

The image features a high-contrast, black and white aesthetic. On the right side, there is a silhouette of a baby's head and shoulder in profile, looking towards the left. On the left side, there is a complex, dark splatter pattern resembling ink or paint on a white background. In the center, there is a red ribbon symbol, a common icon for HIV/AIDS awareness. The text is positioned to the right of the ribbon.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN
VERTICAL DEL HIV



“A tu hijo transmítele solo amor”

**PREVALENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN NACIDOS VIVOS EN LA
CIUDAD DE CARTAGENA DURANTE EL PERIODO 2010**

**INDIRA ARTEAGA VILLARREAL
TATIANA CARABALLO ACOSTA
ERIKA PATRICIA DIAZ SOTO
EDITH HERRERA BARRIOS**

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARAS ZAINUM
SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARTAGENA-BOLIVAR
2011**

**PREVALENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN NACIDOS VIVOS
EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DURANTE EL PERIODO 2010**

**INDIRA ARTEAGA VILLARREAL
TATIANA CARABALLO ACOSTA
ERIKA PATRICIA DIAZ SOTO
EDITH HERRERA BARRIOS**

**ASESORA METODOLOGIA: JEIDIS BANQUEZ
ASESORA DISCIPLINAR: MARIA JOSE MEDINA**

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARAS ZAINUM
SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARTAGENA-BOLIVAR**

2011

NOTA DE ACEPTACION

ASESOR METODOLÓGICO

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

CARTAGENA D T Y C, 25 DE NOVIEMBRE DE 2011

La fe, el esfuerzo y optimismo dedicado a lo largo de los años de estudio, son el fruto de las personas que creyeron en nosotras.

Es por ello que este proyecto de grado está dedicado a nuestras familias, que nos apoyaron durante toda nuestra formación académica.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto de grado no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que nos brindaron su ayuda, sus conocimientos y su apoyo. Queremos agradecerle a todos ellos cuanto han hecho por nosotras para que este proyecto saliera adelante de la mejor manera posible

A Dios todopoderoso por habernos dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo.

A mis compañeras de tesis por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por su comprensión y paciencia para superar tantos momentos difíciles

Quedamos especialmente agradecidas a nuestra asesora MARIA JOSE MEDINA, por su apoyo, consejos y ayuda.

A la entidad pública el **DADIS** por toda la información suministrada.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivo nuestros más sinceros agradecimientos.

CONTENIDO

	PAG
RESUMEN	14
INTRODUCCION	16
1. TITULO	18
1.2 El problema.....	19
1.21. Descripción del problema.....	19
1.2.2. Formulación del problema.....	24
2. JUSTIFICACIÓN	25
3. OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo General	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
4. MARCO TEÓRICO	29
4.1 Estado del arte	29

4.2 Marco Legal.....	45
4.3 Marco teórico	48
4.4 Marco Conceptual.....	54
4.5 Marco Ético.....	61
5. METODOLOGÍA.....	63
5.1 Tipo de Estudio.....	63
5.2 Población y muestra.....	63
5.3 Variables y operacionalización de variables.....	63
5.4 Técnicas de recolección de la información.....	66
5.5 Técnicas de análisis y resultados.....	66
6. RESULTADOS ENCONTRADOS.....	67
7. CONCLUSIONES.....	74
8. RECOMENDACIONES.....	81

BIBLIOGRAFÍA

LISTA DE TABLA

TABLAS.	Pág.
Tabla 1	32
Mujeres embarazadas infectadas por virus de inmunodeficiencia humana incorporada en el Protocolo ACTG 07	
Tabla 2.	33
Tasa de transmisión vertical de virus de inmunodeficiencia humana con la aplicación del Protocolo ACTG 076 (1995-1998)	
Tabla 3.	64
Variables y operacionalización de variables	

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICAS.....	Pág.
Grafica 1.	67
Porcentaje de Ubicación de la Población Gestante con Diagnóstico de VIH Positivo, en 2010 por Localidades en la ciudad de Cartagena. Fuente: DADIS	
Gráfica 2.	69
Porcentaje del Tipo de Afiliación, Población Gestante con Diagnóstico de VIH Positivo, en 2010 en la ciudad de Cartagena. Fuente: DADIS	
Grafica 3.	70
Porcentaje de Edad de la Población Gestante con Diagnóstico de VIH Positivo, en 2010, Fuente: DADIS	
Gráfica 4.	71
Semanas de Gestación al diagnóstico de VIH (+). Fuente: DADIS	
Grafica 5.	73
Porcentaje de Gestantes con Diagnostico de VIH, nuevas y reingreso. Fuente DADIS	

Grafica 6. 74

Semanas de Gestación al 1 control Prenatal en Cartagena, 2010. Fuente DADIS

GRAFICA 7. 75

Gestantes con Diagnostico VIH, que recibieron tratamiento. Fuente: DADIS

Grafica 8..... 76

Total de Recién Nacidos Vivos en Cartagena, 2010. Fuente DANE

Grafica 9..... 77

Relación de Estado Final de Diagnóstico del Recién Nacido, producto de embarazo, de Gestantes con Diagnóstico de VIH (+), Cartagena, 2010. Fuente DADIS.

LISTA DE ANEXOS

	PAG
ANEXO A. PRESUPUESTO.....	82
ANEXO B. CRONOGRAMA.....	84

GLOSARIO

ANTIRRETROVIRALES: Son medicamentos para el tratamiento de la infección por el retrovirus VIH, causante del sida.

GESTANTE: estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA

PREVALENCIA: Es a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo").

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TRASMISION VERTICAL: Es la transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

ZIDOBUDINA: Antiviral frente a retrovirus, inhibe la transcriptasa inversa bloqueando la formación de ADN proviral.

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en niños han aumentado significativamente.

Esto se debe, en gran parte, a que la epidemia del VIH/SIDA dejó de ser una enfermedad que ataca al ser humano sin distinción de raza, sexo o edad.

Durante el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA han estimado que cinco millones de personas nuevas se infectaron y la población femenina perjudicada es de 17.6 millones. Con esto se demuestra que la mujer está cada vez más expuesta a la infección y que es capaz de transmitir el VIH a su hijo si no hay una intervención terapéutica adecuada en el período de gestación.

Objetivo: Determinar prevalencia de Transmisión vertical de VIH/SIDA que transcurrió en la Ciudad de Cartagena en el periodo 2010. **Material y Método:** Tipo de estudio Descriptivo Retrospectivo con una muestra de 17 mujeres Gestantes con VIH/SIDA de la Ciudad de Cartagena del año 2010, y una población de 41.641 nacidos vivos (Hombres 8.675 y Mujeres 8.293), dicha muestra fue suministrada por el DADIS y el DANE.

Resultados: Entre la semana 31-35 (5 casos), en segundo lugar encontramos los casos entre las sem 6-10 (3 casos), 21-25 (3 casos). A continuación en el

tercer lugar encontramos los rangos entre 11-15sem (2 casos) y 26-30sem (2 casos)

Conclusiones: La transmisión vertical en la ciudad de Cartagena, es un evento que ha tenido prevalencia en años anteriores y en la actualidad sigue en igual de condiciones, la causa principal se origina en la inasistencia oportuna a los controles prenatales, debido a muchos factores: temor al rechazo por la sociedad, a ser señalada por tener la infección, tal vez el tipo de aseguramiento no brinda la atención adecuada para tratar la infección y prevenir la transmisión ya que la mayoría de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el estado socioeconómico en este tipo de población no es el más efectivo para costear los tratamientos ya que son de alto costo, todo esto conlleva a que se dé rápidamente la transmisión vertical.

INTRODUCCIÓN

El presente Proyecto de Grado investigación está tiene como objetivo conocer la prevalencia epidemiológica de la transmisión por VIH/SIDA en la mujer cartageneras

El SIDA es un problema de salud pública que afecta a todas las personas, sin distinción de su condición económica, edad, sexo o raza.

La pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo se encuentran entre los principales factores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA, éste a su vez agrava la pobreza.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia retrovirus, de la subfamilia lentivirus, del cual se han identificado dos tipos:

VIH-1, el más frecuente, que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y a la muerte; VIH-2, transmitido con menor eficacia, más indolente, pero que también termina en SIDA y muerte. Ambos tipos son de estructura viral y genómica muy similar.¹

La transmisión por vía vertical o de madre-hijo, es una de las preocupaciones mayores ya que una madre portadora o enferma de SIDA le trasmite el virus al

¹ Dr. Enrique Valdés VIH-sida y embarazo: actualización y realidad en Chile, R, Revista chilena de obstetricia y ginecología, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000200016

hijo; ya sea durante la gestación, el momento del parto o durante la lactancia materna, el cual representa un problema para el crecimiento del Recién nacido

Es importante que el personal de salud sepa que debe ofrecer el test y que las mujeres conozcan su derecho a exigirlo gratuitamente son dos cuestiones de peso para avanzar en el campo de la prevención de la transmisión perinatal.

1. TITULO

**PREVALENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN NACIDOS VIVOS EN LA
CIUDAD DE CARTAGENA DURANTE EL PERIODO 2010**

1.2 EL PROBLEMA

1.21. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en niños han aumentado significativamente.

Esto se debe, en gran parte, a que la epidemia del VIH/SIDA dejó de ser una enfermedad que ataca al ser humano sin distinción de raza, sexo o edad.²

Durante el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA han estimado que cinco millones de personas nuevas se infectaron y la población femenina perjudicada es de 17.6 millones. Con esto se demuestra que la mujer está cada vez más expuesta a la infección y que es capaz de transmitir el VIH a su hijo si no hay una intervención terapéutica adecuada en el período de gestación.³

El creciente número de infecciones en mujeres en edad fértil ha significado un progresivo aumento en los casos de sida pediátrico.⁴

En 2007 viven 33,2 (30-36) millones de personas con VIH en el mundo, Se estima que en 2007 en América Latina viven 1.3 millones (1.4-1.9) de personas con VIH y se infectaron 100.000 personas (47.000-220.000) y murieron 58.000 (49.000-91.000) personas por causa del VIH.

²Dr. José Antonio Suárez, Dra. Laura Naranjo Lara, Transmisión Vertical del VIH-SIDA, <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF> Venezuela

³Dr. José Antonio Suárez, Dra. Laura Naranjo Lara, Transmisión Vertical del VIH-SIDA, <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF> Venezuela

⁴Dr. José Antonio Suárez, Dra. Laura Naranjo Lara, Transmisión Vertical del VIH-SIDA, <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF> Venezuela

No obstante, algunos de los aumentos más preocupantes es el número de nuevas infecciones que se registraron en países con grandes poblaciones, en otras regiones como la Federación de Rusia, Indonesia y algunos países de ingresos económicos altos. Desde 1981 han muerto 25 millones de personas y han quedado 11.6 millones de huérfanos por causa del SIDA.

Para fines del mismo año, del total de casos de VIH en adultos en el mundo, el 50% han sido mujeres y la mitad de todos los infectados son menores de 25 años. En los países en vía de desarrollo hay una necesidad de medicamentos para cubrir 9.7 millones de personas infectadas, de los cuales sólo lo están recibiendo el 31%. Cada año se incrementa la morbilidad por VIH y las cifras ascienden a más de 33 millones, siendo en orden descendente el número de casos en regiones como: África subsahariana, Asia, América del Norte, Europa Occidental y Central, Latino América, Europa Oriental, Asia Oriental, África del Norte, Oriente Medio y El Caribe.

El total de nuevas infecciones que se estimó por el VIH en América Latina en el 2007 (2008) fue de 140.000 (entre 88.000-190.000), y en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH ascendió a 1'700.000 (1,5 millones-2,1 millones), de los cuales la mayoría se ubica en Brasil, Colombia, México y Argentina con prevalencias menores de 0.5%. Basándose en las estimaciones, aproximadamente 63.000 (entre 49.000-98.000) personas fallecieron como consecuencia del SIDA durante el año 2007.⁵

⁵Tutor: Dra. Marcela Agostini Debut clínico o asintomático de HIV/SIDA en la Era HAART, Universidad Abierta Interamericana, <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC087275.pdf>

Transmisión del VIH en América Latina corresponde principalmente a trabajadores del sexo, masculinos y femeninos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; y en menor medida, a personas que utilizan drogas inyectables (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y el norte de México). El tratamiento con Antirretrovirales es desigual en cada país. El 76% del total de personas con VIH recibe tratamiento y ha ganado 834.000 años de vida entre el 2002 y el 2006.

La problemática del VIH en Latino América, guarda algunas semejanzas en general. Sin embargo, ha de ser vista cuidadosamente en cada país, y sus particularidades debido principalmente al bagaje histórico social de cada uno, de su cultura, desarrollo científico tecnológico y organización político administrativa.

