

ARTÍCULO ORIGINAL

Transmisión vertical en embarazadas infectadas por virus de inmunodeficiencia humana en servicio de atención integral

Vertical transmission in pregnant women infected with human immunodeficiency virus in comprehensive care service

David Alexander Montoya-Reales¹  <https://orcid.org/0000-0002-4255-2300>, Karen Sobeida Erazo Martínez²  <https://orcid.org/0000-0001-9136-2434>.

¹Hospital Escuela, Servicio de Atención Integral; Tegucigalpa, Honduras.

²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Atención Integral; San Pedro Sula, Honduras.

RESUMEN. **Introducción:** La Transmisión Vertical (TV) del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituye la causa principal de transmisión del virus en menores de 15 años. Se define la TV del VIH, como la entidad clínica infecciosa del paso del VIH de una mujer embarazada infectada a su hijo durante el período de la gestación, el trabajo de parto, o durante la lactancia. **Objetivo:** Describir las características de la transmisión vertical en gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, de enero 2019 a diciembre 2021 en el Hospital Escuela (HE). **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. La muestra fue de 42 gestantes infectadas por VIH que asistieron al Servicio Atención Integral (SAI) del HE. Se revisaron expedientes clínicos registrando información sobre características sociodemográficas y clínicas de las pacientes. Los resultados se presentaron en frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **Resultado:** el 100% (42) de las madres conocían el diagnóstico de ser VIH positivo, 79% fueron diagnosticadas previo al embarazo, 100% en tratamiento antirretroviral (ARV), 43% con carga viral no detectable, 81% finalizó su embarazo vía cesárea, 55% fueron categorizados como alto riesgo, 52% recibió terapia antirretroviral (ARV) por 4 semanas, incidencia de TV de VIH fue de 2.4%, 1 de los 42 pacientes **Discusión:** La solicitud de una prueba para el diagnóstico de VIH en control prenatal debe realizarse de forma rutinaria, implementándose cesárea electiva, omisión de lactancia materna y tratamiento ARV prenatal a la culminación del embarazo y en recién nacido para la reducción la transmisión vertical.

Palabras clave: Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; Diagnóstico de infección por VIH; Mujeres embarazadas.

INTRODUCCIÓN

El Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha cobrado más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36.7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo.¹ En el ámbito mundial de 2010 a 2018, las infecciones en las mujeres entre 15 y 24 años habían disminuido en 25%; sin embargo, hoy en día, seis mil niñas, adolescentes y adultas jóvenes se infectan por VIH cada semana. Esto ha suscitado por parte de los gobiernos locales, Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) acciones que buscan asegurar el tratamiento antirretroviral (TARV) en las mujeres embarazadas. Así, en el último reporte de dicha organización, se estimó que 76% de las mujeres gestantes portadoras de VIH tiene acceso al tratamiento antirretroviral.²

En el marco de la prevención de la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, se han establecido medidas para lograr el diagnóstico y el inicio temprano del tratamiento en las mujeres gestantes; entre ellas cabe mencionar el ingreso oportuno al programa de control prenatal, la calidad adecuada de dicho programa, la tamización para HIV durante el primer trimestre de la gestación y el acceso inmediato a una segunda prueba para la confirmación diagnóstica en caso de que la primera resulte reactiva. Además, existen otras estrategias específicas que buscan minimizar la carga viral a la que pueda verse expuesto el feto durante la gestación, en el momento del parto y la exposición posnatal del recién nacido al virus.³

Recibido: 10-04-2023 Aceptado: 19-11-2025 Primera vez publicado en línea: 01-12-2025
Dirigir correspondencia a: David Alexander Montoya Reales
Correo electrónico: alexander.reales@unah.hn

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Montoya-Reales DA, Erazo-Martínez KS. Transmisión vertical en embarazadas infectadas por virus de inmunodeficiencia humana en servicio de atención integral. Rev Méd Honduras. 2025; 93(2). 124-129. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93i2.21646>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

