que se debe seguir con el cribado de VIH toda mujer embarazada, insistir y promover los beneficios de esta prueba principalmente en el recién nacido, además de la disminución de la morbilidad y mortalidad que con lleva esta patología.</p>
<p>Resultado de tamizaje con prueba rápida para infección de VIH en embarazadas en tococirugía del</p>	<p>Pérez Vásquez Irvin</p>	<p>México 2019</p>	<p>Estudio observacional, descriptivo,</p>	<p>Se demostró que el diagnóstico oportuno de infección por VIH en pacientes embarazadas da como resultado disminuir la transmisión perinatal de VIH y así reducir la morbimortalidad materna e infantil.</p>

Hospital de alta especialidad de Veracruz	(25)		prospectivo y transversal	
Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea?	Posadas-Robledo Francisco Javier (26)	México 2019	Retrospectivo, observacional y descriptivo	La importancia de la cesárea electiva en este estudio comenta que se reduce el riesgo de la transmisión vertical; y lo ideal es que al momento del nacimiento de su hijo la mujer con VIH tenga carga viral indetectable.
Comportamiento epidemiológico de gestantes con diagnóstico de VIH	Guida- Acevedo Guido Nino; Franco-Delgado Rafael Martin; Aguilar Berrezueta Roberto (27)	Ecuador 2024	Descriptivo transversal	Este estudio fue conformado por 34 mujeres gestantes las cuales se encontraban en un rango de edad entre los 15 y 34 años; la edad predominante entre las gestantes con VIH osciló entre los 21 y 30 años, las amas de casa poseen un mayor índice de contagio, la mortalidad en el grupo comprendido el 2,7 % y las mujeres infectadas con VIH tuvieron una mayor incidencia en las que solo llegaron a terminar el nivel primario de educación.
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	Curran Adria; Suy Anna; Ramos José Tomas; Carbonero Luz Martin; De la Calle María, Viñuela Ma. Carmen; Galindo Ma. José; López-Rojano Marta; Noguera Ton (4)	España 2023	Estudio observacional, retrospectivo	La atención del recién nacido hijo de madre con el VIH, en la cual se producen situaciones que comportan una importante carga emocional para las familias y problemas de índole social. Es importante detectar estas necesidades y colaborar con los profesionales adecuados para garantizar un cumplimiento terapéutico y un seguimiento clínico correcto.

<p>Prevalencia y manejo de VIH en gestantes en labor de parto, hospital básico de la ciudad de Sucúa y Homero Castanier de la ciudad de Azogues 2012- 2019</p>	<p>Ayora-Zhagñay Maria Augusta; Mejía-Campoverde Lauro Hernan ; Reiban-Espinoza Esteban Adrian; Cherrez-Angüizaca Jimena Elizabeth (28)</p>	<p>Ecuador 2020</p>	<p>Observacional, descriptivo de corte transversal</p>	<p>Este estudio nos informa sobre 41 gestantes seropositivas al VIH; en el cual se obtuvo una prevalencia del 0,26% en el Hospital Básico Sucúa y Hospital Homero Castanier Crespo, dentro de las pacientes el 51,2% fueron pacientes de entre 16-25años, auto identificación étnica fue mestiza (56,1%), la mayoría de gestantes conocen su diagnóstico en el momento de la labor de parto (41,5%) y la finalización de la gestación se realiza con Cesárea con profilaxis en un 78%. Al final la transmisión vertical fue del 14%.</p>
<p>Prevención, Diagnóstico y tratamiento en el binomio Madre-hijo con infección del VIH</p>	<p>IMSS Guía de Práctica Clínica (8)</p>	<p>México 2016</p>	<p>Revisión sistemática de la literatura, meta-análisis Estudios observacionales</p>	<p>La infección por VIH puede descartarse en el lactante expuesto en la etapa perinatal mediante dos o más estudios virológicos positivos después de las ocho semanas de vida extrauterina, en los periodos de seguimiento establecidos (14 a 21 días, al mes de vida o antes de los 6 meses). La exclusión definitiva puede realizarse en niños que no recibieron lactancia materna con dos o más estudios virológicos negativos a los seis meses de vida. Algunos expertos recomiendan efectuar además en estas mismas condiciones, una prueba de detección de anticuerpos a los 18 meses para descartar en forma definitiva la infección.</p>
<p>Estrategias de prevención de la transmisión vertical del VIH a través de la lactancia materna: una revisión sistemática de la literatura</p>	<p>Ruiz-Magaña Victoria; García-Boillos Vidal; Hermoso-Lorite Pablo; Mateo-Guisado Andrea; Mogica-Catalán</p>	<p>España 2024</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>La lactancia materna contribuye significativamente a la transmisión vertical, representando aproximadamente un tercio de los contagios madre-hijo, con un riesgo adicional postnatal del 14%, lo cual se recomienda la lactancia artificial.</p>