En el caso de Colombia, la epidemia desde 1983 a la fecha es concentrada según clasificación de ONUSIDA y se espera para el 2015, mantener la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años.⁶

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), reportó un total acumulado de 57.489 casos de infección por VIH o en estadio de SIDA, cerca de 24.000 de los cuales han fallecido.

⁶Plan nacional de respuesta ante el vih y el sida Colombia 2008-2011

El 76.6% de los casos reportados en el periodo 1983-2007 son hombres, el 22.1% son mujeres y sin información en el 1.2% del total de las fichas de notificación.⁷

En los casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 58.1% corresponde al comportamiento heterosexual y el 37.6% homosexual y bisexual. El 57.7% se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad, pero en los últimos años se evidencia un incremento de casos en los grupos mayores de 45 años con el 13.1% de la participación. El 3.3% (1.873 casos) son menores de 18 años.⁸ Se realizaron pruebas de tamizaje a 547.164 gestantes. 1.127 de las cuales (0.21%), tuvieron diagnóstico confirmado de VIH. De estos embarazos se tiene información de 866 nacimientos, de los cuales 827 (95.5%) han recibido profilaxis. En el total de nacidos únicamente se han presentado 30 casos de niños y niñas VIH positivos (3.5%).⁹ El 1.9% de los casos reportados (1.085 casos), corresponden a transmisión perinatal.

Es un problema de salud pública porque genera un vertiginoso incremento, Disminuye la calidad de vida, las personas viviendo con VIH le son vulnerados derechos.

Riesgos epidemiológicos

Incidencia de transmisión vertical de **VIH/SIDA:**

En niños entre 1-5 años se presentaron 2 casos (1.5%), lo cual nos habla de transmisión vertical (madre-hijo) durante el embarazo. Obteniéndose una tasa

⁷Él puso, periódico para el sector salud, En Colombia: prevalencia concentrada de la epidemia de VIH/sida, , <http://www.periodicoelpulso.com/html/0808ago/general/general-10.htm>

⁸ Él puso, periódico para el sector salud, En Colombia: prevalencia concentrada de la epidemia de VIH/sida, , <http://www.periodicoelpulso.com/html/0808ago/general/general-10.htm>

⁹Él puso, periódico para el sector salud, En Colombia: prevalencia concentrada de la epidemia de VIH/sida, , <http://www.periodicoelpulso.com/html/0808ago/general/general-10.htm>

de transmisión vertical de 0.21 por 100.000 habitantes. No se reportaron casos en niños menores de 1 año. El 39.5% de los casos (51) pertenecen a población vinculada, el 32.6% (42) pertenecen al régimen subsidiado y el 23.3% (30) al contributivo. Un 4.7% de los pacientes (6) no pertenece a ningún régimen. Tratándose de un evento con un largo periodo asintomático y el estigma social que conlleva, favorece que un alto porcentaje de los casos se mantengan ocultos y se diagnostiquen en forma tardía cuando ya son evidentes las manifestaciones clínicas. Son precisamente estos pacientes asintomáticos, no diagnosticados, los de mayor riesgo para la trasmisión de la enfermedad en la comunidad.¹⁰

¹⁰: Director: Nelson Alvis Guzmán, Departamento Administrativo Distrital De Salud – DADIS, Oficina de epidemiología –DADIS.

1.2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN NACIDOS VIVOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2010?

2. JUSTIFICACIÓN

La transmisión vertical de VIH en nacidos vivos es una enfermedad que tiene actualmente un impacto sociodemográfico importante dentro de los diferentes grupos poblacionales en la ciudad de Cartagena, principalmente en la población adolescente.

En cuanto a la epidemiología, el número de casos de infección por VIH, en el mundo, ha aumentado significativamente desde que se reportó el primer caso el 5 de mayo de 1981. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que hasta diciembre de 1999 alrededor de 33.600.000 personas estaban infectadas por el VIH, de las cuales 32.400.000 era adultos y 1.200.000 eran menores de 15 años. Las muertes por causa del SIDA reportadas ascienden a 16.300.000 (3.600.000 corresponden a menores de 15 años).¹¹

A pesar de que actualmente existe un tratamiento para la prevención de la enfermedad, aun no se ha podido disminuir la tasa de transmisión vertical al niño.

Esto se debe a múltiples factores, como inasistencias oportuna a controles prenatales, el cual posteriormente puede existir el riesgo de producir esta enfermedad, factores socioeconómicos, ya que la terapia antirretroviral es de

¹¹Autor: Dr. Darwin Villegas | Publicado: 26/04/2010 | Enfermedades Infecciosas , Ginecología y Obstetricia , Medicina Preventiva y Salud Publica |

alto costo para la persona, y Cartagena es una ciudad en la cual la mayoría de sus habitantes son de bajos estratos, falta de educación durante el periodo de gestación, creencias religiosas que tenga la persona, temor a ser rechazados por la sociedad, entre otros factores.

Frente a esta problemática que se está presentado actualmente en la ciudad de Cartagena, nos hace pensar que será en algunos 4 o 5 años si esta situación sigue igual o peor, es muy importante tener este evento en alerta roja ya que en esta enfermedad se ven afectadas dos personas.

Eliminar casi por completo la transmisión materno infantil es complicado. Durante la última década se han conseguido progresos significativos. Las tasas de infección entre niños cuyas madres eran seropositivas descendió un 26% de 2001 a 2009.

Sin embargo, todavía se necesita hacer mucho más para evitar que las madres mueran y que sus bebés se infecten por el VIH. El virus es la principal causa de mortalidad en mujeres en edad reproductiva. Sin una intervención, en torno a uno de cada tres niños nacerá con el VIH.¹²

Es muy importante que la universidad estudie más a fondo sobre la temática de nuestro proyecto de grado, porque la transmisión vertical de VIH/SIDA en nacidos vivos es un problema de salud pública que esta afectando a diferentes poblaciones de la ciudad de Cartagena. Nuestra propuesta para la universidad es que el proyecto no quede en archivo, al contrario que sea conocido por otras universidades, entes territoriales, organizaciones de salud, para así difundir la

¹²ONUSIDA Colombia 2011. www.onusida.org.co

información y crear estrategia de educación en cada uno de los centros de salud de todas las localidades sobre todo en aquellos barrios dónde los estratos socioeconómicos son muy bajos, donde halla la participación de todas las familias.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar prevalencia de Transmisión vertical de VIH/SIDA que transcurrió en la Ciudad de Cartagena en el periodo 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.
- Analizar la relación entre inicio de control prenatal diagnóstico e inicio de tratamiento.
- Identificar factores relacionados con el recién nacido que favorecen la transmisión vertical.
- Determinar las características de la atención en la realización de los test de diagnóstico de VIH a la embarazada.
- Identificar la provisión de tratamiento de VIH según el algoritmo nacional en las embarazadas con serología positiva.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ESTADO DEL ARTE.

REVISTA CHILENA DE INFECTOLOGÍA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ACTG 076 EN CHILE (2000)

ANA CHÁVEZ P.1, ANA M. ÁLVAREZ P.1, ELBA WU H.1, Y

COMITÉ NACIONAL DE SIDA PEDIÁTRICO, SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

La frecuencia de infección por VIH en mujeres chilenas ha aumentado en los últimos años determinando un aumento de niños expuestos al VIH a través de transmisión vertical.

Considerando que más del 90% de las infecciones por VIH en niños se adquiere a través de este mecanismo, una de las estrategias más importantes para su prevención en pediatría será la implementación de medidas que disminuyan el riesgo de este tipo de transmisión.¹³

Los primeros casos de transmisión vertical en nuestro país fueron diagnosticados en 1989. Desde esa fecha hasta 1994 la tasa de transmisión era de 35,4%.¹⁴

¹³Ana Chávez P.1, Ana M. Álvarez P.1, Elba Wu H. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. www.scielo.cl/

¹⁴Ana Chávez P.1, Ana M. Álvarez P.1, Elba Wu H. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. www.scielo.cl/

Entre las medidas que han demostrado disminuir la transmisión vertical destaca el protocolo ACTG 076, estudio del AIDS Clínica Trial Group de E.U.A. y Francia.

En esta experiencia se comparó la transmisión vertical en mujeres embarazadas infectadas por VIH a las que se les administró zidovudina (ZDV) durante el embarazo y parto y al RN, con un grupo control que recibió placebo, obteniendo una muy importante reducción de la transmisión de la infección, 8,3% en el grupo que recibió ZDV versus 25,5% en el que recibió placebo.

Este estudio exigió estrictos criterios de inclusión, que fueron tener entre 14 y 34 semanas de gestación al momento de comenzar la terapia, enfermedad en etapa inicial, con recuento de CD4 > 200/mm³, no haber recibido terapia antirretroviral durante el embarazo y no tener indicaciones clínicas para ésta.

Se administró ZDV oral a la mujer embarazada, en dosis de 100 mg 5 veces al día, hasta el final de la gestación. Durante el parto se infundió una dosis de carga de 2 mg/kg por vía intravenosa, seguida de infusión continua de 1 mg/kg/h y se continuó con la administración de ZDV oral al recién nacido durante 6 semanas (dosis 2 mg/kg, cada 6 horas), desde las 8 a 12 horas de vida.¹⁵

Estudios posteriores demostraron que este esquema de tratamiento también era efectivo en mujeres embarazadas con enfermedad más severa, con recuento de CD4 < 200/ mm³ y en las que iniciaban tratamiento después de las 34 semanas de gestación.^{3, 4}

¹⁵IBID. PAG 28

A raíz de los resultados obtenidos en este protocolo, en E.U.A. se recomendó el uso de ZDV durante el embarazo, parto y en el RN, como profilaxis de la transmisión vertical, en toda mujer gestante infectada por VIH, independientemente de su estado clínico e inmunológico y de la edad gestacional. ¹⁶

En 1995 se inició en Chile el uso de este protocolo incorporándose un número creciente de mujeres embarazadas en los años siguientes. ¹⁷

Con el objeto de evaluar los resultados de la aplicación del protocolo ACTG 076 en nuestro país, comparamos la tasa de transmisión vertical en un grupo de mujeres gestantes conocidas incluidas en éste, con la tasa observada en un grupo de madres que no recibió terapia antirretroviral, durante el período de implementación progresiva este programa nacional. ¹⁸

Datos arrojados

Durante el período de estudio se pesquisaron 183 hijos de madres infectadas por VIH. La tasa global de transmisión durante el período de estudio, considerando las madres con tratamiento y las que no lo recibieron, fue de 23,0%.

El año 1995 se inició el uso del protocolo ACTG 076 con la incorporación de 17 mujeres embarazadas, el año 1996 se incluyó a 22, en 1997 a 24 y en 1998 a

¹⁶IBID. PAG 28

¹⁷IBID. PAG 28

¹⁸IBID. PAG 28

39, con un total de 102 casos que corresponde al 55,7% de las mujeres gestantes infectadas pesquisadas durante ese período¹⁹

Tabla 1. Mujeres embarazadas infectadas por virus de inmunodeficiencia humana incorporada en el Protocolo ACTG 07

Año	Madres VIH (+)	Uso de Protocolo ACTG 076	
	N	N	%
1995	39	17	43.6
1996	40	22	55.0
1997	49	24	49.0
1998	55	39	70.9
Total	183	102	55.7

En 20 de estos casos (19,6%) el protocolo no se cumplió en forma completa, en ellos se usó ZDV sólo en el parto y en el recién nacido y en 2 casos sólo en el recién nacido.²⁰

De los 102 hijos de madres tratadas con ZDV, se comprobó infección en 7, con una tasa de transmisión de 6,9%²¹

Tabla 2. Tasa de transmisión vertical de virus de inmunodeficiencia humana con la aplicación del Protocolo ACTG 076 (1995-1998)

¹⁹IBID. PAG 28

²⁰IBID. PAG 28

²¹IBID. PAG 28

Año nacimiento	RN	RN infectados	Tasa de transmisión (%)
1995	17	2	
1996	22	2	
1997	24	2	
1998	29	1	
Total	102	7	6.9%

TRATAMIENTO DE LA GESTANTE SEROPOSITIVA AL VIH Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

DRA. TANIA ROIG ALVAREZ¹, DRA. IDA GONZÁLEZ NÚÑEZ², DR. DENIS BERDASQUERA CORCHO³, DR. JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ VAREA⁴ Y DR. DAILÉ BURGOS ARAGÜEZ⁵ REV CUBANA OBSTET GINECOL 2007; 33(1)

A partir del año 2000, se ha observado un incremento de nacimientos en mujeres seropositivas al VIH en Cuba. Hasta el momento, la atención del embarazo y el parto en gestantes seropositivas se encuentra centralizada por provincias, y el centro rector del país lo constituye el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”.