La principal vía de transmisión del VIH en la población pediátrica es mediante la transmisión perinatal, ya sea durante el embarazo, el trabajo de parto o durante la alimentación con lactancia materna. Sin Tratamiento Antirretroviral (TARV) el riesgo de transmisión de madre a hijo es de 15% a 40%, porcentaje que incrementa el riesgo de 10% a 20% con la lactancia materna prolongada. Otros factores de riesgo materno incluyen: carga viral elevada, CD4+ bajos, estadio clínico avanzado, otras coinfecciones de transmisión sexual, corioamnionitis, ruptura prolongada de membrana y eventos obstétricos asociados con sangrado (episiotomía, laceración perineal, hemorragia intraparto).⁴⁻⁵ Por todo lo anterior se decidió describir las características de la transmisión vertical en gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Escuela (HE) de enero 2019 a diciembre 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo diseño no experimental, retrospectivo. La muestra fue 42 gestantes infectadas por VIH que asistieron al Servicio Atención Integral (SAI) del HE, en el periodo comprendido de enero 2019 a diciembre 2021. Se revisaron expedientes clínicos y se registró información sobre características epidemiológicas y clínicas de las pacientes en un formulario. La información recopilada fue digitada en una base de datos electrónica diseñada en Epinfo Versión 7.2.4.0 (CDC, Atlanta EUA). Una vez realizado el control de calidad de la base de datos y limpieza final, se utilizó el módulo análisis, parte del mismo software para generar un reporte estadístico con frecuencias y porcentajes. La información personal de los pacientes se manejó confidencialmente. Se solicitó permiso institucional para realizar el análisis de la información, así como para su publicación.

RESULTADOS

Se captaron 42 mujeres embarazadas con VIH y 42 niños perinatalmente expuestos al VIH en el HE en el periodo indicado. Entre las características sociodemográficas se encontró que la distribución por edad de las participantes embarazadas 60% (25) se situaban en el rango de los 20 y 29 años. El 90.48% (38) de las gestantes residían en el departamento de Francisco Morazán, el resto procedía de departamentos aledaños, El Paraíso, Choluteca, Olancho con un 4.76% (2), 2.38% (1), 2.38% (1) respectivamente. El mecanismo de transmisión del VIH se logró identificar en el 100% de los casos, siendo 73.81% (31) por transmisión sexual, 26.19% (11) por transmisión vertical. En lo relacionado a los factores maternos relacionados con la transmisión vertical de VIH. Las 42 gestantes recibieron terapia antirretroviral, ya sea previo al embarazo o durante este. El esquema de terapia antirretroviral más indicado en las gestantes fue emtricitabina (FTC) + tenofovir (TDF) + efavirenz (EFV) 80.95% (34) seguido por el esquema compuesto por zidovudina (AZT)/ lamivudina (3TC) + EFV 7.14% (3). La carga viral se encontró que 78.57% (33) de la población gestante tenía un

resultado de carga viral, pero 21.43% (9) se desconocía el resultado. El recuento de linfocitos CD4 se encontró que 57.14% (24) de la población gestante tenía un resultado de recuento de CD4, pero 42.86% (18) se desconocía el resultado. La seropositividad para el VIH en las gestantes se diagnosticó previo al embarazo en 33 (78.57%), pacientes diagnosticadas durante el embarazo 9 (21.43%) (**Cuadro 1**).

Entre los antecedentes obstétricos relacionados con la transmisión vertical de VIH, se encontró que el 100% de las gestantes se realizó controles prenatales por un médico. El 97.62% (41) de las pacientes tenían una edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo mayor de 38 semanas de gestación, solo 1 (2.38%) tuvo una edad gestacional menos de 38 semanas. La vía de finalización del embarazo en 80.95% (34) fue por cesárea. En un 7.14% (3) hubo ruptura prematura de membranas (**Cuadro 2**).

En lo que respecta a las características relacionadas al feto y lactancia materna, 92.86% (39) de los recién nacidos tenían un peso normal al nacer, 52.38% (22) eran de sexo femenino y 47.62% (20) eran masculinos, 100% (42) de los recién nacidos eran a término, el 100% tenía una alimentación a base de for-

Cuadro 1. Características clínicas en las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Escuela relacionadas con la transmisión vertical de enero 2019 a diciembre 2021. n=42.