	Natalia; Muñoz-Carrascal Andrea (29)			
Políticas de lactancia materna	Esparza Ledezma, Héctor Manuel Velasco Herrera, Marco Alfredo, Gómez Sapiens, Berenice (30)	México 2023	Clínico-cualitativo	Eliminar la lactancia materna, en combinación con otras intervenciones como el uso de medicamentos intraparto y la resolución del embarazo por vía cesárea, logan en conjunto, reducir el riesgo de transmisión del virus, hasta en un 2%.
NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	Sistema de Salud Nacional (31)	México 2016	Regulaciones técnicas	La norma promueve la atención preconcepcional, el control prenatal, el parto seguro, el establecimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la continuación hasta los dos años, y el manejo de recién nacidos con enfoque de derechos humanos, dignidad y cultura. También aborda la prevención de riesgos como el consumo de sustancias, la violencia y los trastornos de salud mental, y la participación de la pareja en el cuidado de la salud.
NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana	Sistema de Salud Nacional (32)	México 2010	Regulaciones técnicas	La norma fue un instrumento esencial para estandarizar las actividades del Sistema Nacional de Salud en la prevención y control del VIH, buscando una respuesta integral y basada en los derechos humanos. Establecer los procedimientos obligatorios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del VIH en el Sistema Nacional de Salud., buscando reducir nuevas infecciones y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, incluyendo la promoción de la detección temprana, la atención integral y el acceso a tratamiento antirretroviral, todo con

				un enfoque de derechos humanos y libre de estigma y discriminación.
Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas que viven con virus inmunodeficiencia humana (VIH) pacientes de clínica especializada condesa Iztapalapa	Méndez-Plata Vanessa (33)	México 2025	Estudio observacional transversal, retrospectivo, descriptivo	La importancia de implementar protocolos de detección sistemática y de tratamiento oportuno, ayudara a evitar complicaciones maternas y fetales, así como la transmisión vertical.
Fases psicológicas de embarazadas con VIH: estudio cualitativo en un hospital	Almeida Bastos, Regina Bellini, María Vieira, Gómez Campos (34)	Brasil 2019	Exploratorio descriptivo carácter clínico-cualitativo	Este estudio evidencia aspectos psicológicos de mujeres que descubren ser seropositivas durante el embarazo. El miedo de la transmisión vertical y la amenaza a la vida de su hijo forman parte de su universo emocional
El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas	Loyola Francisca; Ramírez Allison; Varas Almendra (35)	Chile 2021	Revisión narrativa	Las mujeres embarazadas seropositivas, que desconocen su diagnóstico de VIH y que no reciben TAR, aumentan la frecuencia de los factores de riesgo involucrados, tanto para la mujer como para el feto. Y es necesario que futuras investigaciones logren describir con mayor especificidad los efectos adversos y las complicaciones que conlleva un embarazo en las mujeres

				seropositivas, tanto en el ámbito psicosocial como en el fisiopatológico
Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental	Morales-Celaya Anadsheli (36)	México 2019	Descripción narrativa	En este trabajo nos habla sobre algunas prácticas del personal de salud, donde se lleva a cabo la violencia obstétrica, algunas de ellas son: Nulo consentimiento informado para prueba de VIH, coerción para otb, atención en espacios diferentes de ginecobstetricia, esterilización forzada, desinformación sobre el estado serológico, personal ignorante del tema, falta de medicamentos ARV, cesáreas forzadas, prácticas médicas fuera de los protocolos.

## 10. DISCUSION

### Aspectos Epidemiológicos

La situación actual de la transmisión vertical del VIH, muestra que entre el año 2010 y 2018, en el ámbito mundial, las infecciones en mujeres entre 15 y 24 años, disminuyeron en un 25%, aunque, según ONU-sida en el 2018 seis mil niñas, adolescentes y adultas jóvenes se infectan por VIH cada semana, ante este panorama se busca garantizar el tratamiento en la embarazadas con VIH y la profilaxis en el recién nacido, se estima que el 76% de las mujeres embarazadas con VIH tiene acceso al tratamiento antirretroviral, esto ha logrado disminuir la transmisión vertical hasta llegar al 2 %. En México en el 2018, se reportaron menos de 50 casos de transmisión vertical, con una reducción cercana a 60% de los casos verticales en los últimos 10 años (19). En el 2019, se estimaba que en el mundo había 1.3 millones de mujeres embarazadas infectadas por VIH (21).

