

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO METERNO INFANTIL

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA  
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO POSNATAL,  
POLICLÍNICA HIV DEL CENTRO HOSPITALARIO  
PEREIRA ROSSELL, ABRIL-MAYO 2000  
(ESTUDIO DE APROXIMACIÓN)**

**AUTORES:**

Br. Galván, Karina  
Br. Fernández, Mary  
Br. Cáceres, Laura  
Br. Rossi, Alejandra  
Br. Castro, Silvia

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2001**

## RESUMEN

Este trabajo ha intentado determinar el comportamiento de las madres VIH+ en sus diferentes rangos de edad en relación a la adhesión al tratamiento posnatal del lactante entre 8 y 12 meses de edad, en la Policlínica VIH del Centro Hospitalario Percira Rossell, en el período Abril - Mayo de 2000.

Para ello se ha realizado un estudio descriptivo transversal, el método para la recolección se ha realizado a través de un formulario, en el cual han sido volcados datos extraídos de la historia clínica.

Nuestra población de estudio ha correspondido a 28 usuarios, el 100% de nuestro universo, con una media de 27 años.

Del total de respuestas estudiadas, el 100% ha obtenido la misma información por parte del Equipo de Salud, pero un 14% de las madres no han cumplido con la adhesión al tratamiento, y sus edades han estado comprendidas entre los 20 y 29 años, correspondiendo a la etapa del ciclo vital de adulta joven.

A la luz de los resultados, podemos decir que el grupo etario de mayor riesgo ha estado comprendido entre 20 y 29 años de edad.

Este estudio ha intentado ser una aproximación a la realidad, enfatizando en profundizar la educación del tratamiento para el cuidado de su hijo, y que sea punto de partida para la elaboración de programas prioritarios de educación dirigidos a los diferentes grupos de edad.

## INDICE

• Introducción	
• Planteamiento del problema .....	p. 2
• Objetivos .....	p. 2
• Fundamentación .....	p. 3
• Métodos .....	p. 7
• Marco Teórico	
- Salud Reproductiva .....	p. 12
- Definición VIH/SIDA .....	p. 13
- Mecanismos de transmisión .....	p. 14
- VIH Pediátrico .....	p. 16
- Inmunología .....	p. 19
- Clínica .....	p. 20
- Pruebas de diagnóstico .....	p. 23
- Tratamiento farmacológico .....	p. 26
- Lactancia .....	p. 28
- Derechos Humanos pacientes con SIDA ...	p. 30
- Enfoque punto de vista de Enfermería .....	p. 32
• Resultados .....	p. 35
• Conclusiones .....	p. 43
• Sugerencias .....	p. 45
• Bibliografía	
• Anexos	

## INTRODUCCION

Este estudio corresponde al trabajo final de investigación, realizado por 5 Bachilleres de la Carrera Licenciatura en Enfermería.

Desde el origen de la medicina, se han conocido un número infinito de enfermedades, pero combatirlas sólo ha sido posible luego que la sociedad la ha comprendido, identificando sus vías de transmisión y sus posibles causas.

El SIDA es un problema mundial, la pandemia SIDA no ha dejado ningún continente intacto. Cerca de 800.000 niños están infectados por el VIH y, como mínimo, 43% de los adultos infectados son mujeres. La transmisión madre - hijo, a nivel mundial explica 5 - 10% de las infecciones.

En el Uruguay, el VIH - SIDA es una patología que actualmente está incrementando el número de mujeres infectadas en todas las etapas del ciclo vital, predominando entre 20 y 49 años de edad, con un pico de máxima incidencia entre los 25 y 34 años, y afecta fundamentalmente a jóvenes en edad sexual y laboralmente activas, con todos los prejuicios que ello acarrea.

Partiendo de la base de que cada grupo etario tiene diferentes comportamientos, con roles predeterminados por la sociedad y sus distintos abordajes, surge el planteamiento grupal de si esas diferentes etapas del ciclo vital de nuestra población de estudio, interfieren o no con la adhesión al tratamiento posnatal y cuidado de sus hijos.

Nuestro estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, se realizó en el Centro Hospitalario Pereira Rosseff, policlínica VIH, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, en el período Abril - Mayo de 2000.

Nuestro objetivo fue determinar el comportamiento de las madres HIV+ en sus diferentes rangos de edad en relación a la adhesión al tratamiento para el lactante.

El tiempo estimado para la realización se extendió debido a actividades curriculares y situaciones particulares que transitó la Universidad. Es de destacar que no encontramos estudios previos en relación al tema, elemento que dificultó la construcción teórica y operativa del estudio.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ La edad de las usuarias HIV positivas con hijos entre 8 y 12 meses de edad, estaría relacionado con la adhesión al tratamiento posnatal, indicado por el Equipo de Salud en la Policlínica de HIV del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período de abril - mayo de 2000?.

## **OBJETIVOS**

### ➤ General:

Determinar el comportamiento de las madres HIV positivas en sus distintos rangos de edad en relación a la adhesión al tratamiento para el lactante.

### ➤ Específicos:

1. Conocer la edad de la madre y su relación al cumplimiento del tratamiento farmacológico del lactante.
2. Determinar la relación existente entre la edad de la madre y la forma de alimentación del lactante pautada por el equipo de Salud.
3. Conocer la relación existente entre la edad materna y la asiduidad a los controles.

## **ANTECEDENTES Y SIGNIFICANCIA DEL PROBLEMA**

### **> Fundamentación:**

El SIDA es un problema mundial, la pandemia SIDA no ha dejado ningún continente intacto. Diariamente alrededor de 5 mil personas contraen la infección por el VIH.

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es la etapa final de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), los adultos tardan 10 años en promedio en presentar síntomas de SIDA. Por lo tanto, una persona infectada por el VIH puede hoy sentirse sana y durante varios años, pero sin embargo puede transmitir el virus.

Transcurridas más de dos décadas desde la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), unos 30 millones de personas lo han contraído y 6 millones han muerto como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Dado que quienes contraen el SIDA son, en su mayoría, adultos en la etapa más productiva de su vida, la enfermedad tiene consecuencias muy graves para los demás miembros de la familia, sobre todo los niños.

Cerca de 800.000 niños están infectados por el VIH y, como mínimo, 43% de los adultos infectados son mujeres. La transmisión de madre a hijo, a nivel mundial, explica de 5 a 10% de las infecciones.

### **Informe Epidemiológico Nacional VIH - SIDA 29/02/00 (Anexo 2)**

#### **Características del SIDA en Uruguay:**

En los datos epidemiológicos, se destaca un claro predominio de la transmisión sexual (67.7%), sobre la transmisión sanguínea (28.5%), seguidas luego por la transmisión perinatal (3.8%).

Dentro de la transmisión sexual: predomina entre los heterosexuales (42.1%), si entre ellos incluimos la prostitución femenina (3.9%), seguidos por los homosexuales (34.5%). Por último se sitúan los bisexuales (23.4%). El compromiso conjunto de homo/bisexuales llega al 57.9% de los casos de SIDA por transmisión sexual.

Dentro de la transmisión sanguínea: predomina ampliamente entre usuarios de drogas inyectables (94.8%), afectando luego a transfundidos (3.2%) y a hemofílicos (2.0%). Los dos últimos grupos afectados antes de junio/88 (cuando se inició el tamizaje obligatorio de toda la sangre y hemoderivado en el país), excepto en un niño leucémico transfundido, por error del laboratorio con sangre VIH+ y ya fallecido de SIDA.

Respecto al sexo, el 79.0% son hombres y el 21.0% son mujeres, éstas en sus máximos porcentajes alcanzados desde que comenzó la epidemia. Se observa un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados.

Invirtiendo la situación de los primeros años de la epidemia, los SIDA autóctonos (64.7%) superan definitivamente a los SIDA importados (35.5%).

En Montevideo (capital) se registran el 77.5% de los SIDA, aunque todos los Departamentos de la República tienen casos notificados. Le siguen por orden de frecuencia los departamentos de: Canelones, Maldonado y Rivera con la mayor cantidad de casos. Según la tasa de prevalencia por 100.000 habitantes el orden de frecuencia es: Montevideo, Rivera, Maldonado, Artigas y Canelones.

El compromiso etario predomina entre 20 - 49 años de edad, con un pico de máxima incidencia entre los 25 - 34 años. Afecta fundamentalmente a jóvenes en edades sexual y laboralmente activas, con todos los prejuicios que ello acarrea.

Desde 1983 a la fecha se notificaron, al Programa Nacional, un total de 1.414 casos de SIDA acumulados, de los cuales ya fallecieron 765 pacientes (54.1%) en el mismo lapso. En los dos meses de 2000, se notificaron al Programa 31 nuevos SIDA y 20 fallecimientos por la enfermedad.

#### Características de la infección VIH en el Uruguay:

En la infección VIH también predomina la transmisión sexual (67.1%), sobre la sanguínea (23.5%), seguida por la transmisión perinatal (1.1%). Resta agregar un 8.3% de casos de transmisión no precisada, por no haberse aún concluido la investigación epidemiológica de dichos casos.

Dentro de la transmisión sexual: predomina entre los heterosexuales (59.5%) si entre ellos incluimos el 5.4% correspondiente a la prostitución femenina. Le siguen los homosexuales (23.8%) y luego los bisexuales (16.7%). El compromiso conjunto de homo/bisexuales llega sólo al 40.5% de los infectados por vía sexual.

Dentro de la transmisión sanguínea: predomina netamente entre usuarios de drogas inyectables (98.3%) con compromiso decreciente en hemofílicos (0.8%) y en transfundidos (0.8%) infelizmente ocurrió el primer caso, en el país, por accidente laboral en personal de Salud expuesto (0.1%).

Respecto al sexo, 71.3% son hombres y el 28.7% son mujeres, siendo éstas últimas algo más de la cuarta parte del total de los VIH positivos acumulados en el país.

La franja etaria más afectada está entre 15 - 44 años, con una máxima incidencia entre los 15 - 34 años de edad, comprometiendo aún edades más jóvenes que el SIDA enfermedad. En nuestra casuística las edades extremas se sitúan en 0 y 81 años de edad.

A la fecha (29/02/2000), el total acumulado de VIH+ alcanza a 3.333 en todo el Uruguay. El total de seropositivos (VIII más SIDA) llega a 4.747 en el país. En los dos meses de 2000 se notificaron 65 nuevos VIH+ al Programa Nacional.

Los últimos estudios Centinelas del VIH mostraron una disminución del crecimiento de la infección VIH entre la población laboral del país, que paso de una prevalencia de 0.20% en 1995 a una prevalencia de 0.24% en 1996 y a una prevalencia de 0.26 en 1997. En 1998 la prevalencia sólo aumento hasta el 0.27%, confirmando la tendencia al enlentecimiento del crecimiento anual del porcentaje de prevalencia en la infección VIII en la población laboral del Uruguay, en los últimos tres años.

En la infancia, los tres grupos de población con mayor riesgo son los lactantes nacidos de madres infectadas, los pacientes a los que se administraron hemoderivados contaminados y los adolescentes que adquieren la infección por contacto sexual o por consumo de drogas por vía intravenosa.

La primer causa de SIDA pediátrico es la transmisión perinatal del VIH.

La transmisión materno - infantil se produce fundamentalmente en el momento del parto, 1/3 del total por la lactancia y excepcionalmente por vía transplacentaria. Aún no hay estudios concluyentes sobre cual es la mejor vía para el nacimiento, con la finalidad de disminuir la contaminación del recién nacido. Factores asociados con un incremento en la transmisión perinatal son: corioamnionitis, rotura prematura de membranas, entre otros.

Estudios recientes sugieren que la lactancia materna puede incrementar el riesgo de transmisión en un 10 - 20%.

De 14 a 50% de las mujeres infectadas por VIH transmiten el virus a su hijo (es altamente variable según las regiones y si ya han tenido o no hijos infectados). Resulta de mayor riesgo la gestación que se produce en la primera etapa de la infección VIH o cuando la madre ya ha comenzado la inmunodepresión. La infección de los niños en general y la congénita en particular tiene una mayor gravedad y evolutividad que la infección del adulto. La mitad han desarrollado SIDA al año y 80% a los 3 años.

En el Uruguay el primer caso pediátrico notificado ocurrió en el año 1990. A partir de ese momento se creó un ámbito para la atención integral de estos niños, creándose la Policlínica Infantil VIH - SIDA, dependiente del Instituto de Pediatría, que se encarga del seguimiento ambulatorio de la salud del niño VIH positivo.

El VIH - SIDA es una patología que actualmente está incrementando el número de mujeres infectadas en todas las etapas del ciclo vital. Esto hace que si bien hombres y mujeres estén expuestos a la infección por las mismas vías de transmisión, las mujeres son particularmente vulnerables en las relaciones sexuales por tener mayor riesgo para el contagio por su capacidad de receptora, además de su rol reproductora.