Características Maternas	n	(%)
Paciente recibió TARV	42	(100)
No	-	-
Régimen de TARV que recibía.		
ABC + TDF + LPV/r	1	(2.38)
FTC + TDF + EFV	34	(80.95)
AZT/3TC + EFV	3	(7.14)
TDF+ 3TC + DTG	1	(2.38)
FTC + TDF + LPV/r	2	(4.76)
Otros	1	2.38
N/A	-	-
Tenían resultado de carga viral	33	(78.57)
Carga viral		
No	9	(21.43)
No Detectable	18	(42.86)
< 1000 copias	10	(23.81)
> 1000 copias	5	(11.90)
Se Desconoce	9	(21.43)
Tenían resultado de recuento de CD4+	24	(57.14)
CD4+		
No	18	(42.86)
< 200 Cel/µl	4	(16.67)
200-499 Cel/µl	7	(29.17)
> 500 Cel/µl	13	(54.16)
Diagnóstico de VIH en la madre		
Previo embarazo	33	(78.57)
Durante embarazo	9	(21.43)
Postparto	-	-

Nota: ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir.

Cuadro 2. Antecedentes y eventos obstétricos de las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Escuela relacionadas con la transmisión vertical de enero 2019 a diciembre 2021. n=42.

Antecedentes Obstétricos		n	(%)
Número de controles prenatales realizados	0	0	0
	< 5	24	57.14
	> 5	18	42.86
Semanas de gestación al momento del parto	< 38 SG	1	2.38
	> 38 SG	41	97.62
Vía de finalización del embarazo	Cesárea	34	80.95
	Vaginal	8	19.05
Ruptura prematura de membranas	Sí	3	7.14
	No	39	92.86

Nota: SG: Semanas de gestación.

mula infantil, 54.76% (23) fueron clasificados como paciente de alto riesgo y 45.24% (19) fueron clasificados como bajo riesgo, en 52.38% (22) niños perinatalmente expuestos al VIH se indicó el siguiente esquema de profilaxis post exposición: zidovudina (AZT)/ lamivudina (3TC) + nevirapina (NVP) (3 dosis) y en 47.62% (20) fue AZT + NVP (única dosis).

En lo referente a la realización del primera Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) dentro de las primeras 72 horas de vida se realizó en el 100% de los pacientes, el 100% de los resultados de PCR fue negativo. La segunda PCR dentro de las 4-6 semanas de vida se realizó en el 100% de los pacientes expuestos perinatalmente, el 97.62% (41) de los resultados de PCR fue negativo, se captó un niño 2.38% con PCR positivo. La tercera PCR dentro de los 6 meses de vida se realizó en 69.05% (29) de los pacientes, todos con resultados negativos, en 30.95% (13) no se realizó (**Cuadro 3**).

De los 42 pacientes perinatalmente expuestos al VIH en el Hospital Escuela, de enero 2019 a diciembre 2021, la incidencia total de transmisión vertical fue de 2.38% (1) paciente con la segunda PCR positivo, paciente fue categorizado como alto riesgo, madre con mala adherencia al tratamiento durante el embarazo. El diagnóstico del paciente con transmisión vertical fue confirmado de acuerdo con el algoritmo nacional.

DISCUSIÓN

Con un costo superlativo de vidas, ocasionando graves pérdidas económicas y trastornos sociales, familiares e individuales, la epidemia de VIH/SIDA se ha convertido rápidamente en un serio desafío mundial, que requiere de una respuesta global ordenada y sistemática, combinada con una lucha nacional de alto compromiso y liderazgo, junto a acciones coherentes de orden local.⁶

El VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero. En el programa de Infecciones

Cuadro 3. Características de los hijos de madres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Escuela relacionadas con la transmisión vertical de enero 2019 a diciembre 2021. n=42.