Sin embargo, en el quehacer diario, los médicos generales integrales y los especialistas en ginecología y obstetricia pueden brindar atención médica a gestantes infectadas por el VIH, fuera de los centros de referencias y en países donde brinden colaboración.²²

²²

Por lo tanto, necesitan conocer las medidas que se utilizan en el país y las estrategias más importantes en el mundo con vistas a disminuir la transmisión del VIH de madre a hijo. Con el objetivo de realizar una actualización sobre este tema, se revisaron las publicaciones especializadas sobre VIH/SIDA en los últimos 12 años a nivel mundial en revistas de impacto, brindando una guía para el tratamiento de las gestantes infectadas y las principales estrategias de prevención de la transmisión vertical.²³

RESULTADOS

El programa nacional de prevención de la transmisión vertical del VIH, se ajusta a las estrategias preventivas más relevantes. Las principales medidas a aplicar en gestantes seropositivas son: la valoración clínica, virológica e inmunológica desde la captación del embarazo, el uso de AZT oral desde las 14 sem y hasta el parto, triterapia que incluya de ser posible el AZT en caso de que la carga viral se encuentre por encima de 1000 copias/mL o en gestantes con triterapia previa, nacimiento por cesárea programada a las 38 sem, indicación de AZT endovenosa intraparto, suspensión de la lactancia materna y uso de AZT en el recién nacido por 6 sem.²⁴

²³Dra. Tania Roig Alvarez¹, Dra. Ida González Núñez ², Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de la transmisión vertical, Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, Rev Cubana Obstet Ginecol 2007;33(1), http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_1_07/gin05107.html

²⁴Dra. Tania Roig Alvarez¹, Dra. Ida González Núñez ², Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de la transmisión vertical, Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, Rev Cubana Obstet Ginecol 2007;33(1), http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_1_07/gin05107.html

Sería recomendable que tanto médicos generales y perinatólogos, tuviesen en cuenta todas las orientaciones brindadas en este artículo, con vistas a disminuir la transmisión vertical del VIH en Cuba.²⁵

LA TUBERCULOSIS AUMENTA EL RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

PLANETA SALUD. 22/FEB/2011

Un reciente estudio publicado por el Journal of Infectious Diseases, del que la web de Aidsmap se hace eco, indica que la tuberculosis materna puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo/a. El estudio fue llevado a cabo por un grupo de investigadores en la India y contribuye en la mejora del conocimiento de uno de los mayores problemas de salud de mundo, la transmisión vertical del VIH.²⁶

La tuberculosis es la principal causa infecciosa de muerte en mujeres en zonas donde la tuberculosis es endémica, como África subsahariana y Asia, y entre mujeres que viven con VIH en países con rentas medias y bajas. Como indica Ben J. Marais, especialista en salud infantil de la Universidad Stellenbosch (Sudáfrica), en un artículo editorial dedicado al estudio, la TB y la coinfección TB-VIH están asociadas con problemas en el embarazo y con la enfermedad o muerte de la madre o el bebé después del nacimiento.²⁷

²⁵IBID. PAG 33

²⁶Journal of Infectious Diseases, La tuberculosis aumenta el riesgo de transmisión vertical del VIH, Planeta Salud. 22/Feb/2011, <http://www.planetasalud.org/2010/site/?p=articulos&tipo=1&id=213>

²⁷Journal of Infectious Diseases, La tuberculosis aumenta el riesgo de transmisión vertical del VIH, Planeta Salud. 22/Feb/2011, <http://www.planetasalud.org/2010/site/?p=articulos&tipo=1&id=213>

DATOS ARROJADOS

Los resultados mostraron que de las 783 madres, 33 tuvieron tuberculosis (tres casos fueron diagnosticados antes de entrar en el estudio y los 30 casos restantes se diagnosticaron en el transcurso del ensayo). De estos 33 casos, en un 30% se transmitió el virus de madre a hijo. En los casos en los que no hubo coinfección VIH/TB, la cifra de casos de transmisión vertical del VIH se redujo a un 12%.²⁸

Ben Marais indica en su artículo que la proximidad temporal entre el diagnóstico de TB en la madre y el diagnóstico de VIH del bebé, la mayoría durante el parto, sugiere que hay una relación causal entre ambos. Algo que lleva a considerar que la prevención de la TB en mujeres con VIH embarazadas debería tenerse en cuenta como vía de prevención de la transmisión vertical del VIH.

Aunque para ello, como señala Marais, “es necesaria más investigación operacional que muestre la viabilidad, los beneficios y riesgos de subadministrar terapia preventiva de TB en mujeres con VIH embarazadas”.²⁹

²⁸IBID. PAG 34

²⁹IBID. PAG 34

REVISTA CHILENA DE INFECTOLOGIA
INFECCIÓN POR VIH EN CUBA POR TRANSMISIÓN VERTICAL. REPORTE
DE NUEVE CASOS FATALES EN 10 AÑOS
IDA GONZÁLEZ N., MANUEL DÍAZ-JIDY, DENIS BERDASQUERA C, M.
EUGENIA TOLEDO R. Y JORGE PÉREZ Á.
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL PEDRO KOURÍ, LA HABANA, CUBA.
REV. CHIL. INFECTOL. V.25 N.1 SANTIAGO FEB. 2008Ç

INTRODUCCIÓN

Más de 90% de los niños infectados en el mundo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) han adquirido la infección por transmisión vertical (TV), alcanzando cerca de 100% en los países subdesarrollados. Al cierre del 2006, se estimó que 700.000 lactantes en todo el mundo habían contraído la infección por el VIH, la inmensa mayoría de ellos durante la gestación y el parto, o asociado a la lactancia materna. Cerca de 570.000 han fallecido a raíz del SIDA.³⁰

Estudios llevados a cabo en niños infectados por TV han permitido clasificar la historia natural de la enfermedad en dos formas de presentación clínica. En la primera, los niños se presentan con manifestaciones precoces y con enfermedades graves marcadoras de SIDA en los primeros meses de vida, que puede incluir o no al SNC.

³⁰Ida González N., Manuel Díaz-Jidy, Denis Berdasquera C, Infección por VIH en Cuba por transmisión vertical. Reporte de nueve casos fatales en 10 años, Rev Chil Infect 2008; 25(1): 41-48, Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, La Habana, Cuba.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100009

La forma de progresión es rápida y abarca aproximadamente a 15 - 25%>, de los casos; antes de la era de los anti-retrovirales, fallecían entre los tres y cinco años de edad.

En la segunda forma evolutiva, las manifestaciones clínicas iniciales aparecen entre los cuatro y siete años de edad, con las enfermedades oportunistas marcadoras de SIDA y el curso de la enfermedad es más lento; son los llamados progresores lentos y constituyen 75 a 85%> de los niños. Antes de la era de los anti-retrovirales fallecían al entrar en la adolescencia y su evolución es similar a los adultos aunque con una velocidad mayor que la observada en ellos²⁻⁴.

La velocidad de progresión de la infección hasta llegar a desarrollarse el SIDA estaría determinada por múltiples factores, a saber: momento de la transmisión: in útero o intraparto, estado inmunitario materno (recuento de CD4) y carga viral (CV) materna durante la gestación, estado inmunitario del RN, factores genéticos del hospedero y otros inherentes a la cepa viral, en investigación. Favorecerían una forma de progresión rápida la infección por VIH transmitida in útero, un recuento de CD4 bajo y CV viral materna alta durante el embarazo y una carga viral alta y recuento bajo de CD4 en el niño en las primeras semanas de vida.³¹

En Cuba, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA¹⁰, ha ido incorporando diversas medidas profilácticas para la transmisión vertical en la medida de haberse establecido su utilidad, las que se resumen así: proscripción de la lactancia materna reglamentada desde 1986, resolución del

³¹IBID. PAG 36

parto por cesárea programada al término del embarazo desde 1989, profilaxis con zidovudina (AZT) desde 1997, administración de tratamiento anti-retroviral de gran actividad (TARGA) a aquellas mujeres gestantes que tengan CV mayor de 1.000 copias de ARN/ml y CD4 menor de 350 células/ mm³, en un primer chequeo realizado al iniciar el control del embarazo, desde el año 2001.

Además, partir de 2003 se incluyó la realización de una segunda prueba de ELISA para VIH en el segundo trimestre de la gestación, RPC para VIH en papel de filtro a todos los hijos de madres seropositivas desde el año 2004 y la administración de AZT endovenoso intraparto en las cesáreas programadas a todas las mujeres gestantes portadoras del virus, desde el año 2005.³²

El cumplimiento de estas normativas ha permitido que, hasta el 31 de diciembre de 2006, se hayan pesquisado 265 niños hijos de madres seropositivas: 124 del sexo femenino y 141 masculinos. Esta cifra incluye todos los niños nacidos bajo esta condición, independientemente de que la madre haya recibido o no TARGA. De ellos, 29 han sido infectados, 27 han desarrollado SIDA - 9 han fallecido y 18 reciben TARGA, dos son asintomáticos.³³

Del resto de los niños; 172 resultaron no infectados por el VIH, demostrado por dos RPC y dos Western blot negativos entre los 18 y 24 meses de edad y, al momento de realizarse este reporte, 64 se encuentran en estudio. La tasa de transmisión general madre-hijo, al cierre de 2006, fue de 10,9% (29/265) y de 3,2% (1/29) en aquellas madres que cumplieron correctamente todas las

³² IBID. PAG 36

³³ IBID. PAG 36

medidas profilácticas indicadas en el programa de prevención y control implantado en el país.³⁴

En el presente artículo se presentan todos los niños que adquirieron la infección por VIH/SIDA por TV en Cuba y fallecieron, sus aspectos clínicos y evolutivos, los hallazgos anátomo-patológicos de aquellos a los que se les realizó necropsia y el análisis de cumplimiento de las medidas profilácticas en ellos.³⁵

Datos arrojados

El 44,4% (4/9) de los embarazos fueron pesquisados después de las 14 semanas de gestación.

La edad gestacional media de las madres, al momento del parto, fue de 37,6 semanas³⁶

³⁴IBID. PAG 36

³⁵IBID. PAG 36

³⁶IBID. PAG 36

Tabla 1. Características clínicas de las madres de los niños infectados por vía vertical con VIH, fallecidos y medidas profilácticas aplicadas. Cuba 1986-2006									
Antecedentes clínicos	Casos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Detección del embarazo	20,1 semanas	12 semanas	16 semanas	11 semanas	10 semanas	18 semanas	12 semanas	20 semanas	11 semanas
Tipo de parto	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Vaginal	Cesárea
Edad gestacional al parto	39 semanas	39 semanas	38 semanas + 3 días	38 semanas + 4 días	33 semanas + 6 días	38 semanas + 5 días	40 semanas	35 semanas	37 semanas
Peso al nacer en gramos	3.500 gr	2.900 gr	2.850 gr	3.175 gr	1.940 gr	3.540 gr	2.750 gr	1.870 gr	2.550 gr
Profilaxis con AZT en la madre	No	No	No	No	SI	SI	SI	No	SI
Profilaxis con AZT en el niño	No	No	No	No	SI	SI	SI	No	SI

Fuente: Dpto. de Admisión, Archivo y Estadísticas, IPK

Seis niños 66,6% (6/9) nacieron por cesárea, el peso promedio al nacer fue de 2.786 gr. Cuatro binomios madre-hijo (44,4%) recibieron profilaxis con AZT.³⁷ Todos los infantes de nuestra casuística desarrollaron una progresión rápida hacia el SIDA en los primeros meses y años de la vida y en dos casos se presentó compromiso del SNC.

Seis de los niños 66,6% presentaron neumonía por *Pneumocystisjiroveci*. Cinco (55,5%) de los nueve fallecidos eran lactantes bajo un año de edad, siete fallecieron antes de arribar al segundo año y, de forma general, ocho murieron antes de los cinco años de edad.³⁸

Se efectuó necropsia a cuatro de los fallecidos (44,4%). La causa básica de la muerte en todos los casos fue el SIDA y en los que se les realizó necropsia, las

³⁷IBID. PAG 36

³⁸IBID. PAG 36

principales causas directa de la muerte fueron: hipertensión endocraneana (n: 1), cor pulmonar crónico (n: 1), insuficiencia respiratoria por citomegalovirus (n: 1), neumonía mixta por P. jiroveci y CMV (n: 1).³⁹

CASO 1: Paciente femenina, nacida en 1986, en Ciudad Habana, a las 39 semanas de gestación, hija de ambos padres seropositivos para VIH. Fue el primer caso que se diagnosticó en el país en 1986, al comienzo de la implementación del programa de prevención y control. Se inició en control del embarazo en la madre a las 20,1 semanas de gestación. Nació por vía vaginal.