Luego de la revisión bibliográfica y analizar los datos estadísticos del informe epidemiológico VIH - SIDA del M.S.P (29/02/00), se observó que las edades con mayor prevalencia oscilaban entre los 20 y 34 años, con 181 casos de VIH - SIDA, y por ello intentaremos conocer si nuestra población de estudio es un reflejo de la realidad nacional.

Partiendo de la base de que cada grupo etario tiene diferente comportamiento con roles predeterminados por la sociedad y sus diferentes abordajes, surge un planteamiento grupal de si esas distintas etapas del ciclo vital de la población de estudio interfieren o no con la adhesión al tratamiento posnatal y cuidado de sus hijos.

Para ello nosotros operacionalizamos nuestra variable, delimitando la población a madres HIV + con hijos entre 8 y 12 meses de edad, eligiendo este período de tiempo como observación dado que tiene un lapso mínimo de 8 meses, en donde la madre juega un papel fundamental adquiriendo una conducta positiva o no de adhesión al tratamiento posnatal indicado por el equipo de salud.

Es por todo lo antedicho y más que nuestro trabajo sea punto de partida para que se realicen posteriores investigaciones y se elaboren programas de Salud dirigidos a las mujeres en los distintos grupos etarios.

## MÉTODOS

➤ Tipo de investigación:

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal.

➤ Area de estudio:

Se llevará a cabo en Uruguay, Montevideo, en el Centro Hospitalario Percira Rossell, Clínica VIH y Servicio de Internación (Anexo 3).

➤ Definición y medición de variables:

Las variables principales de nuestro estudio serán las siguientes:

1. **Edad materna:** Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual. Es una variable, cuantitativa continua, medida en años, la cual según los datos obtenidos será dividida según las diferentes etapas del ciclo vital para un mayor análisis de la misma.
2. **Tratamiento:** Según el diccionario médico se define como los cuidados y atenciones prestados a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbosos o lesión traumática; el tratamiento activo está encaminado a la curación, el paliativo trata de aliviar los dolores u otros síntomas, el profiláctico intenta prevenir la instauración de la enfermedad. Puede ser farmacológico utilizando medicamentos, quirúrgicos aplicando técnicas de esa índole, o tratamiento de apoyo ayudando al mantenimiento del paciente. Se trata de una variable compleja, cualitativa nominal que se estudia a través de tres componentes:
  - Cumplimiento de la indicación de no amamantar:
    - SI (no le dio pecho ninguna vez desde el nacimiento).
    - NO (le dio pecho por lo menos una vez desde el nacimiento).

- Cumplimiento de la medicación:
  - SI (cumple en tiempo y forma con la dosis indicada por el médico).
  - NO (no cumple por lo menos una vez en tiempo y forma con la dosis indicada por el médico).
- Asiduidad a los controles del niño:
  - SI (concorre a todos los controles en la hora y fecha indicadas o con una desviación de hasta 5 días).
  - NO (no concurrió por lo menos una vez a los controles).

Se tomará como no adhesión al tratamiento cuando por lo menos uno de los componentes sea *negativo*.

➤ Universo :

- Universo: Madres HIV positivas que concurren al Centro Hospitalario Pereira Rossell, Clínica VIH, que tengan hijos entre 8 y 12 meses de edad que no estén institucionalizados (INAME), en el período Abril - Mayo 2000.

➤ Método e instrumento para la recolección de datos:

La recabación de la información será a través de la historia clínica, que será volcada en un formulario (Anexo 4).

➤ Procedimientos para la recolección de la información:

- Aspectos éticos:

Para la puesta en práctica de esta investigación se necesitarán autorizaciones por parte de las distintas instituciones involucradas que nos proporcionarán datos para comprender la actual situación del problema a tratar:

- Policlínica de HIV del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- Servicio Infecto - contagioso del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

- Tiempo:

El tiempo estimado de duración de la investigación será desde Abril a Octubre de 2000. Por más detalle de actividades ver diagrama de Gantt que se encuentra en el presente trabajo.

- Recursos:

- Humanos: 5 estudiantes de Licenciatura en Enfermería.
- Materiales:
  - ✓ Hojas.
  - ✓ Lapiceras.
  - ✓ Computadora e impresora.
  - ✓ Diskettes.
  - ✓ Escritorio.
- Financieros: Propios.

- Proceso:

Nuestra forma de abordaje será indirecta a través de la historia clínica (Anexo 5), donde se extraerán los datos ya preestablecidos (formulario). Dicha recolección de datos se realizará por estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería en abril - mayo de 2000.

Siendo un tema de gran impacto en la sociedad se protegerá durante toda la investigación la confidencialidad, manteniendo la ética profesional y respetando los derechos de los usuarios con VIH.

- Supervisión y coordinación:

Se llevará a cabo comparando las actividades realizadas con lo planificado previamente viendo si se realizan en tiempo y forma (diagrama de Gantt).

➤ Plan de tabulación y análisis:

Los datos obtenidos se tabularán mediante cuadros con la ayuda de una computadora, convirtiéndolos en gráficos específicos para cada variable y a su vez se presentarán cuadros que intentarán reflejar la relación entre las variables principales para poder llegar así a cumplir los objetivos propuestos.

Las variables que serán objeto de estudio son:

- **Edad materna.**
- **Tratamiento:**
  - **Cumplimiento de la indicación de no amamantar.**
  - **Cumplimiento de la medicación.**
  - **Asiduidad a los controles.**

Se realizará el cruce de las siguientes variables:

- Adhesión al tratamiento (cumplimiento de la indicación de no amamantar, cumplimiento de la medicación y asiduidad a los controles), según la edad materna.
- Edad materna relacionada al cumplimiento de la indicación de no amamantar.
- Edad materna relacionada al cumplimiento de la medicación.
- Edad materna relacionada a la asiduidad de los controles.

## PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA

### CRONOGRAMA DE GANTT

Actividades	28/2	15/3	16/3	20/3 al 29/3	04/4	05/4	06/4 al 13/4	10/10	6/11 y 7/11	En. 2001	Feb. 2001	Mar. 2001
Planteamiento y selección del tema.	◆											
Abal del docente tutor.		◆										
Revisión bibliográfica y búsqueda de material.			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Elaboración del protocolo.				◆								
1° tutoría y presentación del protocolo.					◆							
Revisión del protocolo.					◆							
Inscripción en la policlínica.						◆						
Ejecución.							◆					
Corrección del protocolo.								◆				
Reelaboración del protocolo y aceptación.									◆			
Análisis e interpretación.										◆		
Tabulación de datos.											◆	
Conclusiones y sugerencias.											◆	◆
Autorización docente.												◆

## MARCO TEORICO

### Salud Reproductiva:

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad durante el proceso de reproducción.

Podemos interpretar:

El objetivo de la Salud Reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable.

El concepto de Salud Reproductiva se puede resumir en: "padres saludables es igual a hijos saludables".

Primero solo se controlaba a la mujer embarazada solo en el momento del parto, luego los cuidados brindados en el período prenatal y durante el parto disminuyeron gradualmente la morbi-mortalidad materno-infantil, pero los resultados no fueron óptimos.

Es de vital importancia que los cuidados se realicen en todas las etapas, tanto preconcepcional, prenatal, parto y puerperio.

La Salud Reproductiva es el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio, transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos. En términos más amplios, contribuye a que en el futuro los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo, y que puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo, disfrutando de los beneficios sociales de la vida.

La adolescencia es un período decisivo para la salud y calidad de vida de la joven y de la mujer adulta. Hay que apoyar a las adolescentes para que desarrollen conductas protectoras de su salud y se debe involucrar más al varón. La Salud Reproductiva involucra necesariamente a la pareja.

Cualquier alteración de una de estas etapas de la Salud Reproductiva tendrá repercusiones en el futuro recién nacido, familia y sociedad. La Salud Reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, políticos, económicos y por acciones provenientes de otros sectores como vivienda, educación, alimentación y en especial afecto y situación social de la mujer.

## **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A):**

- **V.I.H:** Es una infección causada por uno de los diversos retrovirus relacionados que se incorporan en el ADN de la célula del huésped y producen una amplia variedad de manifestaciones clínicas, que comprenden desde el estado de portador asintomático hasta la patología debilitante grave e incluso mortal.
- **S.I.D.A:** Es un síndrome de inmunodeficiencia secundaria a la infección del V.I.H, que se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas, procesos malignos, lesiones neurológicas y muchos otros síndromes. El S.I.D.A es una fase más, la última de la infección causada por el V.I.H.

### ➤ **Descripción:**

El VIH pertenece a un grupo de virus denominados “virus lentos” porque los síntomas de la enfermedad que causan aparecen después de un prolongado periodo de incubación. El virus está formado por una partícula esférica de 80 a 100 milímetros con una estructura en tres capas:

- Interna que contiene el ARN
- Una capsida Isocábrica
- Una envoltura derivada de la célula huésped donde se insertan las glicoproteínas (GP).

El VIH tiene dos glicoproteínas en su envoltura lipídica, que estimulan al sistema inmune para producir anticuerpos específicos que podrán ser detectados en un examen de sangre.

### ➤ **Ciclo de replicación:**

El virus VIH ataca y destruye preferentemente a las células CD4 o linfocitos T4 que integran las defensas del organismo, por lo que el número de estas células en la sangre se utiliza para medir el progreso de la infección.

El virus penetra al linfocito a través de un receptor de membranas (CD4). una vez dentro del linfocito, se libera el ARN viral y es transcrito a ADN, de esta manera el linfocito no lo identifica como una partícula extraña

Cuando el número de células T4 disminuye significativamente el organismo no puede defenderse y aparecen las denominadas infecciones oportunistas.

➤ **Eficiencia mecanismo de transmisión:**

TRANS. DE SANGRE CONTAMINADA	>90 %
PERINATAL	APROX. 30%
RELACIONES SEXUALES	VARIABLE
USO DE DROGAS INTRAVENOSAS	VARIABLE
ACCIDENTE LABORAL	0.3-0.5 %

➤ **Mecanismos de transmisión:**

Si bien el VIH se pueden encontrar en múltiples células, fluidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas solo se encuentra en cantidad suficiente de ser transmitido en:

- Sangre
- Líquido cefalorraquídeo
- Semen
- Secreciones vaginales
- Leche materna

Las principales puertas de entrada del VIH en el organismo son las mucosas y la piel dañada por lastimaduras, cortes, heridas, y ulceraciones.

No atraviesa la piel sana. Las principales mucosas comprometidas en la transmisión del VIH son: la rectal, la vaginal, uretral, bucal, y conjuntival.

Luego de traspasar estas puertas de entradas se disemina a todo el organismo a través de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH son:

- A través del contacto sexual(heterosexual y homosexual)
- A través de la sangre o sus componentes, trasplante de órganos y tejidos infectados por el VIH
- De una mujer infectada por el VIH durante el embarazo, parto o lactancia materna.

#### TRANSMISION SANGUINEA

- Jeringas, instrumentos contaminados.
- Accidente laboral:  
El riesgo de transmisión del VIH en accidentes laborales en los trabajadores de la salud se ha calculado en un 0.3% por el contacto con sangre de un paciente infectado, generalmente al sufrir un pinchazo con una aguja que se utilizo en un paciente con SIDA.
- Transfusiones de sangre y productos sanguíneos.

#### TRANSMISION PERINATAL

##### Transmisión de la madre al hijo:

Esta transmisión puede producirse durante el embarazo, parto o lactancia materna.

El riesgo de transmisión perinatal depende de múltiples factores. En promedio se estima que en un 25% de las mujeres VIH + embarazadas, puede transmitir el virus durante el embarazo o en el momento del parto. Con relación a la lactancia, el porcentaje baja a un 10 – 15%.

Si bien la placenta actúa como un verdadero filtro, hay determinadas sustancias o partículas pequeñas como el VIH que la pueden atravesar.

Si una mujer decide en estas condiciones tener un hijo, o el diagnóstico del VIH + se realiza durante el embarazo, se recomienda el uso inicial de Zidovudina, para disminuir el riesgo de transmisiones.

## VIH Pediátrico:

Un pequeño número de infantes con VIH sobreviven a las frecuentes infecciones propias de su edad, mejoran su salud, llegando a vivir por más de 6 años. De manera global, 4 de cada 10 infantes con VIH no viven más de 12 meses, y más de la mitad mueren para cuando tienen 2 años, casi siempre de deshidratación, neumonía, tuberculosis y desnutrición.

### Evaluación y tratamiento del niño VIH+:

#### 1. Reducir el riesgo de infección perinatal:

##### a) Madre que no está recibiendo tratamiento antiretroviral:

**Durante el embarazo,** con comienzo entre las 14 y 34 semanas de gestación, AZT (Zidovudina) 100mgr. v/o 5 veces al día.