Características		n	(%)
Sexo	Femenino	22	52.38
	Masculino	20	47.62
	0	0	0
Edad Gestacional	Pretérmino	42	100
	Término	0	0
	Postérmino	0	0
Tipo de Alimentación	Fórmula Infantil	42	100
	Lactancia Materna	0	0
	Alimentación Mixta	0	0
Resultados de PCR			
72 horas	Negativo	42	100
	Positivo	0	0
4 a 6 semanas	Negativo	41	97.62
	Positivo	1	2.38
6 meses	Negativo	29	69.05
	Positivo	0	0
	No realizada	13	30.95

PGR: Reacción en Cadena de la Polimerasa.

de Transmisión Sexual (ITS)-VIH del Hospital Nuevo Amanecer se encontraron mujeres de distintas edades; sin embargo, el rango de edad más afectado corresponde de 25 a 29 años y en segundo lugar las de 30 a 44 años. También en el informe realizado por SILAIS RACCN, en donde refleja que el 79% de las personas diagnosticadas tienen edades de 15-29 años que incluyen mujeres.⁷ Esto coincide con los datos obtenidos en este estudio realizado en el HE en donde se observa que la mayoría de las pacientes 59,52% (25) se sitúan en el rango de edad entre los 20 y 29 años.

En lo que respecta a la procedencia de las gestantes se encontró que 90.48% (38) residen en el departamento de Francisco Morazán, el resto procede de departamentos aledaños. Datos similares reportaron Vidal y cols. en un estudio realizado en el Hospital Mario Catarino Rivas en Honduras, donde la mayoría de los pacientes vivían en áreas urbanas.⁸

En el estudio realizado por Cantón y cols., según los expedientes clínicos, las formas de transmisión del VIH, se encuentran distribuidas de la siguiente manera: Por transmisión sexual 85.7% (12) y el 14.3% (2) por transmisión vertical.⁷ Este dato es similar a lo encontrado en este estudio, donde el 73.81% (31) de los contagios se produjeron por vía sexual y el 26.19% (11) de los casos se adquirieron por transmisión vertical.

Los estudios han informado beneficios de iniciar el TARV durante infección aguda por VIH en adultos no embarazadas en supresión de carga viral. Estos estudios también enfatizan el aumento beneficios de iniciar el TARV durante la infección aguda por el VIH en lugar de retrasar el TARV entre 2 y 6 meses después de la seroconversión.⁹ El uso de los regímenes de TARV

en mujeres embarazadas es considerada una de las estrategias de prevención más importantes para reducir la transmisión de madre a hijo, debido a que la TARV suprime la replicación viral y restablece y preserva las funciones inmunes. El uso de TARV en Honduras para la prevención de la transmisión del VIH-1 de madre a hijo inició desde el año 2000 utilizando la monoterapia o biterapia.¹⁰ El esquema de TARV más indicado en las gestantes seropositivas, ya sea previo al embarazo o durante este, fue emtricitabina (FTC) + tenofovir (TDF) + efavirenz (EFV) en 80.95 % (34). Datos similares se encontraron en el estudio realizado en el Hospital Mario Catarino Rivas.⁸

Existen diferentes factores de riesgo para TV del VIH, los podemos clasificar en: maternos, obstétricos, los relacionados al feto y lactancia materna. Entre los maternos podemos citar: carga viral materna, que los linfocitos CD4 estén bajos, que tenga otras infecciones virales asociadas, como: hepatitis C, infección por citomegalovirus, vaginosis bacteriana o por drogadicción materna.^{11,12} La determinación cuantitativa de la concentración de VIH en sangre periférica ha contribuido de manera significativa al entendimiento de la patogenia de la infección por VIH y se ha demostrado que es un parámetro importante para el pronóstico y el tratamiento de las personas infectadas por VIH. Las decisiones relativas a iniciación o cambios en el TARV se guían por la monitorización de las concentraciones plasmáticas del RNA del VIH (carga viral).¹³ Del total de resultados de carga viral realizadas, fue no detectable en 42.86% (18), 23.81% (10) fue < 1000 copias, 11.90% (5) fue > 1000 copias, en 21.43% (9) se desconoce el resultado de la carga viral. La célula blanco por antonomasia en la infección por el VIH son los linfocitos TCD4+ aun cuando infecta otros tipos de células. Después del inicio del TARV uno de los parámetros que se utilizan para ver su efectividad, es el aumento del conteo de CD4+, lo que significa una mejora en la red de regulación inmunológica.¹⁴