Ni la madre ni la niña recibieron tratamiento con ARV, pues no fue hasta 1997 y 2001, que estas medidas se incorporaron al programa respectivamente. Falleció en 1990 a la edad de 3 años 3 meses. Experimentó el primer patrón evolutivo (progresión rápida), necesitando ingresos hospitalarios en 14 oportunidades, con múltiples enfermedades oportunistas como muestra la Tabla 2. Según la clasificación del CDC de Atlanta de 1987, se ubicó en el grupo P-2 ABCDF. Se le realizó necropsia y la causa directa de la muerte fue una hipertensión endocraneana secundaria a encefalitis de curso sub-agudo.⁴⁰

CASO 2: Paciente femenina, nacida en 1989, en Ciudad Habana, a las 39 semanas de gestación, hija de ambos padres seropositivos para VIH. Se captó el embarazo de la madre a las 12 semanas de gestación. Ni la niña ni la madre recibieron profilaxis con AZT. Nació por cesárea programada y desarrolló una progresión rápida de enfermedad. Tuvo ocho ingresos hospitalarios por múltiples enfermedades oportunistas, como neumonía por P. jiroveci

³⁹IBID. PAG 36

⁴⁰IBID. PAG 36

(marcadora de SIDA) y otras patologías (Tabla 2). Según la clasificación del CDC de Atlanta de 1987 se ubicó en el grupo P-2 ACDF. Falleció en 1991, a la edad de 1 año 11 meses. Se le realizó necropsia estableciéndose como causa directa de la muerte por pulmonar crónico (secundario a daño pulmonar) descompensado.⁴¹

⁴¹IBID. PAG 36

Tabla 2. Distribución de niños con VIH/SIDA adquirido por transmisión vertical fallecidos, según edad al diagnóstico de infección, recuento de CD4, carga viral, infecciones oportunistas, edad al fallecimiento y causa de muerte. Cuba 1986-2006

Antecedentes clínicos	Casos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Año de nacimiento	1986	1989	1995	1993	2001	2002	2002	2003	2004
Año de fallecimiento	1990	1991	1995	2002	2002	2002	2004	2003	2004
Supervivencia	3 años 3 meses	1 año 11 meses	4 meses	8 años 10 meses	6 meses	4 meses	1 año 9 meses	3 meses 21 días	2 meses 6 días
Edad al diagnóstico de infección por VIH	3 meses	11 mes	4 meses	23 meses	6 meses	3 ^h meses	3 meses	3 meses	2 meses
Terapia antiviral	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No
CD4 % (cels/mm ³)	N.E.	N.E.	N.E.	11,1% (564)	12,1% (385)	N.E.	12% (286)	3% (198)	N.E.
Carga viral (copias ARN/ml)	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	340.000	N.E.	1.300.000	1.400.000	N.E.
Clasificación según CDC de Atlanta	P-2 ABCDF*	P-2 ADF*	P-2 ACF*	C-3**	C-3**	C**	B-3**	C-3**	C**
Profilaxis para <i>P. jiroveci</i>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Enfermedades oportunistas	Candidiasis oral, diarrea por <i>Cryptosporidium</i> sp y <i>Entamoeba histolytica</i> , neumonía por <i>P. jiroveci</i> , NIL	Candidiasis oral, mononucleosis infecciosa, enfermedad por CMV, bronconeumonía bacteriana, neumonía por <i>P. jiroveci</i> , pericarditis viral	Candidiasis oral, diarrea crónica, infección por CMV, neumonía por <i>P. jiroveci</i>	Diarrea por <i>Salmonella</i> sp, otitis media supurada, neumonía por <i>P. jiroveci</i> , NIL, varicela, candidiasis oral, neuro-toxoplasmosis, molusco contagioso, diarrea por <i>Cryptosporidium</i> enfermedad por CMV, sepsis generalizada	Neumonía bacteriana, diarrea crónica, neumonía por <i>P. jiroveci</i> , bronquiolitis por CMV	Neumonía por <i>P. jiroveci</i> , bronconeumonía bacteriana	Otitis media supurada, neumonías bacterianas, diarrea crónica	Diarrea crónica, sepsis generalizada, moniliiasis oral, neumonía bacteriana	Diarrea crónica, bronconeumonía extensa, shock séptico
Otros diagnósticos y/o complicaciones	Desnutrición peso talla inferior al tercer percentil, déficit motor progresivo simétrico, encefalopatía por VIH	Encefalopatía por VIH, desnutrición proteico calórica, anemia, trombocitopenia, insuficiencia cardíaca, anemia ferropriva	Hipoplasia tímica, desnutrición peso talla inferior al tercer percentil	Síndrome de emaciación, desnutrición peso talla inferior al tercer percentil	Candidiasis oral, desnutrición peso talla inferior al tercer percentil	Desnutrición peso talla inferior al tercer percentil	Anemia nutricional, desnutrición peso talla inferior al tercer percentil	Anemia ferropriva, desnutrición peso talla inferior al tercer percentil	Acidosis metabólica
Causa del fallecimiento según diagnóstico anatómo-patológico	CDM Hipertensión endocraneana CIM Meningo-encefalitis subaguda CBM SIDA	Cor pulmonar crónico descompensado Neumonitis viral SIDA	Insuficiencia respiratoria por neumonía extensa a CMV y neumonía por <i>P. jiroveci</i> Enterocolitis necrosante ulcerativa SIDA	N.E. Negativa del familiar	Bronconeumonía bilateral grave Enfermedad de inclusión citomegálica SIDA	N.E. Negativa de los familiares	N.E.	N.E. Negativa de los familiares	N.E. Negativa de los padres

* Según clasificación del CDC de Atlanta de 1987. ** Según clasificación del CDC de Atlanta de 1994. NIL: neumonía intersticial linfocítica; CMV: citomegalovirus; N.E.: no efectuada; CDM= Causa directa de la muerte; CIM= Causa indirecta de la muerte; CBM= Causa básica de la muerte.
Fuente: Dpto. de Admisión, Archivo y Estadísticas, IPK

4.2 MARCO LEGAL

MARCO NORMATIVO Y LEGAL PARA LA DETECCIÓN DEL VIH.

Es importante que los/as profesionales que realizarán consejería abreviada conozcan el marco normativo y legal que regula el proceso de detección del VIH. Resolución Exenta 371 y la Norma para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.

- **LA LEY SOBRE SIDA Nº 19.779**, promulgada en Diciembre de 2001 establece en su artículo 5º.- El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información de éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.⁴²

- **LA RESOLUCIÓN EXENTA Nº 371, DE FEBRERO DE 2001**, regula el procedimiento de examen para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En ella se abordan aspectos relacionados con el consentimiento informado, la consejería pre y post examen, el procedimiento para la confirmación realizado por el Instituto de Salud Pública (ISP), la segunda muestra para certificación de

⁴² Joanna Mac Pherson Céspedes, Manual de consejería abreviada para la prevención de la transmisión vertical de VIH, Santiago 2005, <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/85381414c5b311a9e04001011e015920.pdf>

identidad, entrega de resultado, notificación obligatoria, entre otros. En el anexo N° 1 se incluye el texto completo de la Resolución. La Norma para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH establece la oferta del examen de detección del VIH a las embarazadas en control, con consejería y consentimiento informado por escrito y el protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH. La Norma establece la realización de un solo examen durante el embarazo.⁴³

- **DECRETO 1543 DE 1997** Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).⁴⁴
- **LEY NÚMERO 972 DE 2005 (Julio 15):** Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.⁴⁵
- **RESOLUCION NUMERO 3442 DE 2006 (Septiembre 22):** Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de

⁴³IBID. PAG 44

⁴⁴ Ernesto Samper Pizano, DECRETO 1543 DE 1997 (junio 12) Diario Oficial No. 43.062, del 17 de junio de 1997, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 12 de junio de 1997.

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1997/junio/12/dec1543121997.pdf

⁴⁵ ÁLVARO URIBE VÉLEZ, LEY 972 DE 2005 (julio 15) Diario Oficial No. 45.970 de 15 de julio de 2005, Dada en Bogotá, D. C., a 15 de julio de 2005.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2005/ley_0972_2005.html

Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la
Enfermedad Renal Crónica⁴⁶

⁴⁶ Diego Palacio Betancourt, RESOLUCION NUMERO 3442 DE 2006 (Septiembre 22), Dada en Bogotá D.C., a los 22 días del mes de Septiembre del año 2006.
http://pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_3442_VIH.pdf

4.3 MARCO TEÓRICO

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.⁴⁷

En la propagación de la infección por HIV-1 el rol del PORTADOR es altamente preocupante dado que al desconocer su condición, si no práctica las medidas de profilaxis, extiende la cadena epidemiológica en forma alarmante

SINTOMAS DEL VIH⁴⁸

- No existen síntomas del VIH específicos
- La única forma de confirmar la existencia de infección por el VIH es a través de la prueba del VIH en una muestra de sangre. Es importante contar con suficiente información sobre SIDA como que es una enfermedad causada por el virus del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

⁴⁷ OMS, Temas de salud VIH/SIDA, http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

⁴⁸ Cruz Roja Española, 2008, Síntomas del VIH, <http://www.cruzroja.es/vih/Sintomas-del-VIH.html>

- Algunas personas informaron que habían presentado un cuadro pseudo-gripal entre 2 y 5 semanas después de la infección (del contacto de riesgo). Pero no se suele prestar atención a este cuadro porque los casos descritos no representan más del 10% de las infecciones y los síntomas serían como los de una gripe. Por tanto, la única forma de saber si ha habido infección es haciéndose la prueba del VIH tres meses después del contacto de riesgo.⁴⁹
- No hay una sintomatología asociada a la infección, se dice que esta infección es asintomática.
- Sin embargo, sí existe riesgo de transmisión aunque la persona no presente síntomas del VIH.
- Algunas personas informaron que habían presentado un cuadro pseudo-gripal entre 2 y 5 semanas después de la infección (del contacto de riesgo) como síntomas del sida. Pero no se suele prestar atención a este cuadro porque los casos descritos no representan más del 10% de las infecciones y los síntomas serían como los de una gripe. Por tanto, la única forma de saber si ha habido infección es haciéndose la prueba del VIH tres meses después del contacto de riesgo.⁵⁰
- Muchas personas infectadas no presentan síntomas, especialmente en los primeros años y en general durante largo tiempo.
- El virus va debilitando el sistema inmunológico lentamente y sería tras una media de 8-10 años sin tratamiento (la enfermedad habría

⁴⁹ IBID. PAG 46

⁵⁰ IBID. PAG 46

evolucionado y el sistema inmunológico estaría muy deteriorado) cuando aparecerían los siguientes síntomas:

- ✚ Pérdida brusca de peso superior al 10%
- ✚ Fiebre o sudoración nocturna durante más de un mes
- ✚ Diarrea crónica durante más de un mes
- ✚ Fatiga persistente y aguda
- ✚ Otros síntomas del sida secundarios: tos seca durante más de un mes, urticarias, úlceras bucales, hongos en boca y garganta, herpes e inflamación de los ganglios.⁵¹

TRANSMISION DEL VIH:⁵²

El VIH se transmite por 3 vías:

1. VÍA SEXUAL

El VIH se transmite en las relaciones sexuales con penetración (sin preservativo):

- Coito vaginal
- Coito anal
- Sexo oral
- La penetración -anal o vaginal- conlleva más riesgo que el sexo oral.

⁵¹ IBID. PAG 46

⁵² Cruz Roja Española, 2008, Vía de transmisión sexual, <http://www.cruzroja.es/vih/Sintomas-del-VIH.html>

La penetración anal conlleva mayor riesgo que la vaginal porque la mucosa es más frágil.

- El VIH se transmite con mayor facilidad de hombre a mujer que viceversa.
- El riesgo aumenta si hay heridas o la zona de contacto está irritada. La presencia de sangre (menstrual o no) aumenta el riesgo.⁵³

2. VÍA SANGUÍNEA⁵⁴

El VIH se transmite a través de instrumentos que han estado en contacto con sangre.

El virus se transmite al compartir instrumentos como:

- Jeringas, agujas, material inyección (el riesgo muy alto si conservan sangre).
- Tijeras o instrumentos cortantes
Por ejemplo instrumentos utilizados para tatuajes, acupuntura o piercing.
- Heridas: el riesgo de transmisión es remoto. Si cae sangre (u otro fluido infectante) sobre: Piel que está intacta, o sobre una herida cicatrizada o superficial como un padastro, no hay riesgo de transmisión. Incluso tratándose de heridas abiertas, la probabilidad de transmisión es muy remota. Habría que valorar el grado de exposición al fluido infectante y la

⁵³ IBID. PAG 48

⁵⁴ Cruz Roja Española, 2008, Vía de transmisión sanguínea, <http://www.cruzroja.es/vih/Sintomas-del-VIH.html>

profundidad de la herida. Como precaución, se deben cubrir las heridas si se prevé un posible contacto.