Los datos específicos sobre prevalencia de VIH en mujeres embarazadas son pocos, Müller y cols., reportan prevalencia de 1.6 en 33 754 mujeres embarazadas estudiadas en un lapso de 17 años en Venezuela, mientras que Languidey en Bolivia, reporta 0.43%. (22), En el Ecuador reporta 0.26% (23). En Córdoba, Argentina, se encontraron una

incidencia de 6,89/1000 mujeres embarazadas que presentaban VIH. En México, estudios de tamizaje realizados en mujeres durante el periodo de parto, ha mostrado una seropositividad variable, de 0.03% en 7622 pruebas rápidas en un hospital del Estado de México. (24) y de 1.23 % en 648 mujeres embarazadas en un hospital de Veracruz, de éstas seis ya contaban con diagnóstico previo y dos lo desconocían, previo a su ingreso a tococirugía (25). En la publicación de Posadas-Robledo (26), señala que la que la incidencia en México de embarazo y VIH es del 0.067%, correspondiente a 1 caso por cada 1450 embarazos.

El grupo de edad más afectado se sitúa entre los 20 y 25 años de edad, según Guido y Cols (27), afecta con mayor frecuencia a las amas de casa contagiadas principalmente con sus esposos (relación heterosexual).

#### Transmisión vertical del VIH

Uno de los objetivos de la ONUSIDA para el 2020, fue reducir la transmisión de VIH, en la población pediátrica a menos de 20 mil casos anuales a nivel mundial, objetivo no cumplido, ya que, en el 2018, se reportaron 160 mil casos nuevos en menores de 15 años. (19)

La detección y diagnóstico, el seguimiento médico adecuado y régimen antirretroviral, son muy importantes para la prevención de la transmisión vertical (4). Ayora Z. y Cols, consideran que, de no existir intervención para la transmisión vertical, el riesgo de que se presente va desde el 15 al 40 %. Menos del 4% corre riesgo de contagio en las primeras 12 semanas de gestación, y el 20 % antes de las 36 semanas, de esto nace la importancia de un diagnóstico temprano. (28)

Durante el embarazo, La transmisión vertical del VIH, puede ocurrir en diferentes momentos: antes del parto, durante el parto o en la lactancia, se considera que ocurre en el 25% en cualquier momento de la gestación, 40 a 45 % intraparto y 14 a 20% durante la lactancia.

En cuanto a la tasa de transmisión vertical, Ayora reporta que 6 de 41 niños resultaron seropositivos al año de edad, correspondiente al 14.6%; de estos, el parto fue vía vaginal sin profilaxis y por vía abdominal, con profilaxis.

La Guía de Práctica Clínica describe que, en México al 31 de marzo del 2019, se habían acumulado 3,079 casos de VIH en menores de 15 años, de los cuáles 68% fueron adquiridos por vía perinatal. (8)

En México, Posadas-Robledo, reporta 103 niños reactivos al nacimiento en 1261 mujeres embarazadas con VIH, correspondiente a 0.81%. De estos, 87 nacieron por cesárea y 16 por parto vaginal. El 7% de los nacimientos por cesárea y 100% de los nacidos por parto vaginal tuvieron prueba de VIH reactiva. Una limitante de este estudio, es que no se le dio seguimiento a los recién nacidos para su posterior clasificación. (26)

En base a las investigaciones planteadas Ordoñez-Ortega, mencionan que entre los factores maternos se reconoce la adquisición del virus antes o después del parto, con una tasa estimada de un 14 y 29% respectivamente, de acuerdo al tipo de parto, siendo el parto vía vaginal el que presenta una mayor exposición al riesgo de transmisión de VIH, también otros factores son que menores edad materna, aunado a baja escolaridad. (19)