De las 42 pacientes objeto del estudio, se han obtenido un total de 24 resultados de linfocitos CD4, más de la mitad de las pacientes de este estudio 54.16% (13) tenían un CD4 igual o superior a 500 Cel/μl. Se encontraron datos similares en el estudio realizado por Parham y col. donde la media de la carga del VIH-1 en el plasma en la población de estudio fue de 74,890 copias/ml (rango < 40 - 168,060 copias/ml); de las 63 participantes, 62% (39) tenían niveles de virus > 50 copias/ml. El 13% (5/39) de las mujeres con viremia detectable tenían niveles de virus superiores a 10,000 copias/ml. Con relación al conteo de células CD4, el 16% (10/63) de las mujeres embarazadas presentaron recuentos ≤200 células/ mm³.¹⁰

En un estudio realizado por Huamán y col. en una población de gestantes de la región Amazonas en Perú encontraron que diez se enteraron de su diagnóstico durante el embarazo, dos durante el trabajo de parto y tres siendo puerperas, de ellas cinco recibieron TARV durante la gestación.¹⁵ Linares y col. encontraron que el diagnóstico de infección por VIH 51.9 % (14) ocurrió en el embarazo, 44.4 % (12) preconcepcional y 3.7 % (1) en puerperio. Del 51.9. % (14) que ocurrió durante el embarazo, 42.9 % (06) se diagnosticó en el II trimestre, 35.7. % (05) I trimestre y 21.4 % (03) III trimestre.¹⁶ En el presente

estudio 78.57% (33) gestantes se enteraron de su diagnóstico previo al embarazo, 21.43% (9) durante el embarazo, datos que concuerdan con la estadística internacional.

En lo que respecta a los factores obstétricos se han realizado estudios valorando la relación entre TV y modo de parto. Con esto se demuestra que la cesárea electiva es capaz de disminuir la transmisión en un 50% en comparación con otros métodos de parto.¹¹ En un estudio publicado por Linares y Méndez refieren que Read JS y Newell ML, a través de una revisión de 3,378 embarazadas en 14 países de Europa y América del Norte demostró la eficacia de la cesárea para la prevención de la TV del VIH-1. La tasa de TV mostró diferencias significativas según el grupo de modalidad de parto, (cesárea 3.5 %; parto vaginal: 10.2 %). Con intervalo de confianza del 95 %. La efectividad de cesárea antes del trabajo de parto y de ruptura de membranas, demostró en un metaanálisis con 4,525 pacientes individuales de Europa y Norteamérica; y a su vez confirmó los resultados de estudios observacionales que sugerían que la cesárea electiva antes del trabajo de parto, y de la rotura de membranas tanto entre las mujeres que no recibían ningún TARV durante el embarazo, como entre las que recibían profilaxis con zidovudina, estaba asociada con un menor riesgo de TV del VIH-1.¹⁶ En el área sur-oriente de Santiago de Chile, Pecha y col. reportaron que, de los 94 partos realizados, 88.3% (83) se resolvieron por cesárea electiva, 11.7% (11) por cesárea de urgencia y 1.1% (1) por vía vaginal.¹⁷ En el presente estudio la vía de finalización del embarazo en 80.95% (34) fue por cesárea que es lo más recomendable, 19.05% (8) tuvieron por vía vaginal.