- Contacto casual: fuera del organismo el VIH se inactiva con facilidad.
- Contacto con él al aire el VIH pierde enseguida su capacidad infectante y de reproducirse.
- No hay riesgo de infectarse por mordeduras de animales domésticos, ni picaduras de insectos.⁵⁵

3. VÍA MATERNO-INFANTIL⁵⁶

El VIH se transmite de madre a hijo/hija durante:

- El embarazo (a través de la placenta)
- El parto
- La lactancia

Embarazo: el VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto.

Por otro lado, los anticuerpos contra el VIH también pueden atravesar la placenta, de forma que se pueden encontrar en la sangre del recién nacido sin que éste esté infectado (lo mismo sucede con otros anticuerpos).

⁵⁵ IBID. PAG 49

⁵⁶ I Cruz Roja Española, 2008, Vía de transmisión materno-infantil, <http://www.cruzroja.es/vih/Sintomas-del-VIH.html>

Parto: el recién nacido puede infectarse al final de la gestación o en el parto. El mecanismo de esta infección parece ser a través de las secreciones vaginales o sangre de la madre infectada por vía ascendente, que se favorece por las contracciones uterinas durante el parto.

Lactancia: al igual que otros virus como el citomegalovirus, el VIH es capaz de excretarse a través de la leche e infectar al niño/a. Se desaconseja pues la lactancia materna si la madre es VIH (positivo)⁵⁷

Para que el virus entre en el organismo han de entrar en contacto:

- ✓ Un fluido 'infectante':
- ✓ Sangre, semen, secreciones vaginales o leche materna.

Una vía de entrada:

- ✓ MUCOSAS (membranas semipermeables): revestimiento interior de boca, vagina, pene y recto.
- ✓ RUPTURAS DE LA PIEL (heridas sangrantes)

⁵⁷ IBID. PAG 50

4.4 MARCO CONCEPTUAL

GESTANTE

Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.⁵⁸

Es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se considera que el embarazo comienza una vez que el óvulo, es fecundado por el espermatozoide. Termina con el parto, en el que nace el bebé.⁵⁹

En los seres humanos dura 40 semanas a partir del fin de la última regla o 38 semanas a partir del día de la fecundación (se asocia a 9 meses). Dentro del útero, el bebé está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el niño están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero.

En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja.

Mientras permanece dentro, el feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al bebé por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

⁵⁸ Portales Médicos. Definición de Gestante. Modificada por última vez el 19:58, 10 ago. 2008.

http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante

⁵⁹ Texto tomado de Wikipedia, la enciclopedia libre. Definición de gestante, http://iesdolmendesoto.org/wiki/images/0/02/Lectura_embarazo.pdf

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido

TRASMISION VERTICAL

Es la transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo por intermedio de la placenta, durante el trabajo de parto, o en el momento del parto al entrar en contacto con la sangre de la mamá, o a través de la leche materna.

Se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir:⁶⁰

- **Transmisión Intraútero:** el virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido placentario desde temprano como el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere rol patogénico en la transmisión inutero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida.

- **Transmisión Intraparto:** este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana de vida y luego se hace positivo (infección tardía).

⁶⁰ Dr. José Antonio Suárez , Dra. Laura Naranjo Lara, Transmisión Vertical del VIH-SIDA,
<http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF> Venezuela

- **Transmisión post parto vía lactancia materna:** el virus ha sido detectado en leche materna por cultivo. Hay reportes bien documentados de transmisión de VIH de madres, quienes adquirieron el virus después del parto y lactaron a sus niños.

Factores de Riesgo⁶¹

1.- Factores de Riesgo para la Transmisión Vertical del VIH

- **Factores Maternos:**

Madres con enfermedad avanzada de VIH, con conteo de CD4 bajo y presencia de antigenemia p24, parecieran ser más propensas a transmitir el virus a sus hijos. Igualmente, las madres con alta carga viral se asocian a alto riesgo de transmisión. Dos estudios recientes reportan que cargas virales por encima de 100.000 copias/ml tienen un riesgo de transmisión hasta un 40.6%, descendiendo hasta un 0% con carga viral menor de 1000 copias/ml (6, 7,8.) La drogadicción endovenosa durante el embarazo en mujeres con conteo de CD4 bajo y el hábito del tabaquismo materno, han sido asociados con el aumento del riesgo de transmisión perinatal.

Algunos estudios sugieren que la edad maternal (por cada 5 años por encima de los 25 años) pudiera estar relacionada con un aumento del riesgo de transmisión.

⁶¹ Dr. José Antonio Suárez , Dra. Laura Naranjo Lara, Transmisión Vertical del VIH-SIDA, <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF> Venezuela

➤ **Factores Obstétricos**

Se han realizado estudios valorando la relación entre transmisión vertical 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, el cual unido a la utilización de la terapia antiretroviral con ZDV en la etapa perinatal, intraparto y neonatal como está descrito en el protocolo ACTG 076, puede disminuirse hasta un 87%.

Otros factores de riesgo que están involucrados son la ruptura prematura de membranas, la presencia de corioamnionitis y de úlceras genitales. Asimismo, también están asociadas las enfermedades de transmisión sexual que pueden estar en estado de coinfección con el virus de VIH, observándose que si la ruptura de membranas es mayor de 4 horas hay mayor posibilidad de aumentar esta tasa.

➤ **Factores relacionados al feto**

Niños prematuros y con muy bajo peso al nacer pueden ser de alto riesgo para adquirir la infección. Esta asociación pudiera ser la consecuencia de la infección por VIH in útero, lo que resulta en anomalías en el desarrollo fetal y parto prematuro. Es posible que el prematuro tenga cierta inmadurez en el desarrollo del sistema inmune, lo cual lo hace más susceptible a infección durante el parto.

El orden de nacimiento de gemelos se ha relacionado con riesgo de infección. Cuando el modo de parto es vaginal el primer feto tiene un riesgo de infección

de 35% a diferencia del segundo que es de un 15%. Si el modo de parto es cesárea el riesgo baja a un 16% y 8% respectivamente.⁶²

➤ **Lactancia Materna:**

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 VIH. Hay una clara asociación entre la duración de la lactancia materna y transmisión del VIH. Durante los meses 2 a 6, 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 (14). En un metanálisis de cinco estudios diferentes de transmisión postnatal, el riesgo de transmisión a través de la lactancia fue de 14 % en mujeres con infección por VIH ya establecida y de un 29% en aquellas mujeres que desarrollaron la infección primaria durante el período de postparto.

HIJOS DE MADRE CON VIH

RECOMENDACIONES PARA EL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE VIH POSITIVA

La atención del parto y la recepción del RN, deben efectuarse con las medidas de bioseguridad habituales (técnicas de barrera).

⁶² Dr. José Antonio Suárez , Dra. Laura Naranjo Lara, Transmisión Vertical del VIH-SIDA, <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF> Venezuela

Es importante bañar meticulosamente al bebe para quitarle todos los restos de sangre y secreciones maternas.

De ser necesarias maniobras de aspiración y resucitación no deben ser intempestivas, para evitar laceraciones que puedan ser puertas de entrada del virus.

Aplicar la vacuna de hepatitis B y Vitamina K según norma, luego del baño del recién nacido. Si el niño tiene peso adecuado al nacer y es asintomático, se administrará la vacuna BCG. La profilaxis antirretroviral se inicia entre las 8 y las 12 hs. de vida con AZT jarabe, con una dosis de 2 mg/Kg./dosis cada 6 hs en recién nacidos de término o 1,5 mg/kg/ dosis en prematuros. En aquellos que no pueda indicarse por vía oral, debe medicarse con 1,5 mg/kg/dosis cada 6 hs por vía endovenosa hasta que pueda utilizarse la vía oral.

Se solicitará un hemograma y un hepatograma, al nacer y cada 2 semanas mientras dure el tratamiento con AZT. Este se suspenderá con hemoglobina menor a 8 mg. /dl, neutrófilos totales menores a 750 por ml. o plaquetas menores a 50.000 por ml.

Si se utiliza nevirapina deberá administrarse al recién nacido una dosis de 2 mg/kg dentro de las 48/72 horas de producirse el nacimiento.

AL NACER

- ✓ Evitar maniobras intempestivas.
- ✓ Baño meticuloso
- ✓ Examen clínico completo
- ✓ Vacuna hepatitis B y vit.K
- ✓ Evaluar exposición a drogas e infecciones intrauterinas
- ✓ Comenzar AZT, 2mg/Kg/dosis cada 6 hs. vía oral ó 1,5 mg/Kg/ dosis EV cada 6 hs. (en prematuros 1,5mg./Kg/dosis) dentro de las 6 a 12 hs. de vida.
- ✓ Ofrecer alternativas adecuadas a la lactancia materna.

0 A 6 SEMANAS

- Evaluación clínica y signos de infección
- Hemograma quincenal
- Inmunizar con BCG si el recién nacido está asintomático
- Evaluación de diagnóstico de infección por VIH
- Evaluación conjunta con un centro especializado

A PARTIR DE LA 7 ma. SEMANA

- Suspender AZT
- Iniciar Profilaxis para Pn Carinii: 150 mg Trimetoprima/750 mg.sulfametoxazol/m²/día cada 12 horas, 3 veces por semana o a diario si el diagnóstico es aún incierto

4.5 MARCO ÉTICO

1. DERECHO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

- Derecho a la Vida
- Derecho a salud
- Derecho a la igualdad y no a la discriminación
- Derecho a la Privacidad
- Derecho a la libertad personal y libre tránsito
- Derecho al trabajo
- Derecho a la seguridad social
- Derecho a fundar una familia
- Derecho a la confidencialidad

2. DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Ser tratado igual que otros estando en circunstancias iguales.

Prohibición de ser tratado en forma diferente por razones de sexo, opción sexual, raza, etc.

SANCION: Art. 127, 128 y 323 Código Penal, Ley 27270

3. DERECHO A LA INTIMIDAD

Derecho a mantener para sí la información personal: estado de salud, opción sexual. Excepto: orden judicial.

Secreto profesional: la violación al secreto profesional, es el acto de revelar y divulgar aspectos íntimos y privados de un paciente o persona que confió sus secretos a otra en razón del servicio y/o asistencia que ésta le brindó.

Confidencialidad de historia clínica. SANCION: Art. 132 (difamación), 154 (intimidad), 165 (secreto profesional) del Código Penal.

4. DERECHO A LA LIBERTAD

Derecho a no ser obligado a hacer algo que uno no quiere: exámenes obligatorios para acceder a un trabajo o para recibir una atención médica o quirúrgica (Art. 14 del Reglamento de la Ley 26626). Excepto: donantes de sangre, madre gestante con riesgo previsible de contagio y otros casos que se deben establecer por Ley.

SANCION: Falta grave administrativa (para el personal de salud), multas, suspensión temporal (para sector privado).

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo Descriptivo Retrospectivo.

Un estudio descriptivo es un tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar.

Los estudios retrospectivos se realizan basándose en observaciones clínicas, o a través de análisis especiales, estos revisan situaciones de exposición a factores sospechosos, comparando grupos de individuos enfermos (casos), con grupos de individuos sanos (controles). A partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos al factor en estudio se realiza un análisis estadístico.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se obtuvo una muestra de 17 mujeres Gestantes con VIH/SIDA de la Ciudad de Cartagena del año 2010, y una población de 16.968. Nacidos vivos (Hombres 8.675 y Mujeres 8.293), dicha muestra fue suministrada por el DADIS y el DANE.

5.3 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Características Sociodemográfica: Edad, Estado Civil, SGSSS Nivel Socioeconómico

Características de la atención: Atención hospitalaria y las características de la atención en la realización de los test de diagnóstico de VIH a la embarazada, provisión del medicamento, control prenatal.

Tabla No 3

Macro variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Criterios de Clasificación
Características demográficas	Sexo	Característica orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	Clasificación de ambos sexos
	Edad	Duración en años cumplidos.	Cuantitativa	Nominal	
Características de la atención	Atención Hospitalaria	Es aquella que se otorga a una comunidad desde que se comunica el evento que amenaza la salud hasta que él o los individuos afectados reciben atención en el nivel asistencial apropiado	Cualitativa	Ordinal	
		Es el conjunto de acciones y	Cualitativa	Ordinal	

	Control Prenatal	procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Cuantitativa		
--	------------------	---	--------------	--	--

5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información que se obtuvo para determinar los resultados de nuestra investigación fue recolectada por medio de una fuente secundaria porque nosotras como investigadores no tuvimos contacto directo con las gestantes si no que se recurrió a una base de datos suministrada por el DADIS.