#### Lactancia materna con VIH

La lactancia contribuye de manera importante en la transmisión vertical del VIH, representando según Ruiz-Magaña y Cols (29) un tercio de los contagios, debido a la presencia del virus en la leche materna, la profilaxis implica el uso de leche de fórmula, sin embargo, en países donde existe alta morbilidad por enfermedades infecciosas y la recomendación el amantar exclusivamente con leche materna los primeros seis meses de vida, constituye un obstáculo para el crecimiento y desarrollo del niño, por lo que, es relevante la importancia del tratamiento de la madre para sostener una carga viral indetectable y que el niño pueda recibir la leche materna, esto es recomendado en algunos países como Suiza, Alemania, Estados Unidos, Gran Bretaña e Italia, que ajustan sus recomendaciones en apoyo a las mujeres que deciden amamantar, siempre y cuando se siga el tratamiento antirretroviral y se mantenga una carga viral indetectable.

En México las políticas de salud en lactancia y VIH, adoptadas de la OMS (Organización Mundial de la Salud, promueven la eliminación de la lactancia como medida de profilaxis de la transmisión vertical, para reducir el riesgo de la transmisión a un 2%. Algunos

factores que facilitan la transmisión del virus en la lactancia son: mastitis, candidiasis bucal del lactante, lactancia más de seis meses, inmunodeficiencia avanzada en la madre e infección aguda materna. (30,31)

En la guía de manejo antirretroviral, se recomienda evitar la lactancia y el uso de fórmula láctea aceptable, asequible, sostenible y segura, que debe ser garantizada por las instituciones de salud, por lo menos en los primeros seis meses de vida; además de brindar orientación adecuada sobre la alimentación al recién nacido. No se recomienda la leche materna, aun cuando la carga viral sea baja. (30,31,32)

La transmisión vertical se presenta durante la gestación, en el parto y por la lactancia, el riesgo se incrementa en el parto vaginal, la falta de tratamiento antirretroviral o su administración inadecuada y durante la lactancia, por lo tanto, una detección temprana, y un tratamiento antirretroviral adecuado, que lleven a la carga viral bajo o indetectable, así como evitar la lactancia materna, es lo más importante para disminuir el riesgo de la transmisión vertical. (32)

#### Detección y diagnóstico de infección por VIH

La detección y el diagnóstico del VIH en embarazadas, es la acción inicial más importante para la prevención de la transmisión vertical. La OMS, recomienda realizar las pruebas de detección de VIH, sífilis, hepatitis B, al menos una vez durante el embarazo, en la primera consulta de control prenatal, preferiblemente en el primer trimestre. (33)

Como se señaló previamente la prevalencia de seropositiva en las mujeres embarazadas es variable de acuerdo con la población o país, aunque se observa una tendencia a la disminución de casos (19), aún queda mucho por hacer para lograr una transmisión vertical del 2%, como objetivo de la OMS. (30), los pilares para la prevención de la transmisión vertical, como se ha señalado, son: la detección y diagnóstico oportuno, el estricto seguimiento médico y régimen antirretroviral. (4)

#### Aspectos psicosociales.

Los aspectos psicosociales en las mujeres embarazadas con VIH han sido poco estudiados. Una mujer en edad reproductiva que vive con VIH se ve sujeta a restricciones

que limitan su vida sexual y reproductiva, y si el diagnóstico se realiza durante su embarazo, se genera el miedo o culpa ante el riesgo de transmitir la infección a su hijo y no poder amamantarlo.

Dentro de los pocos estudios encontrados, un estudio de corte cualitativo de Almedia y Cols, sobre las fases psicológicas en las embarazadas con VIH, considera que la mujer embarazada transita por tres fases psicológicas: la confusión emocional, duda existencial y ambigüedad funcional. Los autores describen el miedo y angustia que sufren las mujeres en estas fases, ante el riesgo de la transmisión vertical y la amenaza a la vida de su hijo, que altera su universo emocional. (34)

En Brasil se evidencia que la angustia es el sentimiento dominante en las mujeres seropositivas embarazadas. Las mujeres no pueden o no tienen con quien hablar y expresar la situación que están viviendo, por el miedo al rechazo y los prejuicios de las personas que las rodean. Debido a esto, se origina una fase durante el embarazo en la que surgen dudas existenciales y las mujeres tienden a preguntarse cuánto tiempo les queda de vida, y finalizando la fase se experimentan miedo y pánico relacionados con la transmisión materno-fetal. (35)

Además de la afectación emocional de la mujer embarazada con VIH, su condición favorece la violencia obstétrica, fenómeno estudiado por Morales Celaya (36), que describe en su estudio de revisión.