Otros factores de riesgo que están involucrados son la ruptura prematura de membranas, la presencia de corioamnionitis y de úlceras genitales, observándose que si la ruptura de membranas es mayor de 4 horas hay mayor posibilidad de aumentar esta tasa.¹¹ En este estudio el 7.14% (3) pacientes si hubo ruptura los cuales fueron manejados como alto riesgo. Datos superiores reportaron Vidal y cols. ya que en un 26% hubo ruptura prematura de membranas.⁸

Entre los factores relacionados al feto: los niños prematuros con muy bajo peso al nacer pueden ser de alto riesgo para adquirir la infección.¹¹ De los 42 pacientes expuestos perinatalmente al VIH, 92.86% (39) nacieron con un peso normal, 7.14% (3) tuvieron un bajo peso al nacer. En el estudio realizado en el Hospital Mario Catarino Rivas el 83% (42) de los pacientes tuvo un adecuado peso a su nacimiento.⁸ De los 42 pacientes expuestos perinatalmente al VIH, 100% (42) eran recién nacidos a término. Vida y cols. reportaron que el 90% de los 42 pacientes perinatalmente expuestos al VIH tuvieron una edad gestacional entre las 37 y 42 semanas de gestación, solo 9.52% eran prematuros y no se registró ningún paciente postérmino.⁸

El VIH-1 ha sido aislado en la leche materna y el VIH DNA en la mayoría de las muestras de leche provenientes de madres infectadas por el VIH. Hay una clara asociación entre la duración de la lactancia materna y transmisión del VIH. Durante los 2 a 6 meses, después del parto, la incidencia de transmisión a través de la lactancia es de 0.7% por mes, con un riesgo acumulativo

de 3.5%, de 6 a 11 meses es de 0.6% por mes y de 0.3% desde los 12 a 18 meses con un riesgo acumulativo de 7.0% y 8.9% respectivamente. Por lo tanto, evitar la lactancia materna en la madre que vive con el VIH/SIDA.¹¹ En el presente estudio de los 42 pacientes expuestos perinatalmente al VIH, el 100% tenía una alimentación a base de formula infantil.

El recién nacido hijo de madre con VIH se debe clasificar en recién nacido de alto riesgo: si presenta al menos uno de los factores de alto riesgo. Recién nacido de bajo riesgo: madre con carga viral no detectable al momento del parto y no presenta ningún otro factor de riesgo.¹⁸ De los 42 pacientes expuestos perinatalmente 54.76% (23) fueron clasificados como paciente de alto riesgo y 45.24% (19) fueron clasificados como bajo riesgo. Datos similares fueron reportados por Vidal y cols. según su categoría de riesgo 52% fueron clasificados como alto riesgo.⁸

El esquema de profilaxis post exposición que se le brindó al recién nacido expuesto al VIH en 52.38% (22) fue tratado con AZT/3TC + NVP (3 dosis) y en 47.62% (20) fue AZT + NVP (única dosis). Que es lo que recomienda actualmente el Manual de Atención Integral de la Secretaría de Salud de Honduras.¹⁸

El estudio de la infección por VIH en el recién nacido perinatalmente expuesto y el lactante menor de 18 meses se debe realizar mediante pruebas virológicas que utilizan técnica de ampliación del ácido nucleico, PCR-VIH que detecta ADN viral o prueba cuantitativa que detecta ARN viral. A todo recién nacido perinatalmente expuesto al VIH se le debe realizar una prueba de PCR-VIH en las primeras 72 horas de vida. Si la prueba de PCR-VIH a las 72 horas de vida es negativa, debe repetirse a las 6 semanas de vida (2 semanas después de la suspensión de la profilaxis). Para confirmar el diagnóstico de infección por VIH en el hijo/a de madre seropositiva se requieren dos o más pruebas virológicas positivas, una PCR-VIH confirmada con una prueba cuantitativa en copias por ml (Carga viral). Para descartar la infección por VIH se requieren por lo menos dos pruebas virológicas negativas, una de ellas realizada después de los 6 meses de vida. En los niños que han recibido lactancia materna para descartar infección por VIH se requieren dos pruebas virológicas negativas tomadas por lo menos 3 meses después de haber suspendido la lactancia materna.¹⁸ En este estudio se captó un niño 2.38% con PCR positivo. Datos similares fueron encontrados en estudios realizados en Venezuela y Honduras.^{8,16}