**Trabajo de parto y parto:** AZT 2mgr./Kg. por vía i/v durante 1 hora, seguido de una perfusión continua de AZT 1 mgr./Kg./hora hasta el parto.

**Período posnatal:** AZT en jarabe 2 mgr./Kg. dosis cada 6 horas comenzando a las 8 a 12 horas después del nacimiento, hasta las 6 semanas de edad.

##### b) Madre recibiendo antiretroviral: Continua con el mismo. Se administra AZT en el trabajo de parto y período posnatal.

##### c) Lactancia materna: Se debe aconsejar NO dar pecho al niño ni utilizar la leche ordeñada para cualquier otro niño.

#### 2. Diagnóstico de la infección VIH en el niño:

El VIH+ en el niño menor de 18 meses de edad indica infección materna pero no es diagnóstico de infección en el niño. En general, en mayores de 18 meses es diagnóstico de infección.

**Pruebas confirmatorias de infección:** PCR de ácidos nucleicos virales, cultivo viral (no se realiza habitualmente en nuestro medio), antígeno p24 (la sensibilidad del Ag p24 es inferior al PCR).

**Al nacer:** PCR y p24. No se debe hacer en sangre de cordón. Si es positivo se repite en forma inmediata antes de dar el resultado a los padres.

**A los 30 - 60 días de vida:** Se repite PCR y Ag. P24.

Si los estudios realizados son negativos, y el niño es asintomático se reitera a los 4 meses de vida (si presenta síntomas se reitera de forma inmediata).

Un niño de 4 o más meses de edad, asintomático, con 2 estudios de PCR negativos tiene una probabilidad superior al 95% de NO estar infectado.

Cada 3 a 6 meses corresponde reiterar ELISA de VIH para confirmar desaparición de anticuerpos hasta los 18 meses.

Se considera NO INFECTADO si no presenta síntomas y tiene 2 ELISA negativos separados entre sí por 2 meses. De todos modos a los 24 meses de edad debe tener un tercer ELISA negativo.

3. Control inmunológico, hematológico e infeccioso:

Hemograma completo y poblaciones linfocitarias: 1,3,6,9 y 12 meses de edad.

Dosificación de Inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM): entre los 4 y 6 meses de edad.

Investigación de anticuerpos para Hepatitis B y C: al nacer y a los 6 meses.

Investigación de TORCH y VDRL: al nacer y a los 6 meses.

4. Profilaxis de Neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC):

Se comienza a las 6 semanas de edad, a todos los niños hijos de madre infectada por VIH, una vez que suspende la profilaxis con AZT.

Se mantiene el tratamiento en todos los niños hasta los 12 meses de edad, a no ser que se haya descartado previamente la infección por HIV.

Para niños mayores de 12 meses, se mantiene el tratamiento cuando el recuento o porcentaje de linfocitos CD4 es menor al mínimo esperable para la edad, según tabla.

Todos los niños que hayan tenido una NPC deben recibir profilaxis de por vida, independientemente del estado clínico y el recuento linfocitario.

**Medicamento:**

Trimetoprim-Sulfametoxazol: es un agente profiláctico de elección que confiere protección contra la toxoplasmosis, diversas infecciones bacterianas e *Isospora Belli*.

**Dosis:** 5mg/K/día de trimetoprim, por v/o, en 2 dosis diarias, 3 veces por semana en días consecutivos (ej. lunes, martes y miércoles), o días alternos (lunes, miércoles y viernes).

**Prevención de otras infecciones oportunistas:**

- Evitar el consumo de alimentos crudos o pocos cocidos (*Salmonella*).
- Evitar la bebida o los baños en aguas de lagos o ríos (*Cryptosporidium* o *Giardia*).

- Evitar contacto con animales de granja jóvenes así como gatos (Toxoplasma, Bartonella).
- Promover el lavado de manos.
- Evaluar la necesidad de profilaxis para Mycobacterium avium, Cryptococcus, Histoplasma, Herpes simplex, etc.

#### 5. Tratamiento antiretroviral:

Confirmado que el niño esté infectado, con o sin alteraciones clínicas, y con o sin alteraciones de las poblaciones linfocitarias, se comienza tratamiento con 3 drogas, una de las cuales será un Inhibidor de Proteasa.

La medición de la Carga Viral (CV) es el parámetro esencial para decidir, iniciar o modificar el tratamiento antiretroviral. La medida de CV deberá realizarse el momento del diagnóstico y cada 4 a 6 meses si el paciente no es tratado.

Si se decide iniciar el tratamiento, la CV se realizará previo al inicio del tratamiento, y 4 a 8 semanas luego de comenzado el mismo, lo que permite evaluar su efectividad, siendo esperable un descenso marcado de la misma (0.5 a 0.75 log<sub>10</sub>). Deberá luego continuar bajando hasta hacerse prácticamente indetectable (< 500 copias RNA/ml) en 6 meses. Si esto no ocurre habrá que revisar y eventualmente modificar el tratamiento.

#### 6. Inmunizaciones:

- a) BCG al nacer, como a cualquier niño.
- b) Triple bacteriana y Hib de acuerdo al régimen habitual.
- c) Poliomielitis: si se consigue, administrar la vacuna a virus inactivados, NO dar la vacuna oral, aunque el niño no esté infectado por el VIH por la posibilidad de transmitirle el virus a los padres si infectados.
- d) Vacuna triple viral (Sarampión, Parotiditis, Rubeola) al año de edad, sólo si no tiene intensa alteración inmunológica de acuerdo a poblaciones linfocitarias.
- e) Vacuna de Hepatitis B en el primer año (si la madre es HbsAg+, desde el nacimiento junto con gamma globulina específica)
- f) Vacuna gripal, desde los 6 meses, todos los años aunque no esté infectado por VIH.
- g) Vacuna antineumocócica: a partir de los 2 años de edad.
- h) NO se debe administrar vacuna antivariçela, se debe evitar contacto con exantemas por varicela o por vacuna antivariçela, y si ocurre, gamma globulina VZ.

## TRANSMISION SEXUAL

### Transmisión del VIH por relaciones sexuales:

El riesgo de transmisión sexual depende de varios factores, a saber: el tipo de acto sexual, el número de virus presente en la sangre o las secreciones genitales de la persona infectada, la susceptibilidad del receptor, la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o de lesiones en la piel o en las mucosas en uno o en ambos miembros de la pareja y posiblemente la cepa del virus.

## NO TRANSMISION

Tan importante como saber los mecanismos de transmisión del VIH es saber como no se transmite, para evitar preocupaciones y temores innecesarios.

El VIH no se transmite con el contacto habitual de persona a persona en el hogar (excepto si existe contacto sexual), ni por las relaciones sociales cotidianas en la escuela, lugares de trabajo o lugares públicos. Tampoco se transmite a través de la tos o los estornudos, los insectos, el agua, los alimentos, los baños públicos, las piscinas, la ropa, la vajilla, u otros objetos como teléfonos, etc.

Hasta la fecha no se conoce ningún miembro de la familia de un paciente de encargado de su cuidado que se haya infectado por el contacto habitual con el enfermo. El VIH no se transmite por el contacto diario casual, ya que el virus no sobrevive por mucho tiempo en el aire, agua o los objetos que la sangre o el semen de una persona infectada pudieron haber contaminado.

### ➤ Immunología:

El sistema inmune cumple la función de defensa contra las infecciones producidas por distintos tipos de microorganismos y células anormales.

El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir las células que lo integran. Cuántas más células mueren a raíz de la infección por el VIH, más difícil le resulta al organismo defenderse contra otras infecciones.

El SIDA se desarrolla debido a que el VIH ataca el sistema inmune. En estas condiciones el individuo puede ser más susceptible a infecciones repetidas. Las características claves de los mecanismos de defensas del sistema inmunitario son su capacidad en reconocer lo extraño al organismo la especificidad de la respuesta y la memoria inmune.

El sistema inmune debe ser capaz de reconocer bacterias, virus, hongos, parásitos, y materiales extraños con el fin de localizarlos y destruirlos. La memoria es la capacidad de un organismo de desarrollar una rápida, potente y duradera inmunidad después del ataque inicial de la enfermedad infecciosa.

Existen dos tipos diferentes de linfocitos: los linfocitos T y los linfocitos B. Sus acciones son diferentes, el linfocito T ataca los invasores directamente mientras que los linfocitos B producen anticuerpos que atacan los microbios para destruirlos.

La inmunidad producida por anticuerpos es mediada por las células B, que son producidas en la médula ósea y demás componentes del sistema retículo endotelial, distribuidos en varios tejidos linfoides del cuerpo.

Las células T están involucradas en el rechazo de tejidos de transplante y en la defensa de ciertas bacterias, virus y hongos; también en algunas reacciones de la piel que resultan por el contacto con químicos simples y la inmunidad a las células cancerosas.

Una de las tareas que éstas deben cumplir es el inducir a las células B a multiplicarse y producir anticuerpos específicos.

Como todos los virus, el VIH no puede sobrevivir en forma independiente y solo pueden vivir en el interior de una célula, así ataca el linfocito T4 paralizando progresivamente el sistema inmune.

A consecuencia de esto aparecen los primeros síntomas de SIDA.

Cuando se destruye una gran cantidad de estas células o el virus altera el funcionamiento normal, el sistema inmune no puede seguir trabajando eficientemente, y el paciente eventualmente va a morir debido al gran número de infecciones o tumores que se han podido desarrollar.

#### ➤ Clinica:

- Estadio I o infección aguda: Se da entre 3 y 6 semanas después de producida la infección y puede ser asintomática o manifestarse por una meningitis aguda a líquido cefalorraquídeo claro, un síndrome mononucleósido, polineuritis, encefalitis aguda o un cuadro pseudogripal. Todas estas entidades son autolimitadas y la serología en ese momento suele ser negativa.

- Estadio II o infección asintomática: El infectado no tiene manifestaciones clínicas pero se ha producido la seroconversión detectándose anticuerpos en sangre periférica.
- Estadio III o poliadenomegalia generalizada: Se trata de un paciente seropositivo para VIH con un síndrome poliadenomegálico que toma por lo menos dos territorios ganglionares superficiales extralinguales. Las adenopatías tienen más de 1 cm. de diámetro y persisten por más de 3 mcses sin una causa demostrable.
- Estadio IV o SIDA: El estadio final de la infección por VIH está determinado por la presencia de síntomas y signos del síndrome constitucional o la comprobación de infecciones oportunistas o neoplasias propias de esta etapa.

#### Manifestaciones clínicas:

La infección primaria con el VIH es seguida de una respuesta inmune celular y humoral que frena parcialmente la replicación viral. Durante todo este tiempo el paciente es generalmente asintomático (no presenta manifestaciones clínicas). Posteriormente, se desarrollan síntomas y signos constitucionales como:

- Fiebre.
- Pérdida de peso y
- Malestar general.

En las semanas que siguen a la infección, algunas manifestaciones de tipo seudogripal pueden presentarse en el 20 - 30% de las personas infectadas. Los demás no experimentarán ningún síntoma, se habla entonces de primoinfección.

En las personas infectadas se detectarán anticuerpos para el VIH mediante técnicas rápidas de laboratorio entre las 2 semanas y 3 meses en la mayoría de los casos, luego del ingreso del virus en su organismo.

En una segunda fase de la infección, pasado un tiempo, en algunas personas pueden aparecer manifestaciones clínicas.

Principales manifestaciones del VIH:

- Aumento del volumen de los ganglios de forma duradera (más de 3 meses), en distintos lugares del cuerpo.
- Pérdida de peso superior al 10% del peso corporal.
- Fiebre.
- Sudoración nocturna.
- Forma grave de herpes (infección vírica que se manifiesta por medio de vesículas cutáneas dolorosas).
- Diarrea persistente y abundante.

El SIDA constituye la etapa enfermedad de la infección VIH, al afectarse el sistema inmunitario, múltiples bacterias, virus y parásitos son capaces de provocar infecciones graves. A éstas se le llama infecciones oportunistas.

Un alto porcentaje de las personas infectadas van a desarrollar la enfermedad SIDA cuando no reciban tratamiento en los 10 años subsiguientes al inicio de la infección.

El SIDA presenta tres clases de síntomas:

- Infecciones oportunistas.
- Algunos cánceres (linfomas y sarcoma de Kaposi)
- Efectos directos del virus sobre el organismo (entre otros trastornos del sistema nervioso y digestivo).