Las restricciones en el tratamiento, que restringe el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, tienen como limitante la falta de información, también la falta de consentimiento informado y firmado antes de la realización de las pruebas de tamizaje, por lo que algunas se enteran de que son portadoras cuando les comunican el resultado, estas acciones son consideradas como violencia obstétrica. Dentro de las evidencias específicas de violencia obstétrica, se han encontrado: nulo consentimiento informado para la realización de la prueba de VIH, coerción para la oclusión tubárica bilateral, atención del parto en espacios diferentes, esterilización forzada, desinformación sobre el estado serológico, personal ignorante del tema, falta de medicamentos antirretrovirales, cesáreas forzadas y prácticas médicas fuera de los protocolos. (36)

## 11. CONCLUSIONES

La atención integral de las mujeres embarazadas con VIH ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, con avances clave en diagnóstico temprano, acceso a la TAR y estrategias de prevención de la transmisión materno-infantil. Sin embargo, persisten desafíos en diversos contextos, particularmente en países con recursos limitados.

Los hallazgos de la revisión sistemática indican que la cobertura de la TAR ha mejorado globalmente, reduciendo la tasa de transmisión perinatal a menos del 2% en entornos con acceso adecuado a atención médica. No obstante, las disparidades en la disponibilidad de pruebas diagnósticas, el acceso a atención prenatal de calidad y el seguimiento postnatal siguen siendo barreras críticas, especialmente en regiones con sistemas de salud frágiles.

Factores socioeconómicos, como la pobreza, el estigma y la discriminación, impactan negativamente en la adherencia al tratamiento y en la continuidad de la atención. Asimismo, la falta de capacitación del personal de salud y la insuficiente integración de los servicios de VIH en la atención materna representan obstáculos adicionales.

En conclusión, aunque se han logrado avances importantes en la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH, aún existen brechas que requieren atención urgente, como la lactancia materna. La implementación de un enfoque multidisciplinario, la equidad en el acceso a servicios de salud y la promoción de políticas públicas inclusivas son esenciales para garantizar una atención integral efectiva a mujeres embarazadas con VIH y mejorar los resultados materno-infantiles a nivel global.

## 12. PERSPECTIVAS A FUTURO

Es necesario que futuras investigaciones logren describir con mayor especificidad los efectos adversos y las complicaciones que conlleva un embarazo en las mujeres seropositivas, tanto en el ámbito psicosocial como en el fisiopatológico; otra proyección es la continuidad y utilidad que pueda generar conocimiento para otros compañeros del área de salud, trabajando con pacientes y poder trabajar manuales de atención y sobre todo medidas preventivas a mujeres embarazadas con VIH, a través de estrategias que involucren a la familia y la comunidad.

Para mejorar la atención integral, se recomienda fortalecer los sistemas de salud mediante la capacitación del personal sanitario, la expansión del acceso a pruebas rápidas de VIH en el embarazo y la garantía de un suministro constante de TAR. Además, es fundamental implementar programas de apoyo psicosocial y estrategias comunitarias para reducir el estigma y mejorar la adherencia al tratamiento.