Actualmente, se conocen los mecanismos de la Transmisión Materno Infantil (TMI), así como los protocolos de atención y los esquemas de tratamiento profiláctico para la gestante con VIH y el niño expuesto al virus.¹⁹⁻²¹ Desde la introducción de los ARV para prevención de la transmisión del VIH de la madre a hijo/hija, la tasa de incidencia ha disminuido a cifras tan bajas como 1-2% según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lo cual es similar a lo encontrado en Honduras en el estudio en el cual se estimó una tasa de transmisión vertical del VIH del 4.7% en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas entre enero 2018–junio 2019.⁸ De los 42 pacientes perinatalmente expuestos al VIH en el Hospital Escuela, la incidencia total de transmisión vertical es de 2.38% (1) paciente.

Entre las principales limitaciones del estudio es tener una muestra pequeña de pacientes, por lo cual se debería realizar un estudio multicéntrico para determinar la incidencia verdadera de Transmisión Materna Vertical (TMV) en Honduras. Otra de las limitaciones es la falta de información en los expedientes, no pudiéndose estudiar otras variables.

En conclusión, es fundamental el tamizaje de VIH en toda mujer embarazada o que planee quedar embarazada, como medida preventiva para evitar la transmisión vertical. El seguimiento a las embarazadas con VIH por medio de los controles prenatales es fundamental, se debe investigar sobre los efectos secundarios al uso de ARV.

CONTRIBUCIONES

DAMR y KSEM contribuyeron en la conceptualización del diseño, adquisición de los datos, el análisis e interpretación de los datos, la redacción del trabajo, la revisión crítica de contenido intelectual y la aprobación final de la versión a ser publicada fue responsabilidad de ambos autores.

DETALLES DE LOS AUTORES

David Alexander Montoya Reales, Médico, Máster sobre infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. alexander.reales@unah.hn

Karen Sobeida Erazo Martínez, Pediatra, Máster sobre infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; karen.erazo@campusesther.org

REFERENCIAS

- Anangono Morales HP, Gómez Peláez GW, Luna Rodríguez HA. Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). RECIAMUC. [Internet]. 2018 [citado 18 septiembre 2024];2(2):214-229. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/87>
- Ordoñez OJ. Situación actual de la infección vertical por VIH. Rev Latin Infect Pediatr. 2020; 33(2): 63-65 doi: 10.35366/94415
- Arango-Ferreira C, Villegas DI, Burbano LD, Quevedo A. Calidad del seguimiento a la exposición perinatal al HIV y observancia de las estrategias reconocidas para disminuir su transmisión en un centro de referencia de Medellín. Biomédica. 2019;39(2):66-77.
- Plazola-Camacho NG, Ortiz-Ibarra FJ. Veinte años de experiencia en el manejo de la mujer embarazada infectada por VIH/SIDA en el Instituto Nacional de Perinatología. Bol Med Hosp Infant Mex. 2009;66(4):350-363.
- Morales-Pérez DM, Ojeda-Diezbarroso K. Prevención de la transmisión materno infantil de VIH (Segunda parte). Rev Enferm Infect Pediatr. 2018;30(124): 1298-1301.
- Fernández Vásquez JA. La epidemia de VIH/SIDA en Honduras: Discriminación, estigmatización y derechos humanos. Rev Med Hondur. 2003;71(1):35-41.
- Cantón Herrera AE, Dixon Córdobas JN, Stamp Lackood L, Rodríguez M. Comportamiento clínico y epidemiológico del VIH y SIDA en mujeres indígenas del Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi. Rev Univ Caribe. 2018; 21(2): 59-70.
- Vidal Bautista DM, Erazo K, Chevez P. Caracterización Clínico-Epidemiológica de pacientes perinatalmente expuestos al VIH en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. Acta pediatr Honduras. 2019-2020;10(2):1041-1046.