Las manifestaciones varían según el microbio y el sistema afectado; los principales son el Sistema Respiratorio, el Sistema Digestivo, el Sistema Nervioso Central y el Sistema Tegumentario:

- Sistema Respiratorio:
  - Tos prolongada con fiebre, como agente *Pneumocystis carinii*.
- Sistema digestivo:
  - Diarreas crónicas inexplicables (10 - 15 evacuaciones al día con una duración superior a un mes).
  - Dificultades para alimentarse (infecciones en el esófago).
  - Candidiasis (*Candida albicans*, es un hongo).

Agentes: - *Giardia*.  
- *Shigella*.  
- *Cryptosporidium*.  
- *Isospora belli*.  
- *Candida* y otros.

- Sistema nervioso:
  - Demencia, tumores cerebrales.
  - Meningitis.
  - Parálisis.
  - Hemorragias intracerebrales.
  - Otras (pérdida de memoria, falta de coordinación, confusión en el lenguaje, disminución de la agudeza visual y comportamientos psicóticos).
  
- Sistema Tegumentario:
  - Herpes cutáneo, como agente el virus del Herpes.
  
- Estado general:
  - Adelgazamiento, astenia, debilitamiento.

La enfermedad evoluciona en etapas, con distintas manifestaciones clínicas, dependiendo de:

- Las infecciones oportunistas: Gracias a la terapia anti-infecciosa y anti-parasitaria los episodios de infecciones oportunistas pueden tratarse con éxito y llevar a una remisión de los síntomas. El enfermo puede presentar de nuevo buen estado general. Sin embargo, el déficit inmunitario está siempre presente, y podrán sobrevenir otros episodios de infecciones oportunistas, cada vez más graves que acabarán por no responder al tratamiento. Los tratamientos preventivos actuales permiten retrasar la evolución de la enfermedad, disminuir las recaídas y mejorar la calidad de vida.

#### ➤ Pruebas de diagnóstico:

Para determinar si una persona se ha infectado con el VIH, una de las formas más sencillas es a través de la detección de anticuerpos específicos contra el VIH que el individuo ha desarrollado.

Ellos aparecen en la sangre después de un período llamado "ventana" que transcurre entre el momento de la infección y la aparición de los anticuerpos, que generalmente va de 2 semanas a 3 meses.

Existen varios métodos serológicos para detectar los anticuerpos, como las pruebas rápidas, pero el más utilizado es el ELISA (Antibody Enzyme-linked Immunosorbent Assay). Si esta prueba detecta la presencia de anticuerpos es necesario realizar una prueba confirmatoria tipo I.F.I (Inmunofluorescencia Indirecta) o tipo Western Blot.

El mecanismo que se utiliza en forma regular en la Dirección de Laboratorio del MSP es el siguiente:

•Método ELISA:

Si el medio se colorea la prueba es POSITIVA.

Si el medio permanece incoloro la prueba es NEGATIVA.

Un resultado POSITIVO a la prueba ELISA no es suficiente para definir a la persona como seropositiva (ya que hay ELISAS falso positivos). Son necesarias las pruebas confirmatorias (I.F.I o Western Blot) antes de informar a una persona que es portadora del VIH.

Un resultado positivo no significa que la persona haya desarrollado la enfermedad SIDA. Únicamente implica que ha adquirido el virus VIH, y que puede transmitirlo a otras personas por medio del semen, secreciones vaginales, y/o sangre.

El diagnóstico de la enfermedad SIDA se realiza a través de los hallazgos clínicos, apoyados por la determinación del conteo de linfocitos CD4, y lo que es más importante, por la medida de la carga viral.

La carga viral es la cantidad de virus en estado replicativo o latente presente en la sangre de un individuo infectado. Se expresa en el número de copias por ml. Un resultado positivo puede detectarse inmediatamente luego de la infección. Un resultado negativo significa, o que no hay virus o hay menos de 250 copias de virus por ml.

En el momento actual es el mejor marcador predictivo de evolución clínica.



- I.F.I. (Inmunofluorescencia Indirecta):

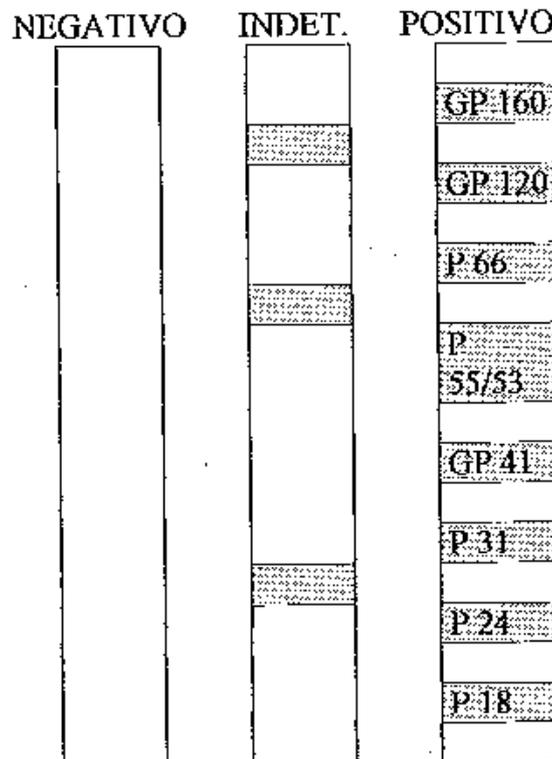
Prueba serológica que se puede utilizar como método confirmatorio del diagnóstico de infección VIH, siempre que los títulos de los test de ELISA no hayan sido muy bajos.

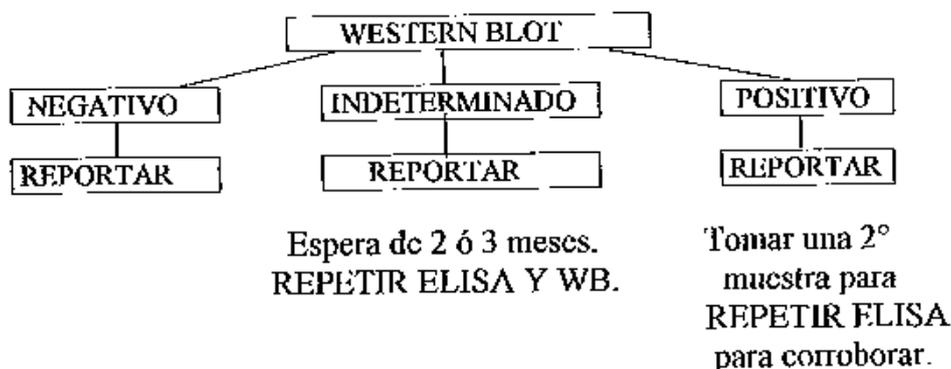
- WESTERN BLOT

Las bandas marcan la presencia de glucoproteínas específicas del VIH en el organismo.

- POSITIVO: Con la presencia simultánea de las bandas del gen env (gp 160, gp 120 o gp 41) y del gen gag (p24). Se confirma diagnóstico por VIH.
- INDETERMINADO: Bandas presentes pero sin patrón específico. Deberá repetir el examen en tres meses.
- NEGATIVO: Ninguna banda presente, demuestra que no existen títulos de anticuerpos detectables en ese momento. Los positivos confirmados (por I.F.I. o Blot) serán notificados al paciente con consejería.

### WESTERN BLOT





➤ **Tratamiento farmacológico:**

**ZIDOVUDINA (AZT)**

Es un potente inhibidor de la replicación del VIH. Pertenece a la clase de medicamentos llamada inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa. Este tipo de droga bloquea la acción de la enzima esencial para la producción de una copia de ADN del genoma vírico.

Se ha demostrado que el AZT disminuye la replicación vírica y produce un aumento, por lo menos transitorio, del recuento de células CD4+. Prolonga la supervivencia de los pacientes con SIDA y retarda el inicio de las manifestaciones clínicas en los pacientes sólo infectados por el VIH o con síntomas mínimos.

El AZT no cura la infección por el VIH ni tampoco sus enfermedades asociadas. El riesgo de transmitir el VIH cae de 25% a 8% si la madre toma el medicamento durante los últimos 6 meses de su embarazo y el recién nacido durante 6 semanas.

Según protocolo ACTG 076 de 1994 se administra:

- a) AZT v/o 500 mg. al día a partir de las 14 a 34 semanas de gestación y continuando todo el embarazo,
- b) Durante el trabajo de parto, 2 mg. de AZT endovenoso en la primera hora continuando con una infusión de 1 mg/Kg/hora hasta el nacimiento.

- c) AZT v/o al recién nacido 2 mg/Kg cada 6 horas durante las primeras 6 semanas de vida iniciándolo en las primeras 8 a 12 horas después del nacimiento.

Efectos secundarios:

A corto plazo: Dolor de cabeza, náuseas, fiebre, mialgia, rash cutáneo, excitación, insomnio y confusión.

Los efectos más serios son anemia, granulocitopenia y miopatía.

## **BROMOCRIPTINA**

"Preparados hormonales" - Inhibidores hipofisario

Descripción : Inhibidor de la secreción de prolactina.

Indicación : Cuando se indica la supresión de la lactancia postparto o postaborto.

Contraindicaciones : Hipertensión arterial severa, toxemia gravídica.

Precauciones : Dado que la hiperprolactinemia puede traducir la presencia de tumor hipofisario es perentorio un estudio completo de la hipófisis previo al tratamiento con bromocriptina; Insuficiencia hepática y renal.

Reacciones adversas : Náuseas, vómitos, cefalalgias, fatiga, congestión nasal, constipación o diarrea e hipotensión arterial; menos frecuentes : somnolencia, arritmias cardíacas, calambres.

Interacciones : Su acción puede ser disminuida por fenotiazinas y butirofenomas.

Dosificación : Inhibición de la lactancia : 2,5 - 5 mg c/12 hs durante 14 días comenzando inmediatamente después del parto.

## **SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIM (COTRIMOXAZOL)**

Descripción : Asociación de quimioterápicos con acción sinérgica y efecto bactericida.

Espectro de acción : Estreptococo beta-hemolítico y piógeno, Neumococo, Estafilococo, Bacillus anthracis, Clostridium, Meningococo, Gonococo, Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Shigella, Salmonella, Brucella, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter aerogenes, Pseudomonas aeruginosa, Actinomyces israelii, Chlamydia psittaci, Chlamydia lymphogranulomatis y Chlamydia trachomatis.

Indicaciones principales : Infecciones del tracto respiratorio o urinario.

**Contraindicaciones :** Hipersensibilidad a las sulfamidas. Embarazo. Recién nacidos.

**Precauciones :** Insuficiencia renal y hepática.

**Reacciones adversas :** Náuseas, vómitos y diarrea. Erupciones cutáneas y rara vez dermatitis exfoliativa, anafilaxia, vasculitis, fiebre, artralgias, broncoespasmo, fotosensibilidad. Disfunción hepática.

**Trastornos hematológicos.**

**Interacciones :** Aumenta los efectos de anticoagulantes orales, sulfonilureas, fenitoína, tiopental, metotrexato, fenilbutazona. La procaína y el PABA son antagonistas. Puede presentar antagonismo mutuo con metenamina. El probenecid aumenta su concentración en sangre.

**Dosificación :** Por VO o IM. Niños : 6-8 mg/kg/día trimetoprim, 30-40 mg/kg/día sulfametoxazol fraccionado c/12 hs. Los preparados para uso IM no pueden administrarse por vía IV.

### **Lactancia:**

La palabra lactancia tiene dos significados:

- a) Período de la vida de un niño, y
- b) Lactación o acto de mamar, se entiende por mamar la extracción por succión del recién nacido la leche de los pechos de la mujer.

La naturaleza prepara las areolas y los pezones de la madre para la succión del recién nacido al momento de nacer en condiciones normales.

Es un acto que se puede realizar por toda mujer, luego que ha dado a luz. Para que el mismo se logre con éxito, el personal de la Salud debe de conversar sobre la alimentación con la madre, presentándole antes del parto los beneficios de la lactancia materna (nutritivos, protección de la infección, inmunológicos y psicológicos entre otros).

La principal contraindicación de la lactancia materna es la falta de deseo e interés por parte de la madre o alguna patología presente en las mamas o que requiera ingestión de fármacos.

La transmisión del VIH a través de la lactancia materna es una desafortunada realidad que requiere estrategias para prevenir la infección infantil.

La mayoría de las infecciones por VIH de los niños son el resultado de una transmisión madre a hijo, la cual puede ocurrir perinatalmente a posnatalmente, como consecuencia de la lactancia materna, por lo tanto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell se aconseja no dar pecho al niño ni utilizar la leche ordeñada para cualquier otro niño. Existen medidas para la inhibición de la lactancia, y se brindan los complementos necesarios a los recién nacidos.

### **Inhibición de la lactancia:**

La inhibición de la lactogénesis después del parto se denomina prevención de la lactancia; una vez establecida la lactancia su inhibición se denomina inhibición de la lactancia.