### 13. REFERENCIAS

1. Cabieses, Báltica, Camila Sepúlveda, and Alexandra Obach. Prevención de la transmisión vertical de VIH en mujeres migrantes internacionales: Escenario actual y desafíos. *Revista chilena de pediatría* 91.5 (2020): 672-683.
2. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2021;74(9):790–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893221002748>
3. OMS. Atención Primaria de la Salud. *Salud Mundial.* , Salud; 2023.
4. Expertos Gd. Plan Nacional sobre el Sida GESIDA. Documento consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción embarazo y parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. *Salud*. Madrid: Sociedad Española; 2020.
5. Ojeda, J. Prevención de la transmisión perinatal del VIH. *Guías Clínicas GESIDA*. 2023 nov
6. Conesa N. Visión general de la infección por el VIH. *HIVinfo*. 2024 febrero; II (4).
7. Hattangadi S. El VIH y el embarazo. *National Institutes of Health*. 2024 Julio; IV (5).
8. IMSS. Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y tratamiento en el binomio Madre-hijo con infección del VIH. *Salud*. CDMX: Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud; 2016.
9. Becker R. Detección de VIH mediante la prueba rápida. *Salud*. Tlaxcala: Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2018.
10. SIDA-SEIM. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH, relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. *Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad. servicios sociales y sanidad, Salud; 2018.
11. Quito Mdsd. Prevención Diagnóstico y tratamiento. *Salud*. Quito, Salud; 2018.
12. Paricio JM. e-lactancia. [Online].; 2024 [cited 2024 10 29. Available from: <https://www.elactancia.org/breastfeeding/maternal-hiv-aids-maternal-hiv-infection/product/>.
13. México Gd. Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH - México 2021. [Online].; 2021 [cited 2024 10 29. Available from: <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-manejo-antirretroviral-de-las-personas-con-vih-mexico-2021-297710>.
14. Resino, S., et al. Identificación de mujeres embarazadas infectadas por el vih-1: significado de pruebas serológicas indeterminadas. *Prog. obstet. ginecol.* (Ed. impr.) (2000): 53-60.
15. Herrera, Cristina, and Lourdes Campero. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México* 44.6 (2002): 554-564.
16. Moreno Pérez GMVLYJO. "Neonatología; Anales de pediatría". 2005 nov; 57.
17. Córdova Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales, and José Luis Valdespino. "años de sida en México. Logros, desafíos y retos." (25).
18. Huamán, Byelca, et al. "Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú." *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 34 (2017): 627-632.
19. Ortega, Javier Ordoñez. "Situación actual de la infección vertical por VIH." *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica* 33.2 (2020): 63-65.

20. Shiba-Matsumoto, Andrey Ryo, et al. "Políticas nacionales para el control del VIH y la evolución de la epidemia en México: un análisis de 1990 a 2017." *salud pública de México* 65.3 (2023): 285-296.
21. Castro-Castro, Junior Leonardo, et al. "Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): una revisión sistemática de la prevalencia en mujeres embarazadas de entre 15 a 35 años." *Dominio de las Ciencias* 7.5 (2021): 196-212.
22. Müller, Aixa, et al. "VIH/SIDA en embarazadas: evaluación hematológica e inmunológica y peso de sus neonatos." *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* (2023).
23. Guzmán, Lucia Guadalupe, et al. "Sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre-hijo. Caracterización de casos atendidos en centros de tercer nivel del interior de Córdoba." *Actualizaciones en Sida e Infectología* (2023).
24. Salinas Cazares, Irma Sarahi. "frecuencia de Vih en las pacientes que ingresan para atención de parto y su transmisión vertical en el Hospital General Toluca "Dr. Nicolás san juan", enero 2018 a diciembre 2019."
25. Pérez Vásquez, Irvin. Resultados de tamizaje con prueba rápida para infección de VIH en embarazadas en tococirugía del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. Diss. Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina. Región Veracruz, 2019.
26. Posadas-Robledo, Francisco Javier. "Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea?". *Ginecología y obstetricia de México* 86.6 (2019): 374-382.
27. Acevedo, Guido Nino Guida, Rafael Martín Franco Delgado, and Roberto Javier Aguilar Berrezueta. "Comportamiento epidemiológico de gestantes con diagnóstico de VIH." *Revista Información Científica* 103.1 Sup (2024): 4801.
28. Ayora Zhagñay HMCRECA. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. Recimundo. 2019 octubre 29.
29. Magaña, Victoria Ruiz, et al. "Estrategias de prevención de la transmisión vertical del VIH a través de la lactancia materna: una revisión sistemática de la literatura." *Revista Sanitaria de Investigación* 5.5 (2024): 222.
30. Hies, banco de leche humana. "Políticas de Lactancia materna." Febrero (2023).
31. México Gd, Federación DOdl. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. [Online].; 2016 [cited 2024 10 29]. Available from [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0).
32. Gobierno de México DOdIF. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para prevención y el control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana. [Online].; 2010 [cited 2024 10 31]. Available from: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010#gsc.tab=0).
33. Plata, Vanessa Méndez. "Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas que viven con virus inmunodeficiencia humana (VIH) pacientes de clínica especializada condesa Iztapalapa. Universidad Nacional Autónoma de México, 2025.
34. Bastos, Rodrigo Almeida, et al. "Fases psicológicas de embarazadas con VIH: estudio cualitativo en un hospital." *Revista Bioética* 27 (2019): 281-288.
35. Loyola, Francisca, Allison Ramírez, and Almendra Varas. "El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 86.6 (2021): 554-562.
36. Celaya, Anadshieli Morales. "Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental." *Revista de Estudios de Antropología Sexual* 1.10 (2019): 124-140.