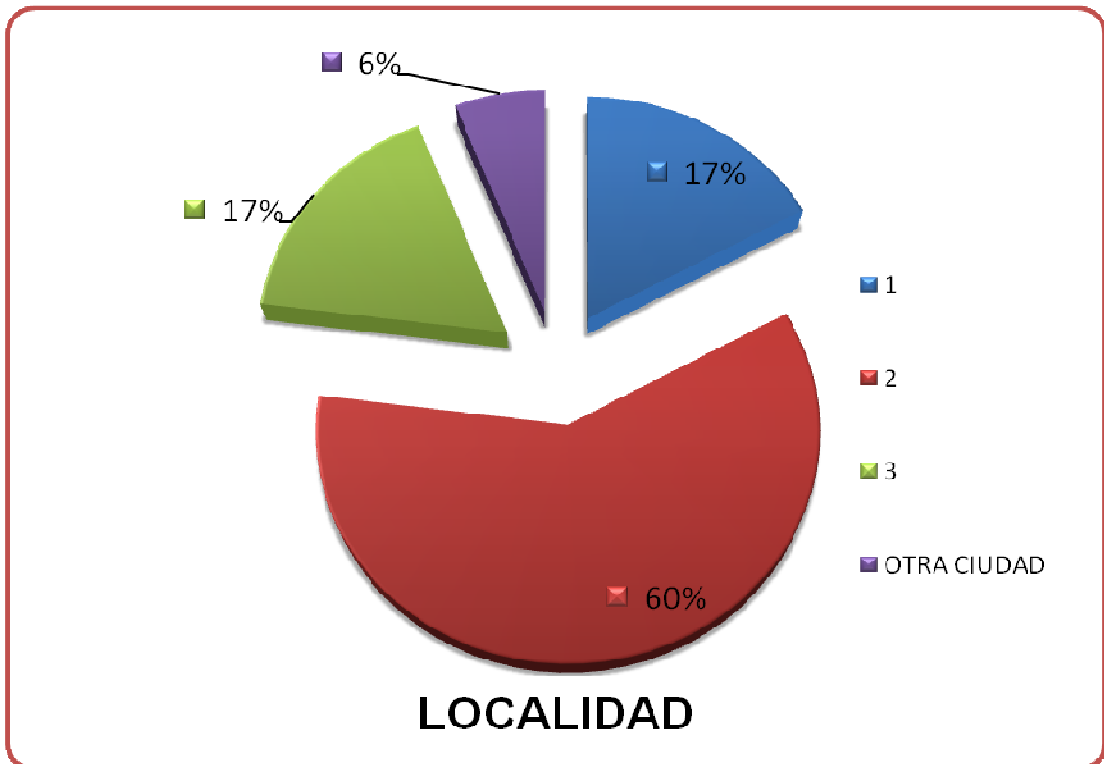
CRITERIOS DE INCLUSION: Mujeres gestantes con VIH/SIDA, Ciudad de Cartagena, Año 2010.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Mujeres gestantes sanas, Hombres. Años diferentes al 2010.

5.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

Las técnicas utilizadas para el análisis y el procesamiento de la información para nuestra investigación fueron en base Microsoft Office y Graficas.

RESULTADOS

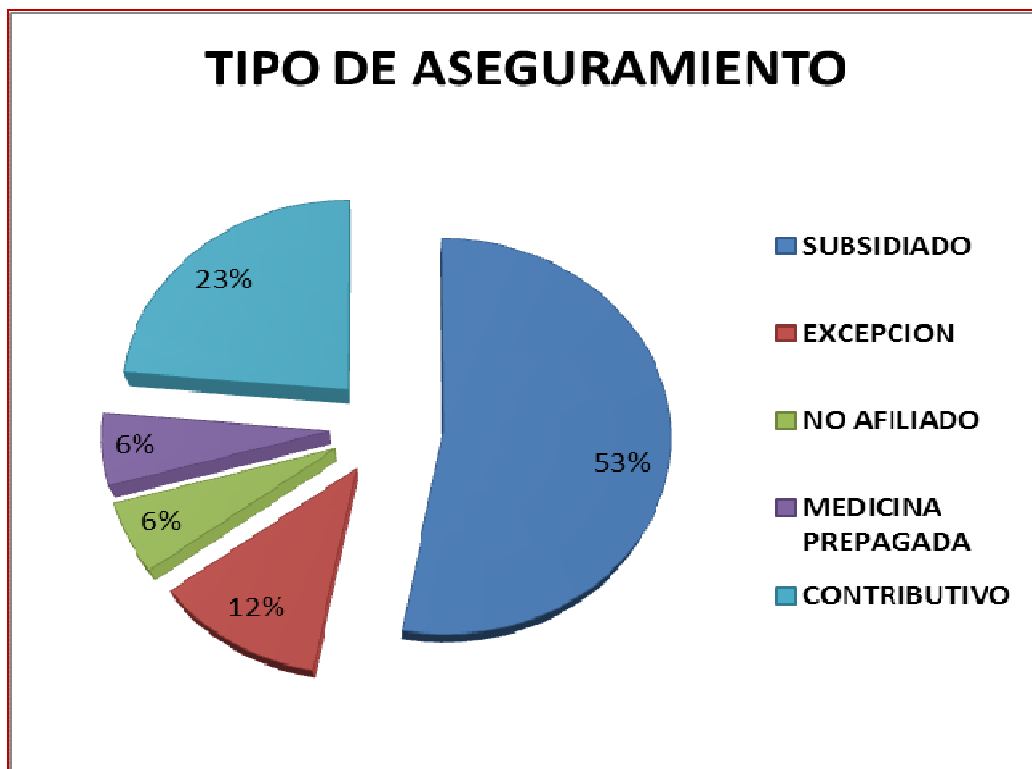


Grafica 1.

Porcentaje de Ubicación de la Población Gestante con Diagnóstico de VIH Positivo, en 2010 por Localidades en la ciudad de Cartagena. Fuente: DADIS

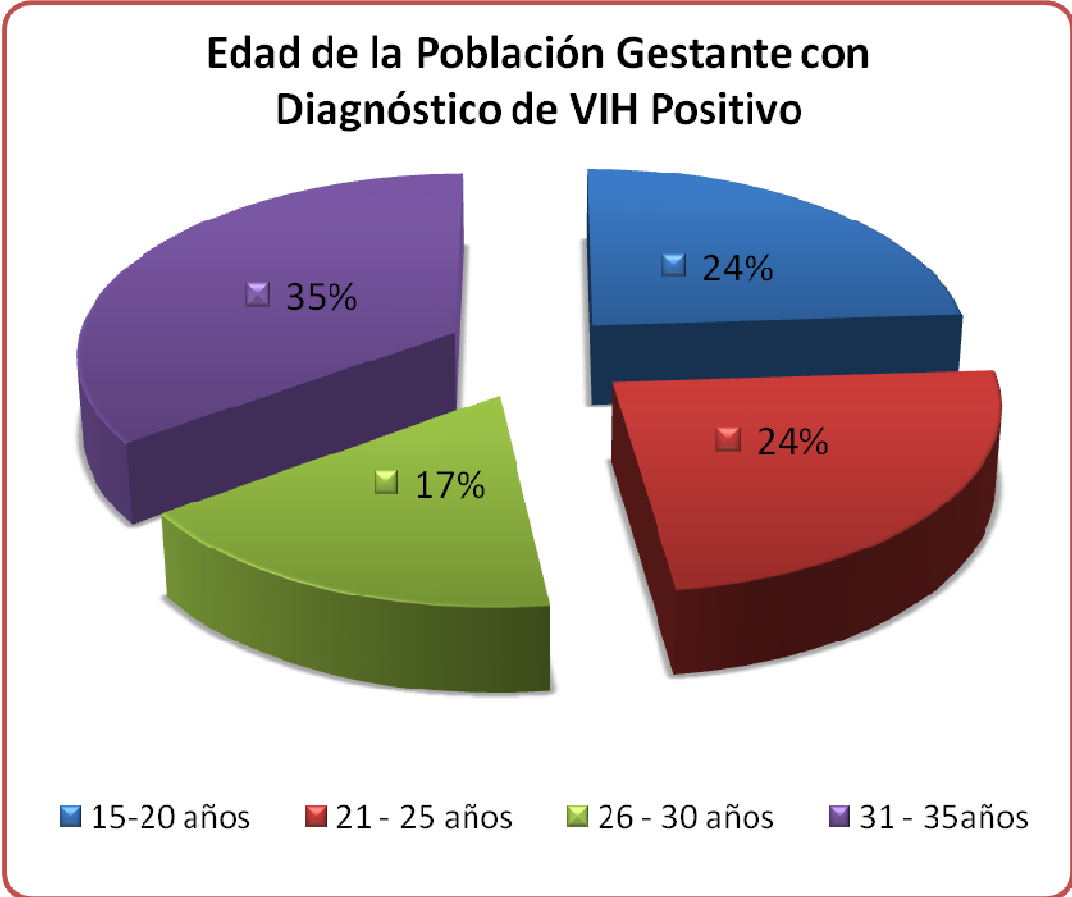
Análisis de Datos: De las tres localidades de la ciudad de Cartagena, en la que más se presentaron casos de transmisión vertical de VIH es en la Localidad 2 con 10 gestantes portadoras (60%). En la Localidad 1 y 3 un total

de 3 gestantes en cada una (17%), y 1 caso equivalente al 6% que fue el caso de una gestante procedente de otra ciudad que reside en Cartagena.



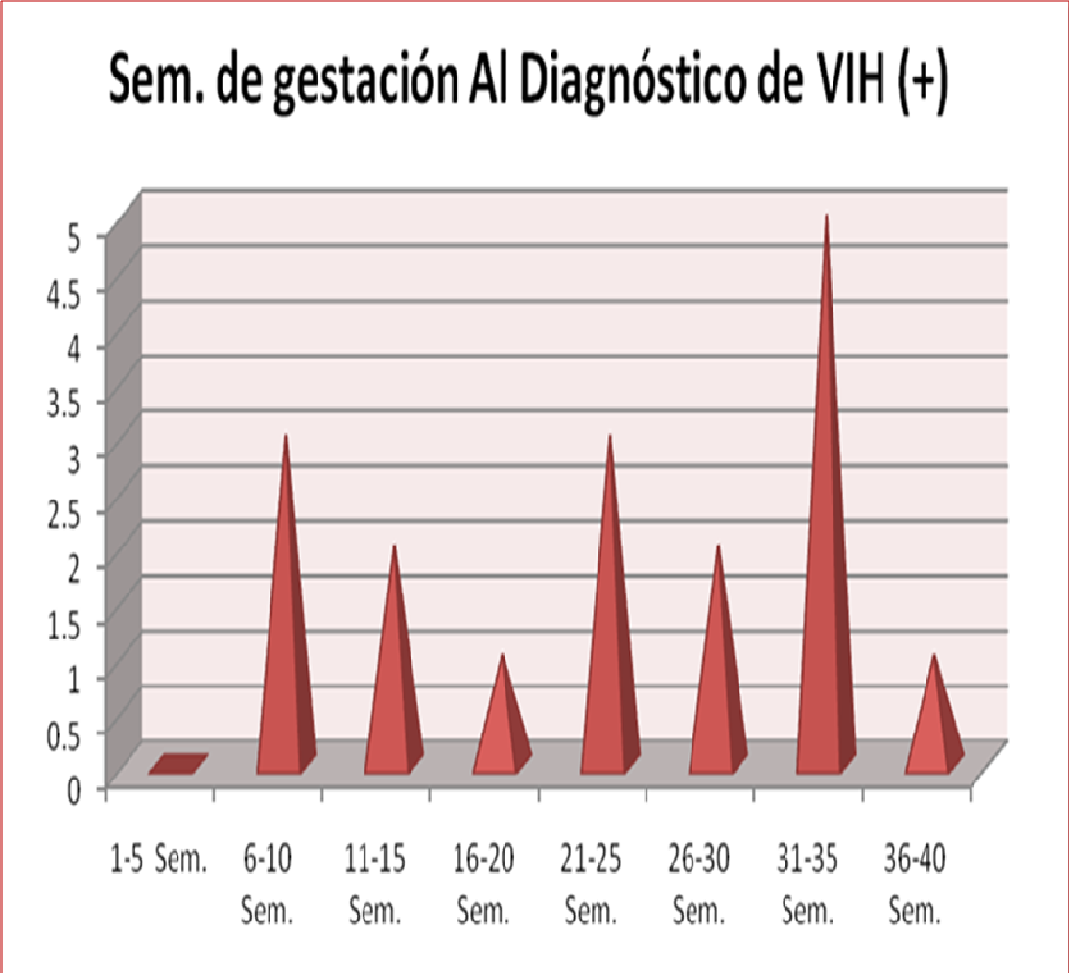
Gráfica 2. Porcentaje del Tipo de Afiliación, Población Gestante con Diagnóstico de VIH Positivo, en 2010 en la ciudad de Cartagena. Fuente: DADIS