Se habla de prevención de la lactancia cuando se **impide** la producción de la leche, las principales medidas para la prevención de la lactancia son:

- Vendaje compresivo de mamas o colocación de sostén apretado inmediatamente después del parto manteniéndolo por 5 días.
- No amamantar al recién nacido.
- No estimular la areola y el pezón.
- Aplicación de frío local.
- Restricción en la ingestión de líquidos.

La bromocriptina 2.5 mg cada 12 horas por vía oral también es usada con frecuencia para este fin pero es un medicamento que hay que ser cauteloso debido a los efectos secundarios.

Existen reportes de infartos cerebrales y miocárdicos además de crisis hipertensivas. La bromocriptina se usa durante 2 semanas.

En ocasiones al suspender el fármaco las glándulas mamarias inician el proceso de lactogénesis lo que obliga a instalar la bromocriptina por un nuevo período cuya duración dependerá de la respuesta de la paciente.

En contrapartida con lo anterior existen lugares donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición son las causas principales de mortalidad infantil, y donde la mala higiene y falta de dinero indican la dificultad de encontrar alternativas seguras a la leche materna. Para las mujeres VIH+, el riesgo de que sus bebés mueran si no son amamantados, será mucho mayor que el riesgo de transmitir el VIH, los métodos alternativos de alimentación infantil consiste en que la leche materna puede ser extraída de la madre y hecha segura para el infante, calentándola hasta el punto de ebullición, o pasteurizándola - calentándola a 62.5°C durante 30 minutos.

Las mujeres con VIH tienen derecho a tomar sus propias decisiones acerca del embarazo, el parto y la lactancia materna, necesitan tener acceso a consejería acerca de los riesgos y beneficios de diferentes opciones, y sus implicaciones a largo plazo.

### **Derechos fundamentales de las personas VIH+ - SIDA:**

- I. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
- II. No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH, ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma confidencial y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- III. No podrá restringirse su libre tránsito dentro del territorio nacional.
- IV. Si desca contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- V. Vivir con VIH o SIDA no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
- VI. Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas del VIH. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.
- VII. No se te puede privar mediante el derecho a la educación formal o informal que se imparta en instituciones públicas o privadas.
- VIII. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- IX. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
- X. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.
- XI. Tienes derecho a los servicios de asistencia médica digna, y tu historial médico deberá mantenerse en forma confidencial.
- XII. Si eres preso o estás en situación de encierro, con mayor razón y energías debes exigir el cumplimiento de estos derechos.

### **Derechos del niño en el contexto del VIH/SIDA:**

Todos los niños y niñas que viven en el mundo de hoy, estén infectados por el VIH, afectados por el SIDA en su familia o comunidad, o viviendo con el riesgo de contraer VIH están reconocidos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que, en el contexto del VIH/SIDA ha definido unos principios para reducir la vulnerabilidad de los niños a la infección y para protegerlos de la discriminación por causa de su condición de seropositivo real o presunta.

- Debe garantizarse el derecho del niño a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.
- Los derechos y las libertades civiles de los niños deben respetarse, insistiendo en el abandono de políticas que pueden provocar la separación de los niños de sus padres y familias.
- Los niños deben tener acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH/SIDA y los medios de prevención. Hay que tomar medidas para eliminar los obstáculos sociales, culturales, políticos o religiosos que impiden este acceso.
- Debe reconocerse el derecho de los niños a la confidencialidad e intimidad con respecto a su condición de seropositividad. Esto incluye el reconocimiento de que las pruebas para la detección del VIH deben ser voluntarias y realizarse con el consentimiento informado de la persona afectada, consentimiento que hay que obtener en el contexto de consejería previa a las pruebas. Si intervienen los tutores legales del niño, deberán prestar la debida atención a la opinión de éste, si es suficientemente mayor o maduro para opinar al respecto.
- Todos los niños deben recibir el tratamiento y la atención adecuados para el VIH/SIDA, inclusive cuando esto implique costos adicionales, como en el caso de los huérfanos.
- Los Estados deben considerar el VIH/SIDA como una discapacidad, si existe una legislación sobre las discapacidades para reforzar la protección de las personas afectadas por el VIH/SIDA contra la discriminación.

- Los niños deben tener acceso a los servicios y programas de atención de salud y hay que eliminar los obstáculos que encuentran para ese acceso los grupos especialmente vulnerables.
- Los niños deben tener acceso a las prestaciones sociales, incluida la seguridad social.
- Los niños deben gozar de un nivel de vida adecuado.
- Los niños deben tener acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH/SIDA en la escuela y fuera de ella, sea cual sea su condición con respecto al VIH/SIDA.
- Los niños no deben sufrir ningún tipo de discriminación por causa de su condición con respecto al VIH/SIDA en la escuela y fuera de ella, sea cual sea su condición con respecto al VIH/SIDA.
- Los niños no deben sufrir ningún tipo de discriminación por causa de su condición con respecto al VIH/SIDA en las actividades del tiempo libre, recreativas, deportivas y culturales.
- Los gobiernos deben tomar medidas especiales para prevenir y reducir al mínimo el impacto del VIH/SIDA causado por el tráfico de drogas, la prostitución forzada, la explotación sexual, la incapacidad para negociar una relación sexual protegida, el abuso sexual, el consumo de drogas por inyección y las prácticas tradicionales nocivas.

### **VIH - SIDA desde el punto de vista de la profesión de Enfermería:**

Sin lugar a dudas, la infección por VIH es una de las más consideradas por el personal de Salud, por ser una infección transmisible y su curso no ser limitado, de por vida y letal.

El VIH - SIDA desencadena encontradas emociones y posiciones donde están siempre presentes la discriminación y el rechazo.

En el medio de una enfermedad con gran carga de desaprobación social por las ya conocidas vías de transmisión, no son muchos los integrantes del equipo de Salud que se han interesado por conocer el tema y prepararse para ejercer su profesión con pacientes de éstas características.

Surgen entonces inquietudes varias en el grupo para trabajar este tema.

Se nos plantea una interrogante ¿cómo es posible que casi a 20 años del diagnóstico de la enfermedad en Uruguay y tratándose de una patología que dejó de ser casual para convertirse en casi habitual, el personal de Salud continúe con dudas sobre un posible contagio?.

Debido a las campañas de información el personal conoce los modos de contagio, recabando información obtuvimos las normas de bioseguridad para prevención de accidentes laborales elaborados por el MSP en noviembre de 1997, donde se normatiza el manejo de pacientes infectados, la exposición con sangre y fluidos corporales, aún así se sigue temiendo al contagio.

Por otra parte, en los lugares especializados para la atención de estos pacientes (Instituto de Higiene en adultos y Servicio Infeccto contagioso del CHPR en niños), el personal de salud se ve enfrentado al desafío que presenta la atención a los mismos, en este medio laboral se fue evolucionando del pánico o rechazo a la aceptación y acercamiento al paciente.

Las instituciones laborales se abastecen con materiales descartables (guantes, jeringas, agujas), a veces necesario y a veces insuficiente, para el manejo de pacientes VIH+, que a nuestro entender falta un apoyo psicológico para el personal para poder realizar una catarsis de la problemática vivida, descargas de emociones.

La formación del personal de Enfermería, tanto profesional como auxiliar, fue y es asistir para curar y preservar al individuo en Salud.

En estos casos y con pacientes que tienen SIDA enfermedad el personal trabaja con la contradicción, la angustia, se vive diariamente con la preparación para la muerte.

Al profundizar en la atención al paciente pediátrico, en el binomio madre - niño, en su vínculo familiar (dígase padres, tíos, abuelos, etc.), la impotencia es aún mayor, son situaciones de muy difícil manejo, ¿cómo se prepara a unos padres, una familia para la muerte de un hijo?.

El hecho de que no exista una terapéutica efectiva que pueda frenar la replicación viral y curar la enfermedad para salvar la vida de un recién nacido - lactante, nos causa una impotencia mucho mayor.

Es aquí donde el grupo, como investigadores y desde afuera se cuestiona si el personal de Salud que trabaja en forma directa con éstos pacientes, en la jerarquización de necesidades logra un balance entre la asistencia integral del paciente pediátrico con derechos como paciente y la atención a sus derechos propios, más allá de ser personal de la Salud, como persona con familia, muchas veces a su cargo, desempeñando tareas para una institución, en oportunidades con ínfimos recursos disponibles y sin ninguna retribución especial ni económica, ni moral.

Para nosotros, futuros profesionales de la Salud y en nuestro ámbito es imprescindible promover y mejorar la calidad de vida de esos pacientes, con una enfermedad sombría y sin salida hasta el momento.

Obedece a este motivo el interés nuestro en este tema, saber como podemos prevenir la transmisión del VIH a niños hijos de madres VIH+, saber la terapeutica efectiva para lograr en esos niños su seronegatividad, apuntando a la educación de la familia en la adhesión al tratamiento y brindándole apoyo en lo que sea necesario.

Para nosotros, futuros profesionales de la Salud y en nuestro ámbito es imprescindible promover y mejorar la calidad de vida de esos pacientes, con una enfermedad sombría y sin salida hasta el momento.

Obedece a este motivo el interés nuestro en este tema, saber como podemos prevenir la transmisión del VIH a niños hijos de madres VIH+, saber la terapeutica efectiva para lograr en esos niños su seronegatividad, apuntando a la educación de la familia en la adhesión al tratamiento y brindándole apoyo en lo que sea necesario.

## RESULTADOS

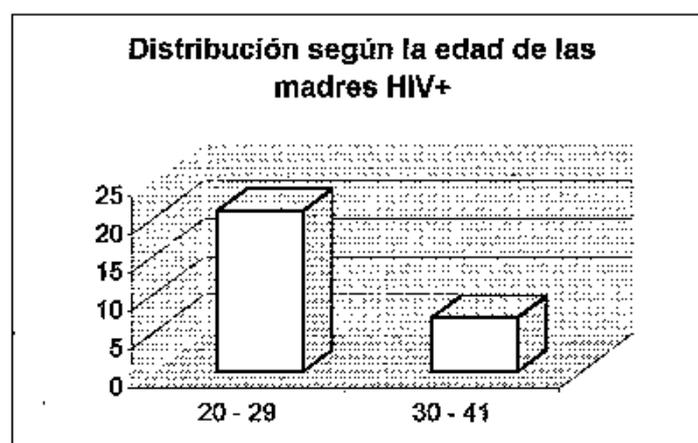
Nuestra población de estudio corresponde al 100% (28) de madres HIV+ con hijos entre 8 y 12 meses de edad, que concurren a la Policlínica HIV del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período abril - mayo del 2000, con edades que oscilan entre 20 y 41 años, siendo la media de 27 años.

- **Edad materna:**

Nos planteamos realizar nuestra investigación, planificando analizar los datos por rango de edad según el ciclo vital de la mujer (adolescentes, adulta joven, adulta), en el transcurso de la misma nos vimos enfrentados con una limitante ya que no se encontraron madres adolescentes VIII positivas con hijos de 8 a 12 meses de edad.

**Distribución según edad de las usuarias con HIV+ con hijos entre 8 y 12 meses de edad que concurren a la policlínica HIV del CHPR en el período Abril - Mayo 2000.**

Edad	F.A	F.R%
20 - 29	21	75
30 - 41	7	25

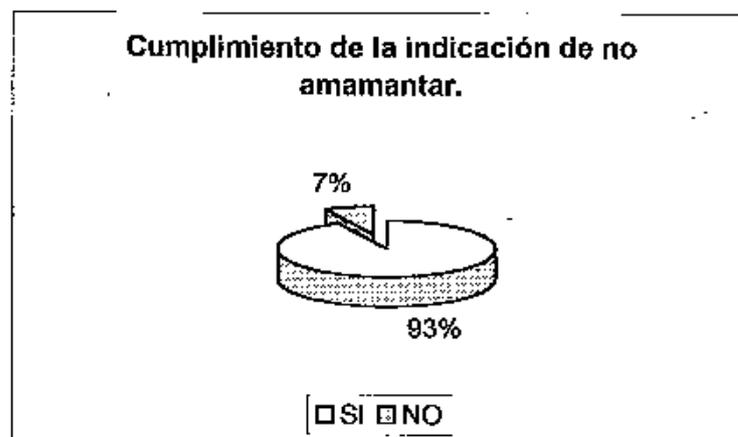


El mayor porcentaje de madres (75%) se encuentran entre 20 y 29 años de edad. Comparando con las estadísticas nacionales de VIH - SIDA del M.S.P al 29/02/2000 no difieren, siguiendo la tendencia actual.