9. Moodley D, Esterhuizen T, Reddy L, Moodley P, Singh B, Ngaleka L, et al. Incident HIV infection in pregnant and lactating women and its effect on mother-to-child transmission in South Africa. *J Infect Dis.* 2011;203(9):1231-1234. doi: 10.1093/infdis/jir017
10. Parham L, Murillo W, Lorenzana de Rivera I. Resistencia del VIH en mujeres embarazadas de Honduras durante el año 2015. *Rev Cienc Tecnol.* 2016; (18): 47–59.
11. Ministerio de Salud y Deportes (BO). Caja Petrolera de Salud. Guía para la prevención de la Transmisión vertical del VIH En establecimientos de la Caja petrolera de salud. Bolivia: MSP, CP; 2013.
12. Gorbea Robles MC. Transmisión materno-infantil del VIH/SIDA. La otra cara de la pandemia. *Rev Mex Pediatr.* 2008;75(5):241-246.
13. Monteverdi M L, Cortiñas E, Lucca A. Verificación del desempeño analítico del método de cuantificación de carga viral de VIH M2000 ABBOTT-RT y comparación con el método Cobas Taqman VIH 2.0 Roche. *Bioquinforma Dig.* 2021: 1-7.
14. Boza Cordero R. Patogénesis del VIH/SIDA. *Rev CI EMed UCR.* 2017; 5(1):28-46.
15. Huamán B, Gushiken A, Benites C, Quiroz F, García-Fernández L. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(4):627-32. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.2725.
16. Linares Flores CA, Méndez Domínguez N. Transmisión vertical de VIH en pacientes de la consulta de infectología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" enero 2008- julio 2015. Puerto Cabello, Carabobo. *Bol Venez Infectol.* 2016; 27(2):104-112.
17. Peña A, Cerón I, Budnik I, Bartlett D, Cataldo K, Fernández AM, et al. Prevención de la transmisión vertical y efectos secundarios de la terapia anti-retroviral en hijos nacidos de madres seropositivas para VIH en el área Sur-Oriente de Santiago, Chile: perspectiva de 15 años. *Rev chilena Infectol.* 2013;30(6):644-652.
18. Secretaría de Salud (HN). Manual de atención integral del niño y niña con VIH. Tegucigalpa: SESAL; 2021.
19. Velásquez-Vásquez C, Espinola-Sánchez M. Caracterización de niños con VIH por transmisión materno-infantil atendidos en hospitales de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(4):694-99. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.4816>
20. Anangono-Morales HP, Gómez-Peláez GW, Luna-Rodríguez HA. Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) Dom. Cien. 2019;5(2):453-466.
21. Ordoñez Ortega J. Situación actual de la infección vertical por VIH. *Rev Latin Infect Pediatr.* 2020; 33 (2): 63-65. doi: 10.35366/94415

ABSTRACT. **Introduction:** Vertical transmission (VT) of the human immunodeficiency virus (HIV) is the main cause of VT of the virus in children under 15 years of age. Vertical transmission of HIV is defined as the infectious clinical entity of passing HIV from an infected pregnant woman to her child during pregnancy, labor, or during breastfeeding. **Objective:** To describe the characteristics of vertical transmission in a population of pregnant women infected with the human immunodeficiency virus, from January 2019 to December 2021 at the Hospital Escuela (HE). **Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study. The sample was 100% (42) of HIV-infected pregnant women who attended the Comprehensive Care Service at HE. Clinical records were reviewed and information on sociodemographic and clinical characteristics of the patients was recorded. The results were presented as frequencies and percentages of the variables studied. **Result:** 100% of the mothers were aware of the diagnosis of being HIV positive, 79% diagnosed prior to pregnancy, 100% on ARV treatment, 43% with undetectable viral load, 81% ended their pregnancy via cesarean section, 55% were categorized as high risk, 52% received ARV therapy for 4 weeks, HIV incidence was 2.4%, 1 of 42 patients.

Discussion: The request for an HIV diagnostic test in prenatal control should be performed routinely, implementing elective cesarean section, omission of breastfeeding and prenatal antiretroviral treatment, at the end of pregnancy and to the newborn to reduce vertical transmission.

Keywords: Vertical transmission of infectious disease, HIV infection diagnosis, Pregnant women.