Análisis de Datos: En cuanto a los regímenes de Salud contemplados en el SGSSS, podemos identificar que la mayoría de Casos de transmisión Vertical de VIH se encuentran afiliados al régimen subsidiado con un total de 9 portadoras (53%), seguida del régimen contributivo (23%) y unas excepciones (12%) con 3 casos identificados en cada una. Continuadamente encontramos 1 Gestante con Medicina Prepagada (6%) y a 1 No afiliada a ningún tipo de régimen (6%) para un total del 100%



Grafica 3. Porcentaje de Edad de la Población Gestante con Diagnóstico de VIH Positivo, en 2010, Fuente: DADIS

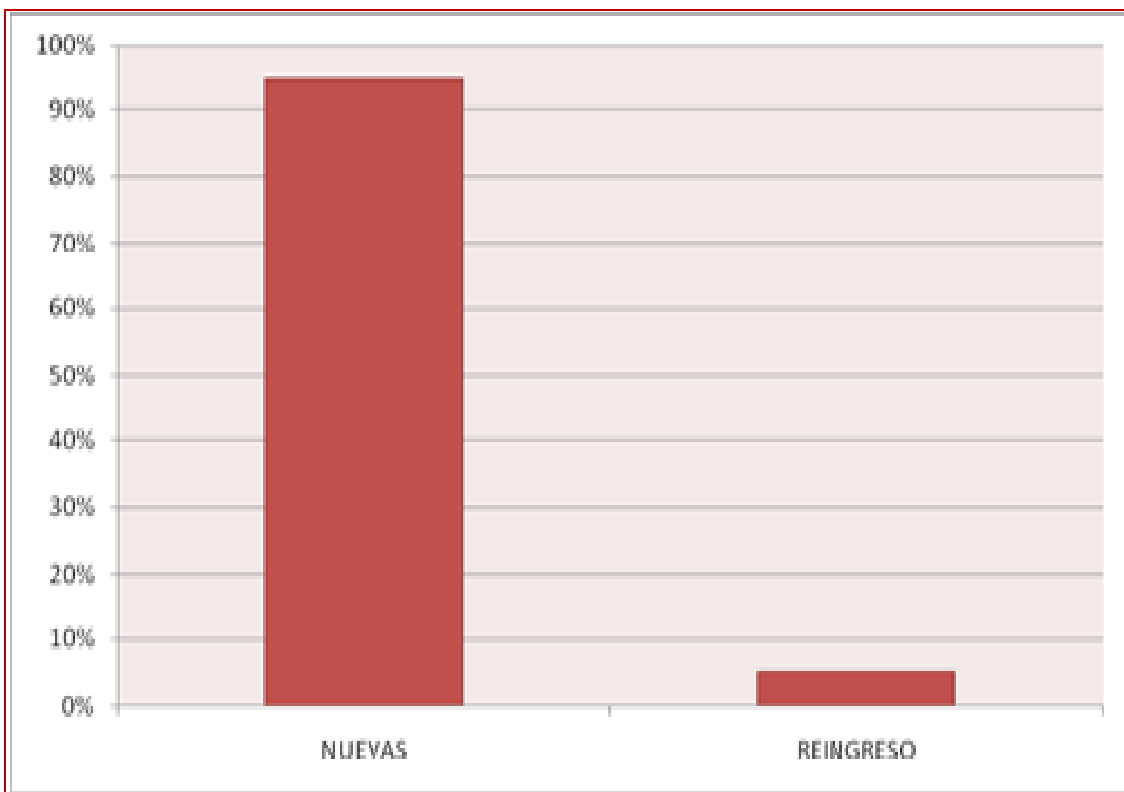
Análisis de Datos: Con respecto a los rangos de edades de las Gestantes con Transmisión Vertical de VIH, evidenciamos que la mayoría de casos se encontraron entre los 31-35 años de edad (6 personas) con un 35%; en igual proporción los rangos de edades entre 21-25 años y 15-20 años (con 4 personas en cada una); y de 26-30 (3 personas) con un 17%, para un total de 100%



Gráfica 4. Semanas de Gestación al diagnóstico de VIH (+). Fuente: DADIS

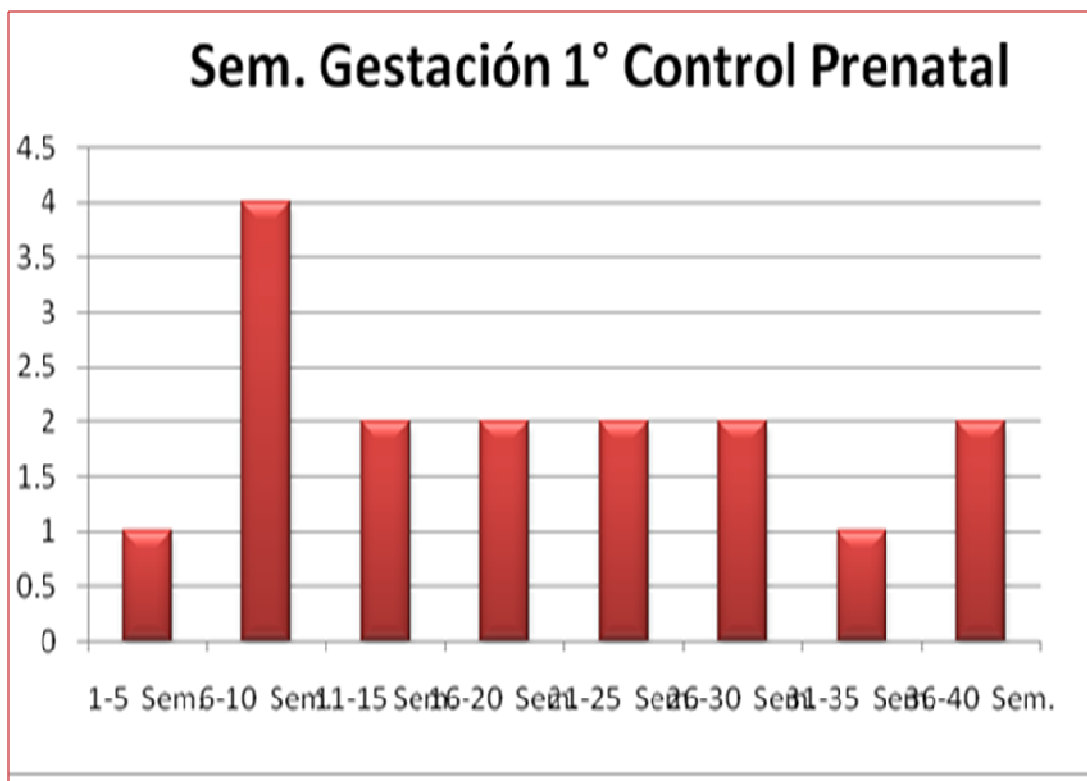
Análisis de Datos: La gráfica nos demuestra que en la mayoría de los casos la presencia de VIH en la madre gestante se detectó entre la semana 31-35 (5 casos), en segundo lugar encontramos los casos entre las sem 6-10 (3 casos), 21-25 (3 casos). A continuación en el tercer lugar encontramos los rangos entre 11-15sem (2 casos) y 26-30sem (2 casos). La gráfica demuestra también que

entre las semanas 16-20 y 36-40 1 caso en cada una, mientras que en las semanas 1-5 de gestación no se detectó ningún caso de VIH.



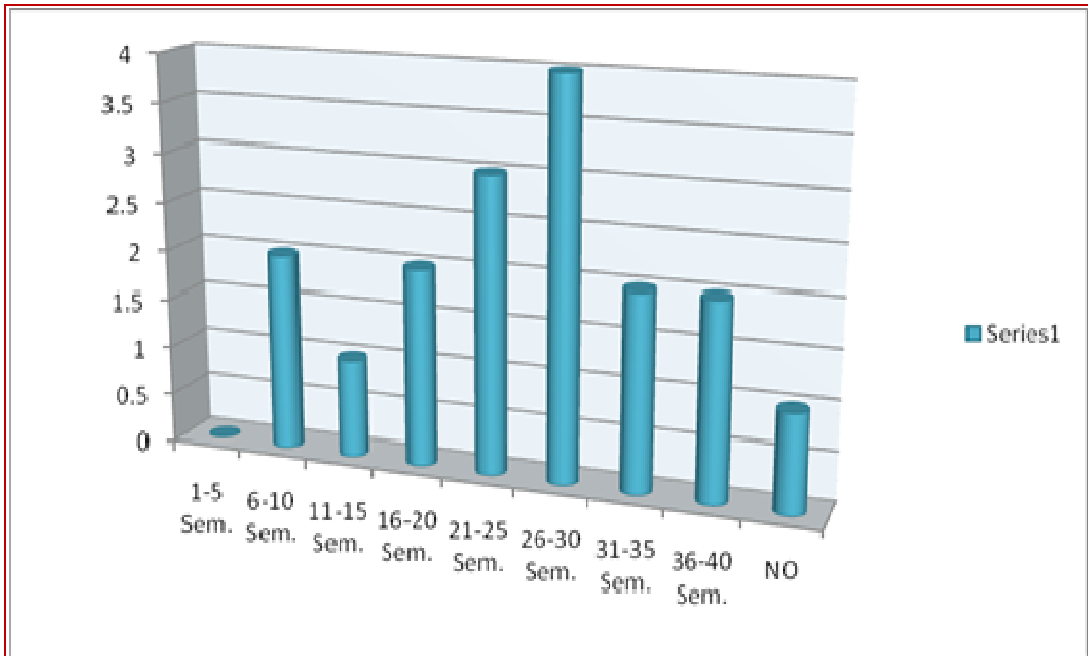
Grafica 5. Porcentaje de Gestantes con Diagnostico de VIH, nuevas y reingreso. Fuente DADIS

Análisis de Datos: La gráfica nos señala el porcentaje de mujeres gestantes que ingresaron a los centros de salud de la ciudad de Cartagena, presentándose un total de 16 (95%) nuevos casos y 1 (5%) reincidente.



Grafica 6. Semanas de Gestación al 1 control Prenatal en Cartagena, 2010. Fuente DADIS

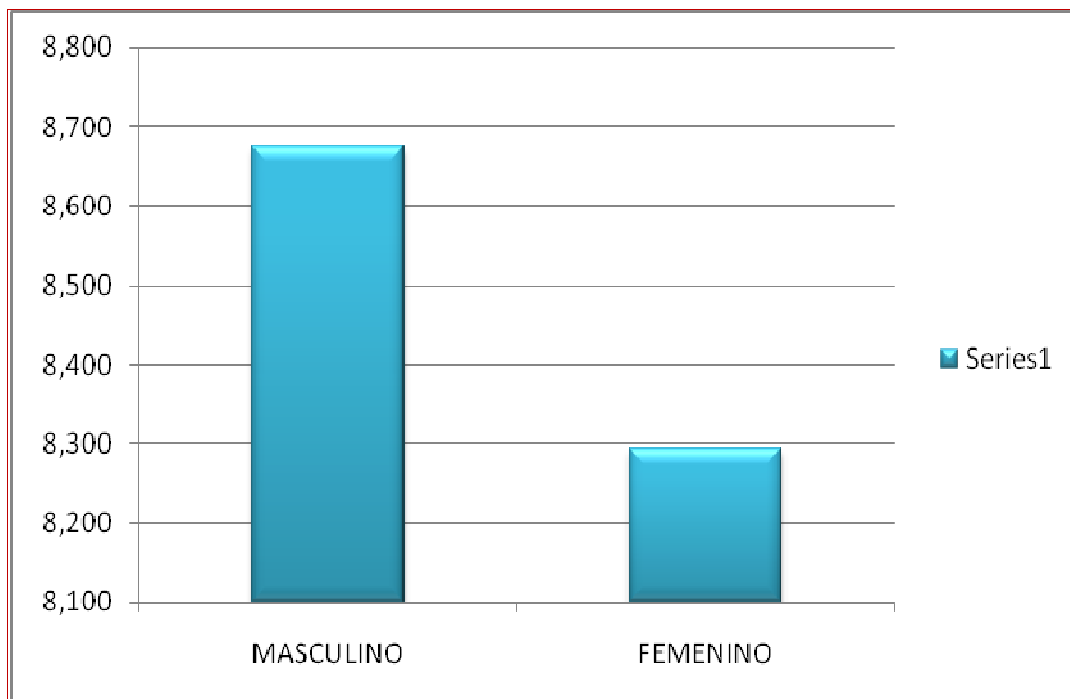
Análisis de Datos: En la siguiente grafica se logra evidenciar que la asistencia al primer control prenatal predomina con mucho más frecuencia durante las semanas 6-10 (4 casos), seguido de las semanas entre 11-15, 16-20, 21-25, 26-30 y 36-40 con (2 casos) cada uno y por último se observa que entre las semanas 1-5 y 31-35 con (1 caso) cada una.