- **Cumplimiento de la indicación de no amamantar:** N = 28

**Distribución según el cumplimiento de la indicación de no amamantar de las madre VIII+ con hijos entre 8 y 12 meses de edad del CHPR en Abril - Mayo 2000.**

Cumple	F.A	F.R%
SI	26	93
NO	2	7



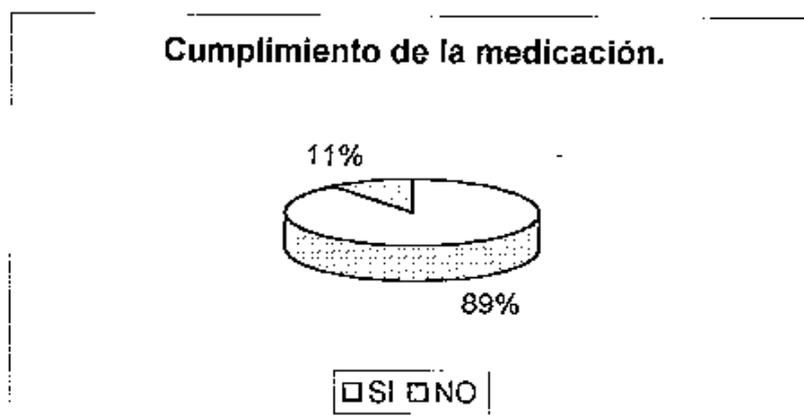
El 100% de la población recibe la misma información en tiempo y forma.

Vemos reflejado en los datos que el 93% de las madres no amamantan siguiendo las indicaciones del equipo de salud, y el restante 7% (2 madres) no cumplió con la indicación.

- **Cumplimiento de la medicación:** N - 28

**Distribución según el cumplimiento de la medicación por parte de las madres VIH con hijos entre 8 y 12 meses de edad del CHPR en Abril - Mayo 2000.**

Cumplimiento	F.A	F.R%
SI	25	89
NO	3	11



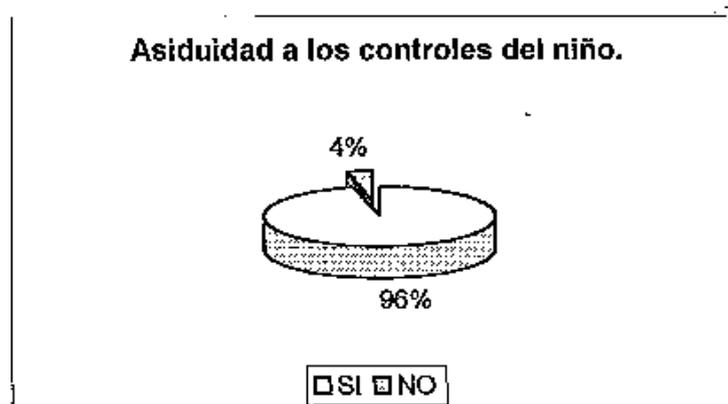
Con relación a esta variable debemos destacar que hubieron 12 casos en los cuales no reciben tratamiento antiretroviral, pero que en su momento lo recibieron (primeros meses de vida), actualmente reciben otra medicación como Trimetoprim - Sulfametoxazol, etc.

El 89% de las madres HIV positivas cumplen con el tratamiento indicado en tiempo y forma.

- **Asiduidad a los controles del niño:** N = 28

**Distribución según la asiduidad a los controles del niño por parte de las madres VIH+ con hijos entre 8 y 12 meses de edad del CHPR en Abril - Mayo 2000.**

Asiduidad	F.A	F.R%
SI	27	96
NO	1	4

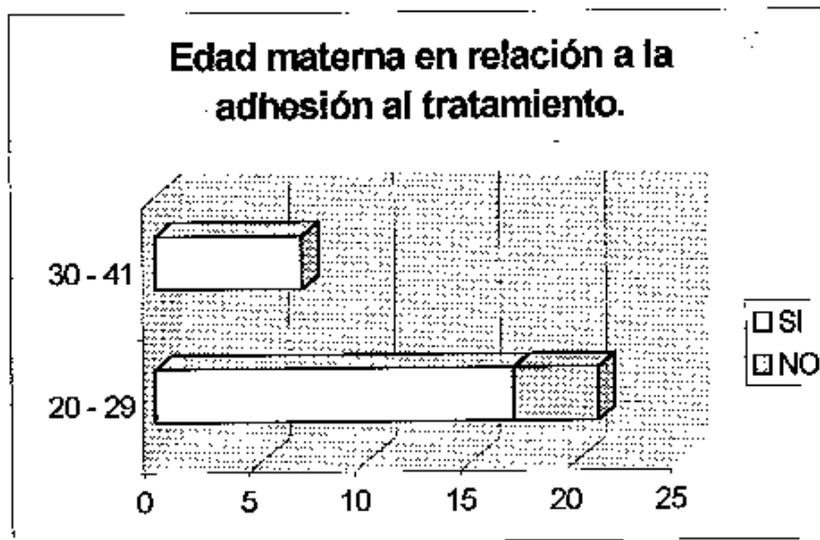


El 96% de las madres concurren a los controles con sus hijos dentro del tiempo estipulado, encontrando 1 caso que no asistía a los controles. Recordemos que se decidió otorgar un lapso de tiempo de desviación de hasta 5 días pasada la fecha del control, evaluando casos puntuales (locomoción, inclemencias del tiempo, costos para la concurrencia del mismo).

## CRUZAMIENTO DE VARIABLES

Distribución de la edad de las madres HIV+ con hijos entre 8 y 12 meses de edad en relación a la adhesión al tratamiento posnatal en el CHPR en Abril - Mayo de 2000.

EDAD	ADHESION AL TRATAMIENTO	
	SI	NO
20 - 29	17	4
30 - 41	7	----



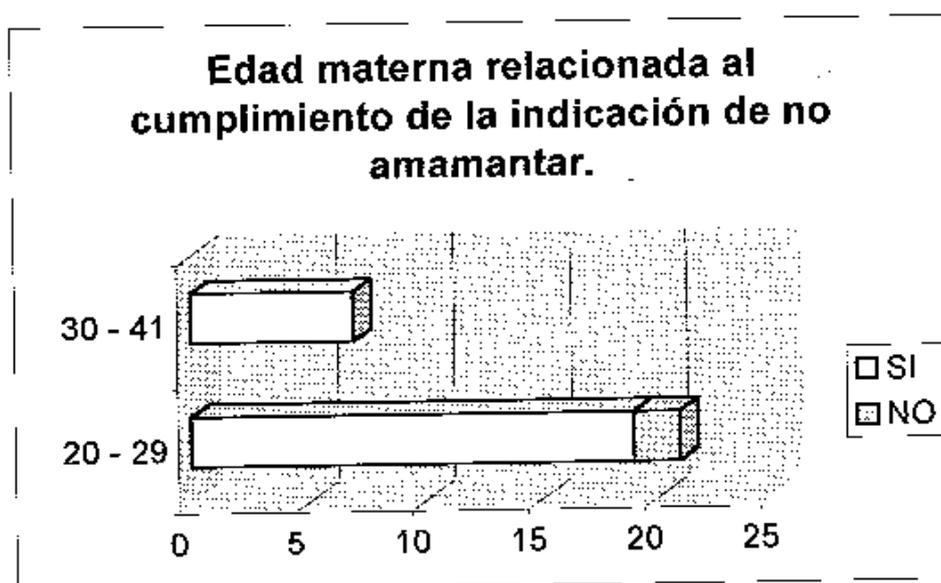
Al 100% de la población en estudio se le brindó por parte del Equipo de Salud la misma información y beneficios.

Es de importancia notar que el 14% de las madres VIH+ no cumple con la adhesión al tratamiento posnatal de su niño, y sus edades comprenden entre los 20 y 29 años, correspondiendo a la etapa del ciclo vital de adulta joven.

De los 4 casos que no se adhirieron, el 50% no cumplieron en 2 de los 3 componentes del tratamiento posnatal estipulados en este estudio.

**Distribución de la edad de las madres VIH+ con hijos entre 8 y 12 meses de edad en relación al cumplimiento de la indicación de no amamantar en el CHPR en Abril - Mayo de 2000.**

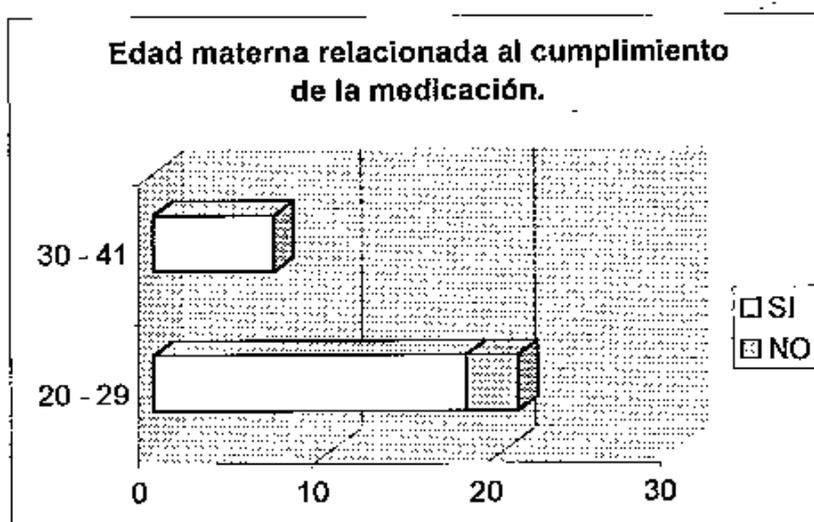
EDAD	CUMPLIMIENTO INDICACION	
	SI	NO
20 - 29	19	2
30 - 41	7	-----



El 7% de la población estudiada no cumplió con la indicación de no amamantar indicada por el Equipo de Salud.

**Distribución de la edad de las madres VIH+ con hijos entre 8 y 12 meses en relación al cumplimiento de la medicación en el CHPR en Abril - Mayo de 2000.**

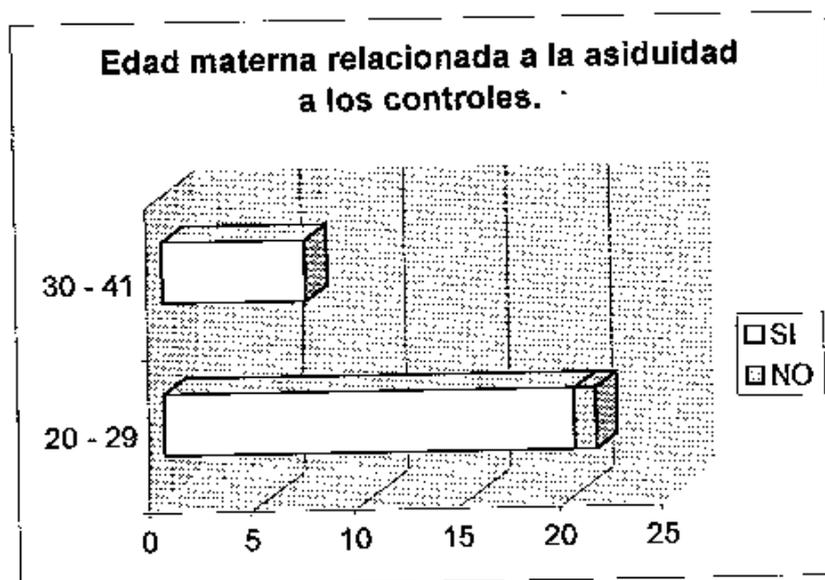
EDAD	CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACION	
	SI	NO
20 - 29	18	3
30 - 41	7	---



Este fue el componente con menos adhesión al tratamiento, ya que cuenta con el 10% de madres que no cumplen con la medicación. Cabe destacar que este grupo de madres se ubican dentro del rango de edad entre 20 y 29 años, igual a lo acontecido con el cumplimiento de la indicación de no amamantar.

**Distribución de la edad de las madres VIH+ con hijos entre 8 y 12 meses en relación a la asiduidad a los controles del CHPR en Abril - Mayo de 2000.**

EDAD	ASIDUIDAD A LOS CONTROLES	
	SI	NO
20 - 29	20	1
30 - 41	7	----



El 4% de la población estudiada no concurre a los controles correspondiendo a la franja etaria de 20 a 29 años.

El 96% de las madres concurre dentro del tiempo estipulado por el Equipo de Salud.

## CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Existe una aparente relación con el objetivo general pero no se podría proyectar al resto de la población HIV+ del Uruguay, ya que nuestra población en estudio no es representativa al total de mujeres que concurren a la Policlínica VIH del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Sí podemos afirmar que existe una correlación directa de nuestro grupo etario de mayor frecuencia y el informe epidemiológico VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública del 29/02/00 (42%).

En nuestro análisis, aunque no se puede hablar de que exista una relación entre la edad y la adhesión al tratamiento, es decir que a mayor o menor edad sea proporcional la adhesión, podemos destacar que es de especial importancia nuestro grupo etario de mayor riesgo comprendido entre 20 y 29 años de edad, y profundizar en educación del tratamiento para el cuidado de su hijo, dado que al administrarle pecho directo al lactante aumenta un 30% las probabilidades de transmitir el VIH, en el tratamiento farmacológico existe un número de madres que no lo cumplen aún sabiendo los riesgos que implica al lactante la no administración de la medicación, sumándole que dentro del mismo grupo etario relacionado a la asiduidad a los controles encontramos una madre que no concurre a los controles con su hijo.

En nuestro estudio que intenta ser una aproximación a la realidad, el grupo etario a enfatizar es el comprendido entre 20 y 29 años por el alto riesgo a la no adhesión al tratamiento, por lo cual aspiramos nuestro estudio sirva como punto de partida para la elaboración de programas prioritarios de educación dirigidos al abordaje de madres de ese grupo de primera necesidad.

Luego del análisis de los datos el grupo se planteo como posibles causas de no adhesión al tratamiento la falta de soporte familiar, el entorno social negativo, la pobreza y la discriminación, lo cual no es objeto de nuestra investigación y que sea punto de partida para futuros estudios.

El primer escalón en la prevención supone la profundización en las campañas dirigidas a potenciales madres seropositivas, con una explicación exhaustiva sobre la naturaleza invariablemente mortal a plazo corto o medio y de las posibilidades estadísticas de que el fruto de un posible embarazo resulte definitivamente infectado. Es absolutamente obligado ofrecer a mujeres fértiles seropositivas toda la información y facilidades sobre anticoncepción, y es precisamente en este campo donde la intervención es aparentemente más sencilla y económicamente rentable donde menos se ha avanzado.

Hoy, la única vacuna eficaz es la prevención a través de la educación para la salud. Toda esta prevención debe ir seguida de evitar la transmisión materno infantil postparto mediante la contraindicación de la lactancia materna.

Con todo se puede afirmar que después de 10 años de acompañamiento de niños con infección VIH la tarea es todavía ardua, pero las posibilidades de intervención son más amplias y el cambio de concepto de enfermedad fatal para enfermedad crónica, controlable y prevenible está más próximo de la realidad que de la utopía.

Para finalizar, hay que animar todas las investigaciones emprendidas aunque no se vean aplicaciones inmediatas porque aunque estemos aún lejos, cada vez estamos más cerca.

## *SUGERENCIAS*

- ✓ Nuevos estudios con incorporación de otras variables, como puede ser el número de gestas previas VIH+, ya que haría el planteamiento de que teniendo por lo menos 1 gesta previa VIH+ tendría más incorporado el tratamiento o no.
- ✓ Otra variable podría ser la procedencia, tratando de comprobar si las madres del Interior tiene más adherencia o no que los procedentes de Montevideo y/o área metropolitana.
- ✓ Además nos planteamos la relación de otras variables como nivel socioeconómico y educacional, situación de pareja, vías de transmisión, pero no las aplicamos por no tratarse del objetivo de nuestro estudio, pero sabemos que es algo relevante para estudios posteriores.

## BIBLIOGRAFIA

- Biblioteca de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, N° 27. "Boletín Acción en SIDA". Oct. - Nov. 1995.
- IV Congreso Nacional sobre SIDA. Valencia 1, 2, 3. Vol. 8. N° 4. Abril 1997.
- Diccionario de Medicina. 4° edición, Océano Mosby, España.
- Información extraída del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).
- Libro de Lactancia Materna, "Contenidos técnicas para profesionales de la Salud". Unicef, Chile 1997.
- Metodología de la Investigación. Canales, F. H. Organización Panamericana de la Salud, 2° edición, 1994.
- Pautas para la prevención de Infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe. Boletín O.P.S, Vol. 121, N° 5, Nov. 1996.
- Pautas y Protocolos de cuidados de niños de madres VIH+ extraídos del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- Publicación Oficial SEISIDA, Vol. 9, N°1, Enero de 1998.
- Salud Reproductiva, Concepto e importancia. Gutierrez, M.D. O.P.S. N°39. Serie Paltext. 1996.
- Todos contra uno. "La batalla anti - SIDA en Uruguay". Instituto de Educación y Desarrollo (IDES), Dic. 1991.

*ANEXOS*

# ANEXO 1

## **HISTORIA DEL SIDA**

- **1983 - 1984:** Se aísla el agente causal del S.I.D.A. En principio se le dieron varios nombres, hasta que finalmente pasó a denominarse Virus de la Inmunodeficiencia Humana.  
En la búsqueda del agente causal se destacaron 2 grupos de científicos, el correspondiente al Instituto Pasteur de París liderado por el Dr. Luc Montagnier, y el del Instituto Nacional de Cáncer de los Institutos Nacionales de Salud de Bethesda (EE.UU), liderado éste por el Dr. Gallo.  
En el Uruguay se reporta el primer caso de S.I.D.A de una varón homosexual que contrajo la enfermedad en los EE.UU, el 29 de julio de ese año fallece y esa fecha se constituye en el **Día Nacional de Lucha Contra el S.I.D.A.**
- **1985:** Se tiene a disposición una prueba serológica para detectar casos de infección por V.I.H.
- **1986:** Se describe un segundo virus (V.I.H - 2), que causa una enfermedad similar en el oeste de Africa.
- **1987:** Se realiza revisión de la definición original de caso S.I.D.A, incorporando mayor cantidad de enfermedades indicadoras.  
En el Uruguay se crea la CONASIDA (Comisión Interministerial de Lucha contra el S.I.D.A), con alcance nacional y de integración multidisciplinaria.
- **1987 - 1988:** Se identifican las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S), como un factor facilitador de la infección por VIH. Se inicia en junio de 1988 el tamizaje obligatorio en los Bancos de Sangre de Donantes en Uruguay. A raíz de una disputa internacional sobre la cronología en los descubrimientos del agente causal del SIDA, en 1988 se firma un histórico documento que paso a constituir la crónica oficial. Participaron en la firma del mismo el Presidente de los EE.UU y el Primer Ministro Francés.
- **1989 - 1990:** Se reportan casos de S.I.D.A en todos los países del mundo. Se realizan estudios de impacto socioeconómico de esta enfermedad, en los países afectados.

- **1991 - 1992:** Se inician estudios clínicos con dos nuevos antivirales específicos para el V.I.H, didanosina (ddl) y dideoxicitidina (ddc). Se inician ensayos con vacunas.
- **1992 - 1993:** Se reportan importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad por V.I.H. se hace una revisión de la definición de casos de S.I.D.A que incluye nuevas patologías y el conteo de CD4.
- **1994:** Se reportan los resultados del estudio ACTG 076 en que se reduce en forma significativa la transmisión perinatal del V.I.H con el uso de Zidovudina (AZT).
- **1995:** Nuevos productos antirretrovirales de la familia de los inhibidores de las proteasas, comienzan a ensayarse habiendo esperanzas de prolongar la vida de los infectados.
- **1996 - 1997:** En el Uruguay se ponen en práctica protocolos de tratamiento recomendados por una comisión científica que establece la indicación del triple plan.

# ANEXO 2

Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de la Salud  
División Promoción de Salud  
Programa Nacional de SIDA

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO

## VIH-SIDA

### 29/02/00



## URUGUAY

ESTADÍSTICA ANUAL DE CASOS DE SIDA DENUNCIADOS EN EL PERÚ - AÑO 1983-1997

AÑO	TOTAL VIH MAS SIDA		VIH POSITIVOS		CASOS DE SIDA	
	Anual	Acumuli.	Anual	Acumuli.	Anual	Acumuli.
1983-85*	55	55	49	49	6	6
1986	32	87	30	79	2	8
1987	45	132	36	115	9	17
1988	139	271	111	226	28	45
1989	224	495	186	412	38	83
1990	289	784	213	625	76	159
1991	306	1090	220	845	86	245
1992	328	1418	238	1083	90	335
1993	342	1760	239	1322	103	438
1994	361	2121	242	1564	119	557
1995	384	2505	257	1821	127	684
1996	465	2970	309	2130	155	840
1997	510	3480	337	2467	173	1013
1998	561	4041	381	2848	180	1193
1999	610	4651	420	3268	190	1383
2000	96	4747	85	3353	31	1414

\*Casos denunciados sin teniente corroboracion de laboratorio.  
Fuente: Programa Nacional de SIDA.

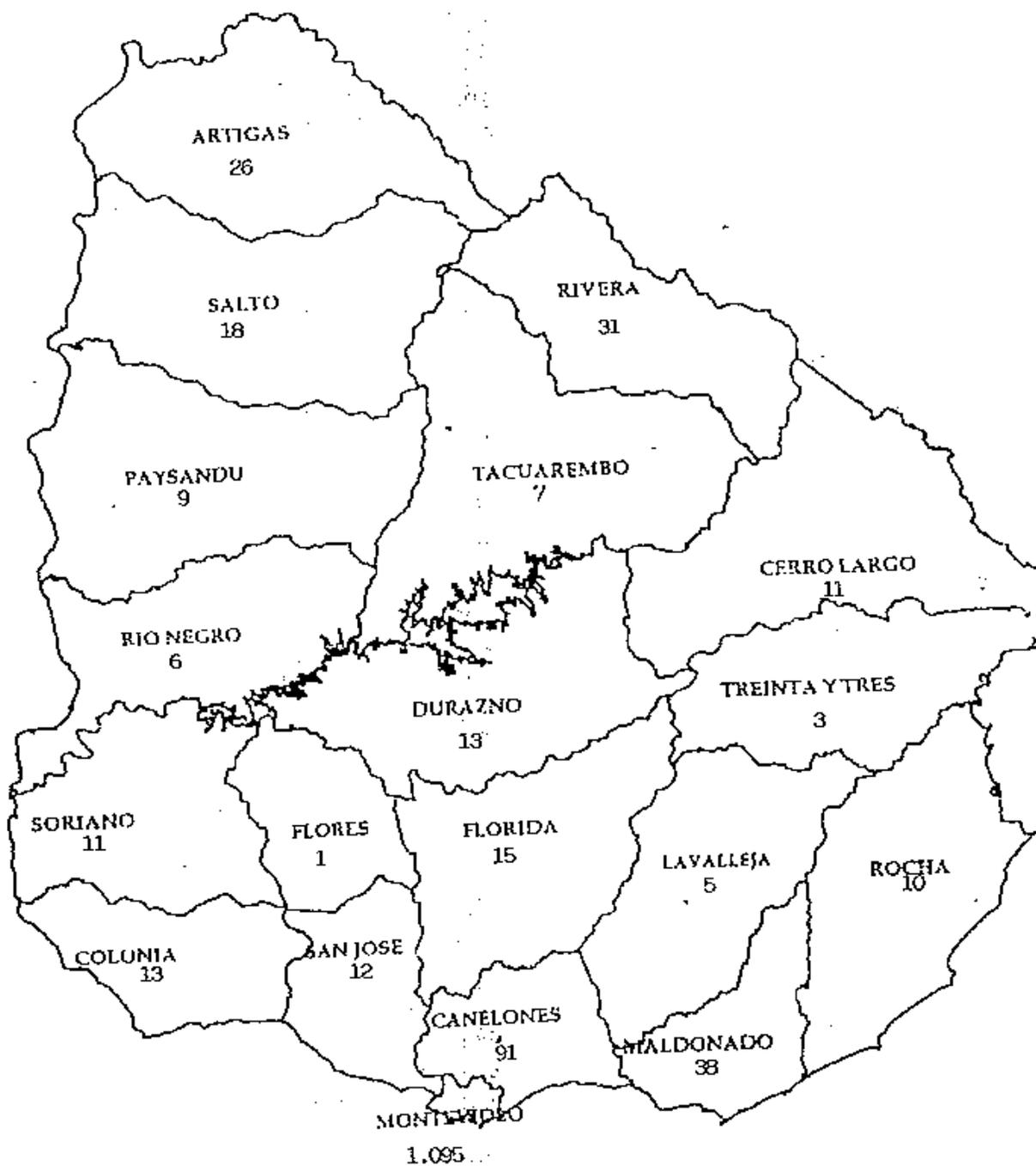
**DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE SIDA POR EDAD, SEXO Y MECANISMO DE TRANSMISIÓN,  
URUGUAY - Años 1983-2000 (29 de Febrero).**

UD	SEXO		HABITOS SEXUALES					TRANSM. SANGUINEA				PERINATAL (R.Nacidos)	TOTALES GENERALES	
	Masc.	Femen.	Homos.	Bisex.	Heterosex.	Total Sexual	U.D.I.	Hemof.	Transf.	Accidentes	Total Sang.			
	33	22				0								
	4	1				0			1		1		54	
	0	0				0			1		3		1	
	15	15		2		3	5	24						0
	95	51	17	13	37	67	78	1			25			30
	253	73	69	37	86	192	133	1			79			146
	239	57	66	59	105	228	86	1			154			326
	171	36	69	34	61	164	42				88			316
	108	10	43	29	34	106	10	2			43			207
	86	12	42	17	31	90	8				12			118
	35	8	11	12	15	38					8			98
	31	7	10	11	15	36		1			3			41
	29	5	3	10	18	31					2			38
									5		3			34
<b>ES</b>	<b>117</b>	<b>297</b>	<b>330</b>	<b>224</b>	<b>403</b>	<b>957</b>	<b>381</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>402</b>	<b>55</b>		<b>1414</b>	

franca Nacional de Control de ETS/SIDA.