GRAFICA 7. Gestantes con Diagnostico VIH, que recibieron tratamiento.

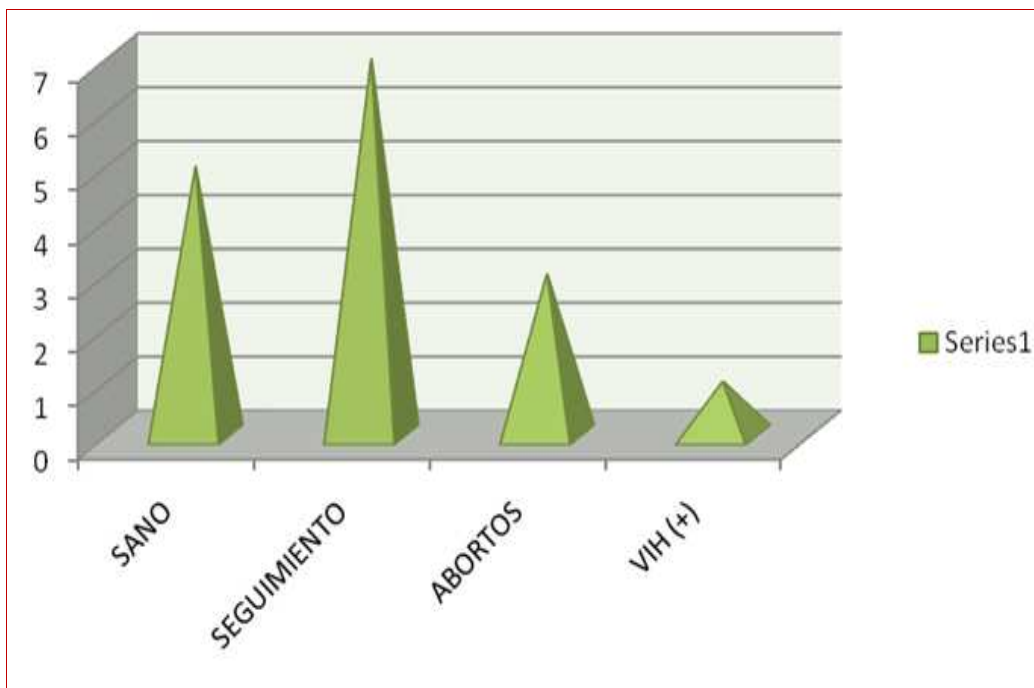
Fuente: DADIS

Análisis de Datos: La grafica nos permite observar el alto índice de mujeres gestantes con diagnostico de VIH que recibieron tratamiento desglosando las cifras de la siguiente manera: en la sem 26-30 recibieron tratamiento 4 gestantes, seguida de la semanas 21-25 con 3. Consecutivamente las semanas entre 6-10, 16-20, 31-35 y 36-40 con 2 gestantes que recibieron tratamiento en cada una de ellas. También podemos observar que en entre las sem 1-5 no se realizo tratamiento y que en las sem entre 11-15 solo se llevo a cabo 1. Por ultimo vemos que hubo una gestante portadora del VIH que no recibió tratamiento.



Grafica 8. Total de Recién Nacidos Vivos en Cartagena, 2010. Fuente DANE

Análisis de Datos: Mediante la gráfica notamos el índice de nacimientos en Cartagena evidenciando un total de 8.675 nacidos vivos de sexo masculino y 8.293 nacidos vivos de sexo femenino para un total 16.968



Grafica 9. Relación de Estado Final de Diagnóstico del Recién Nacido, producto de embarazo, de Gestantes con Diagnóstico de VIH (+), Cartagena, 2010. Fuente DADIS.

Análisis de Datos: La gráfica refleja las condiciones en las que se encontraron a los niños y niñas nacidos en Cartagena en el año 2010 de los 17 casos presentados de madres gestantes portadoras de VIH arrojando las siguientes cifras: sanos 4 casos, en seguimiento 5, abortos 3, mientras que en 1 caso él bebe nacido presento VIH.

6. RESULTADOS ENCONTRADOS

La transmisión vertical de VIH es un problema importante en salud pública, que afecta aproximadamente el 50% de la población en la ciudad de Cartagena, durante años anteriores y en la actualidad, que cada día aumenta más y aun no se ha podido disminuir las tasas de infección, debido a múltiples factores.

Nuestro proyecto de grado está enfocado a esta problemática con el objetivo de determinar la prevalencia de la transmisión vertical de VIH, nuestras expectativas es lograr identificar la población afectada en todo los aspectos (sociodemográficos, estado de salud, controles prenatales, inicio de tratamiento antirretroviral, estado de salud del RN, etc.), además de identificar dichos aspecto, esperamos que nuestro proyecto sea estudiado más a fondo por parte de organizaciones de salud, porque en verdad es un problema que ha evolucionado rápido al transcurrir el tiempo.

De acuerdo con los resultado que arrojo nuestra investigación podemos crear estrategias de intervención que contribuyan a disminuir la infección del virus al Recién Nacido, el cual consiste en gestionar con las organizaciones en salud sobre nuevas estrategias para incentivar a las gestantes que asistan oportunamente y periódicamente los controles prenatales, ya que esta es una de las primeras oportunidades en las que se puede detectar el virus del VIH de manera oportuna y así poder recibir el tratamiento adecuado para evitar dicha transmisión vertical.

7. CONCLUSIÓN

Para evaluar la problemática sobre transmisión vertical de VIH en nacidos vivos en la ciudad de Cartagena durante el periodo del 2010, se realizó un proceso de búsqueda de datos e informaciones reales que permitieron identificar y hacer una valoración de varios casos, el cual se llevaron a cabo por medio de bases de datos suministradas por el DADIS y el DANE.

Estas técnicas fueron aplicadas a un total de 17 gestantes infectadas con el virus, el cual se estudió aspectos sociodemográficos como el rango de edades en el cual evidenciamos que la mayoría de casos se encontraron entre los 31-35 años de edad (6 personas) en un 35%, de acuerdo al tipo de aseguramiento se observó que la transmisión vertical se ve mucho más reflejada aquellas gestantes que están afiliadas al régimen subsidiado, en cuanto a las localidades o dirección de residencia, en donde se presentaron más casos de transmisión vertical de VIH es en la Localidad 2 con 10 gestantes portadoras que equivale a un 60%.

Al analizar la situación de la gestantes, se evaluó las semanas de gestación al diagnóstico de VIH el cual nos muestra que la mayoría de los casos la presencia de VIH en la madre gestante se detectó entre la semana 31-35 (5 casos), en cuanto las semanas de gestación al primer control prenatal los resultados nos muestran que la asistencia al primer control prenatal predomina con mucho más frecuencia durante las semanas 6-10 en 4 casos, los reingreso de las gestantes infectadas son de 1 caso que equivale a 6% y 16 gestantes ingresaron por primera vez a los centros de salud de la ciudad de Cartagena, el cual equivale al 95%, en la totalidad de nacidos vivos durante el

año 2010 es de 16.971 el cual 8.675 pertenece al sexo masculino y 8.293 pertenece al sexo femenino.

El tratamiento fue administrado en 4 casos entre las 26-30 semanas. El estado de salud del RN también fue evaluado el cual nos indicó que 4 casos están sanos y 1 caso se produjo la transmisión de VIH.

De acuerdo a estos resultados podemos concluir que la transmisión vertical en la ciudad de Cartagena, es un evento que ha tenido prevalencia en años anteriores y en la actualidad sigue en igual de condiciones, la causa principal se origina en la inasistencia oportuna a los controles prenatales, debido a muchos factores: temor al rechazo por la sociedad, a ser señalada por tener la infección, tal vez el tipo de aseguramiento no brinda la atención adecuada para tratar la infección y prevenir la transmisión ya que la mayoría de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el estado socioeconómico en este tipo de población no es el más efectivo para costear los tratamientos ya que son de alto costo, todo esto conlleva a que se dé rápidamente la transmisión vertical. Teniendo esto claro hay que pensar en la situación de salud del RN, el cual surge un interrogante: ¿Cómo será su vida durante su crecimiento y desarrollo? el niño va crecer con problemas de salud, va tener dificultades a nivel físico, psicológico, social el cual van hacer obstáculos para su vida en un futuro.

8. RECOMENDACIONES

- Continuar realizando la serología para VIH a toda mujer embarazada que asiste a control prenatal y de esta forma garantizar una temprana detección de casos positivos.

- Incentivar a los prestadores de servicios médicos (enfermeras, médicos etc.) a realizar la prueba para VIH desde el primer control prenatal.

- Realizar estudios en poblaciones de embarazadas más amplias para lograr así, establecer los factores de riesgo para el contagio de esta infección.

- Proporcionar y difundir la información epidemiológica relevante y oportuna para la toma de decisiones destinadas a reducir el impacto de la infección por VIH/SIDA en la población de Cartagena.

- Plan estratégico de Educación continua a las poblaciones más vulnerables de la ciudad de Cartagena.

ANEXO A. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DEL PROYECTO			
RUBROS- DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
I. Recursos Humanos			
Investigador principal	4	\$20.000	\$80.000
Asesor disciplinario	1	10	\$36.500
Asesor metodológico	1	20	\$48.500
Auxiliares de investigación	10hrs.	\$10.000	\$100.000
Sub Total			\$265.000
Gastos Generales			
Impresiones	250	\$200	\$50.000
Carpetas	25	\$500	\$12.500
Copias	80	\$100	8.000
Transcripción	250 hojas	\$700	\$175.000
Resma de Papel	2	\$7.000	\$14.000
CDs	2	\$1.200	\$2400
Lapiceros	8	\$650	\$5200
Sub Total			\$267.100
Equipos			
Desgaste computador	2 Computadores	\$1.500.000	\$3.000.000
Balanzas y medidores			
Sub Total			\$3.000.000

Desplazamientos			
Transporte	4	\$2800	\$11.200
Prueba piloto			
GRAN TOTAL			\$3.532.100

ANEXO B. CRONOGRAMA

Meses	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov
Actividades										
Elaboración del proyecto										
Presentación del comité de investigación										
Entrega de informe de avances (mensual)										
Revisión bibliográfica										
Visitas institucionales										
Presentación del proyecto ante el comité de investigación de la escuela y comunidad académica										
Presentación de anteproyecto										
Búsqueda de instrumento										
Prueba del instrumento										
Aplicación del proyecto										
Elaboración del informe final										
Presentación de resultados										

Elaboración de artículo											
Simulacro de presentación de proyecto											
Presentación oficial de proyecto											

BIBLIOGRAFÍA

- AIDS Epidemic Update. Geneva: UNAIDS; 2006
- Barnhart H X, Caldwell M B, Thomas P, Mascóla L, Ortiz I, Hsu H W, et al. Natural history of human immunodeficiency virus disease in perinatally infected children: an analysis from the Pediatric Spectrum of Disease Project. *Pediatrics* 1996; 97: 710-6.
- González I, Jidy M, Pérez J. Vertical transmission in Cuba. *MEDICC Review* 2006.
- Mayaux M J, Burgard M, Teglas J P, Cottalorda J, Krivine A, et al. Neonatal characteristics in rapidly progressive perinatally acquired HIV 1 disease. The French Pediatric HIV Infection Study Group. *JAMA* 1996; 275: 606-10.
- Rich K C, Fowler M G, Mofenson L M, Abboud R Pit J, Díaz C, et al. Maternal and infant factors predicting disease progression in human immunodeficiency virus type 1 infected infants. *Pediatrics* 2000; 105
- Rouzioux C, Burgard M, Chaix M L, Delamare C, Cirau N, Boullier B, et al. Human immunodeficiency virus-1 infection in neonates: correlation of plasma and cellular viremia and clinical outcome. French Pediatric Cohort Study Group. *Acta Paediatr Suppl* 1997; 421: 17-21.

- Shearer W T, Quinn T C, Larissa P, Lew J F, Mofenson L, Almy S, et al. Viral load and disease progression in infants infected with human immunodeficiency virus type 1. Women and Infants Transmission Study Group. N Engl J Med 1997; 336: 1337-42.

- Siciliano L, López M G, Espósito A, Hernández E, Morillo L, Miranda M, et al. Evolución de pacientes pediátricos con infección vertical por el virus de la inmunodeficiencia humanae8.