CASOS DE SIDA ACUMULADOS, POR DISTRIBUCION GEOGRAFICA.

URUGUAY.- Años 1983-2000 (29 de Febrero).



TOTAL : 1.414 S.I.D.A.

**S.I.D.A.****1. Información registrada a nivel oficial hasta la fecha :**

Número de casos acumulados (desde 1983 a la fecha) : 1.414

Tasa acumulada por 100.000 h. : 44,6

**2. Letalidad : 765 fallecidos en el mismo período (54,1%).****3. Edades : Afecta todos los grupos etarios entre 0 y 87 años**

Mayor incidencia entre 20-49 años

Pico de máxima frecuencia entre 25-34 años.

**4. Sexo :**

Masculinos	1117	( 79,0%)
Femeninos	297	( 21,0% )

**5. Distribución geográfica :**

Montevideo	1.095	(77,5%)
Interior	319	(22,5%)

**6. Procedencia :**

Autóctonos	914	(64,7%)
Importados	500	(35,3%)

**7. Mecanismo de Transmisión :**

SEXUAL	957	( 67,7%)
SANGUINEA	402	( 28,5%)
PERINATAL	55	( 3,8%)

**8. Factores de Riesgo en adultos : \*Por HABITO SEXUAL :**

HOMOSEXUAL	330	(34,5%)
HETEROSEX.	366	(38,2%)
TRABAJ. SEX.	37	( 3,9%)
BISEXUALES	224	(23,4%)

**\*Por VIA SANGUINEA :**

U.D.I.	381	(94,8%)
TRANSF.	13	( 3,2%)
HEMOP.	8	( 2,0%)

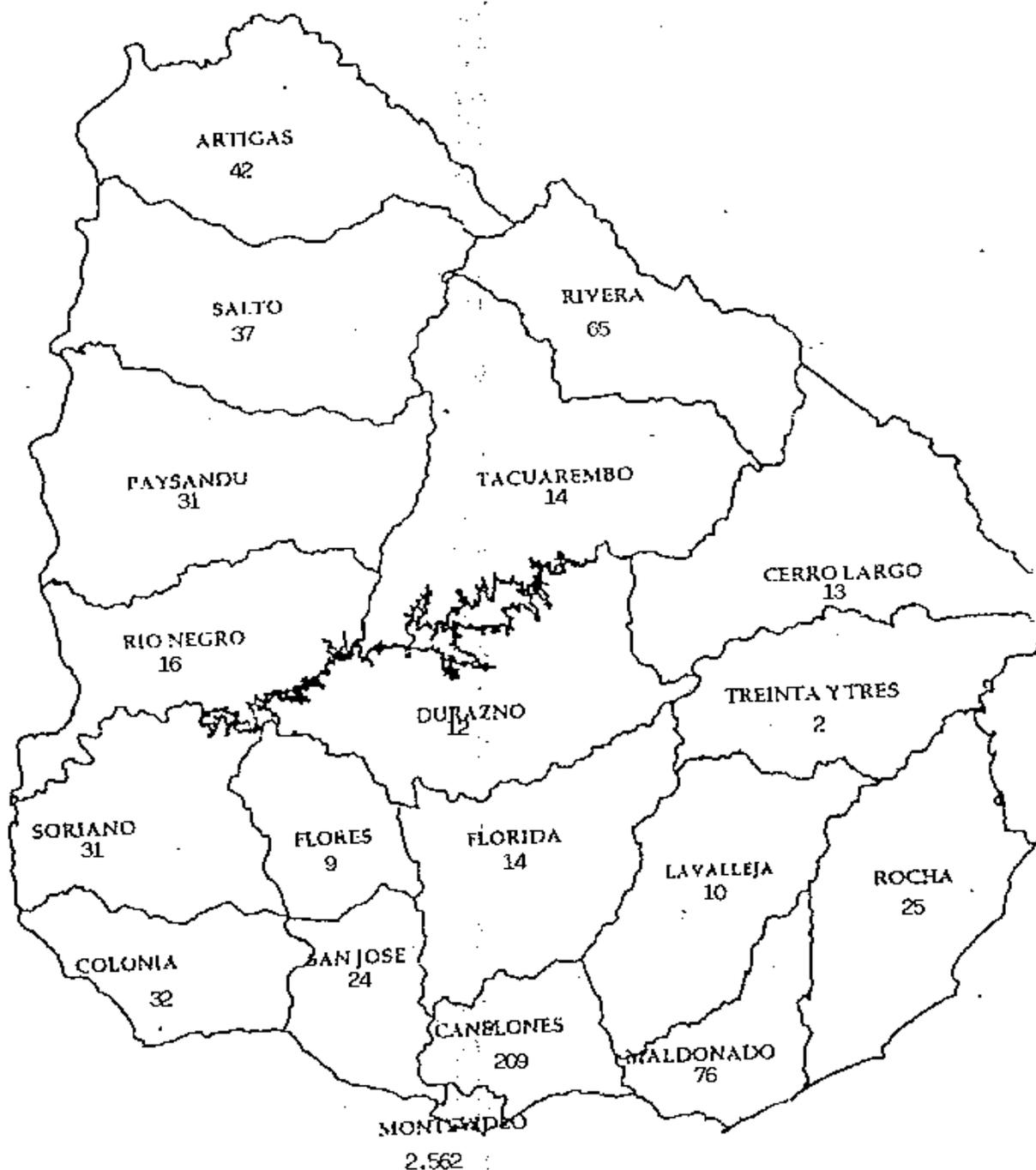
**9. Patología asociada al Sida : todos con Síndrome de desgaste e Infecciones oportunistas además , 162 con Tumores malignos(11,5 % del total de Sida).**

**Durante los dos meses del año 2000 se informaron :**

SIDA	31	casos nuevos.
FALLECIDOS	20	

CASOS DE VIH ACUMULADOS, DISTRIBUIDOS GEOGRAFICAMENTE

URUGUAY.- Años 1983-2000. (29 de Febrero).



TOTAL : 3.333 V.I.H.+

\* Hay 105 casos de Infección VIH que no figuran en el presente mapa, por resultar

## INFECCION VIH

Información registrada a nivel oficial ,desde 1983 al 29/02/00.

1. Número de tests de Elisa notificados al Programa : 2.276.622 determinaciones.

2. Número de infectados VIH confirmados : 3.333 VIH positivos.

3. Edades : se registran casos en todos los grupos etarios.  
píco de máxima incidencia entre 15 y 34 años.

4. Sexo : MASCULINOS 2.376 (71.3%)  
FEMENINOS 957 (28.7 %)

5. Distribución geográfica : MONTEVIDEO 2.562 (76.9%)  
INTERIOR 666 (20.0%)  
No precisada 105 (3.1%)

6. Mecanismo de transmisión : \* TRANSMISION SEXUAL 2.238 (67.1 %)  
-Homosexuales 367 (16.4%)  
-Prostit. masculina 166 ( 7.4%)  
-Bisexuales 375 (16.7%)  
-Heterosexuales 1.210 (54.1%)  
-Trabajadoras sexuales 120 ( 5.4%)

\*TRANSMISION SANGUINEA 783 (23.5%)  
-Usuarios de drogas inyectables 770 (98.3%)  
-Hemofílicos 6 ( 0.8%)  
-Transfundidos 6 ( 0.8%)  
-Accidentes en personal de salud 1 ( 0.1%)

\* TRANSMISION PERINATAL 36 (1.1%)

\* TRANSMISION NO PRECISADA 276 ( 8.3%)

7. En Donantes de sangre se captaron 440 infectados VIH, desde el inicio del tamizaje(junio/88) hasta la fecha, en un total de 1.032.739 tests de Elisa realizados a los mismos(0.04%).

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
DIRECCION GENERAL DE LA SALUD  
DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL SIDA

Montevideo, 29 de febrero de 2000.

**INFORME EPIDEMIOLOGICO NACIONAL**

**Características del Sida en Uruguay :**

- Presenta un patrón epidemiológico tipo I/II, con claro predominio de la transmisión sexual(67.7%) sobre la transmisión sanguínea(28.5%), seguidas luego por la transmisión perinatal(3.8%).
- Dentro de la transmisión sexual : predomina entre los heterosexuales (42.1%), si entre ellos incluimos la prostitución femenina(3.9%), seguidos por los homosexuales (34.5%). Por último se sitúan los bisexuales(23.4%). El compromiso conjunto de homo/bisexuales llega al 57.9% de los casos de Sida por transmisión sexual.
- Dentro de la transmisión sanguínea: predomina ampliamente entre usuarios de drogas inyectables, (94.8%), afectando luego a transfundidos(3.2%) y a hemofílicos(2.0%). Los dos últimos grupos afectados antes de junio/88 (cuando se inició el tamizaje obligatorio de toda sangre y hemoderivado en el país) excepto en un niño leucémico transfundido, por error del laboratorio con sangre VIH+ y ya fallecido de SIDA.
- Respecto al sexo, el 79.0% son hombres y el 21.0% son mujeres, éstas en sus máximos porcentajes alcanzados desde que comenzó la epidemia. Se observa un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados.
- Invirtiendo la situación de los primeros años de la epidemia, los SIDA autóctonos (64.7%) superan definitivamente a los SIDA importados(35.3%)
- En Montevideo(Capital) se registran el 77.5% de los SIDA, aunque todos los Departamentos de la República tienen casos notificados. Le siguen por orden de frecuencia los departamentos de : Canelones, Maldonado y Rivera con la mayor cantidad de casos. Según la tasa de prevalencia por 100.000 habitantes el orden de frecuencia es : Montevideo, Rivera, Maldonado, Artigas y Canelones.
- El compromiso etario predomina entre 20-49 años de edad, con un pico de máxima incidencia entre los 25-34 años. Afecta fundamentalmente a jóvenes, en edades sexual y laboralmente activas, con todos los perjuicios que ello acarrea.
- Desde 1983 a la fecha se notificaron, al Programa Nacional, un total de 1.414 casos de SIDA acumulados, de los cuales ya fallecieron 765 pacientes(54.1%) en el mismo lapso. En los dos meses del 2000, se notificaron al Programa 31 nuevos SIDA y 20 fallecimientos por la enfermedad.

### Características de la Infección VIH en Uruguay :

- En la Infección VIH también predomina la transmisión sexual(67.1%),sobre la sanguínea(23.5%), seguida por la transmisión perinatal(1.1%). Resta agregar un 8.3% de casos de transmisión no precisa,por no haberse aún concluido la investigación epidemiológica de dichos casos.
- Dentro de la transmisión sexual: predomina entre los heterosexuales(59.5%)si entre ellos incluimos el 5.4% correspondiente a la prostitución femenina. Le siguen los homosexuales (23.8%)y luego los bisexuales(16.7%). El compromiso conjunto de homo/bisexuales llega sólo al 40.5% de los infectados por vía sexual.
- Dentro de la transmisión sanguínea : predomina netamente entre usuarios de drogas inyectables(98.3%) con compromiso decreciente en hemofílicos(0.8%) y en transfundidos(0.8%). Infelizmente ocurrió el primer caso, en el país, por accidente laboral en personal de la salud expuesto(0.1%).
- Respecto al sexo: el 71.3% son hombres y el 28.7% son mujeres, siendo éstas últimas más de la cuarta parte del total de los VIH+ acumulados en el país.
- La faja etaria más afectada está entre 15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad, comprometiendo aún edades más jóvenes que el SIDA enfermedad. En nuestra casuística las edades extremas se sitúan en 0 y 81 años de edad.
- A la fecha el total acumulado de VIH+ alcanza a 3.333 en todo el Uruguay.  
El total de seropositivos (VIH más SIDA) llega a 4.747 en el país.  
En los dos meses del 2000 se notificaron 65 nuevos VIH+ al Programa Nacional.
- Los últimos Estudios Centinelas del VIH mostraron una disminución del crecimiento de la Infección VIH entre la población laboral del país, que pasó de una Prevalencia de 0.20% en 1995 a una Prevalencia de 0.24% en 1996 y a una Prevalencia de 0.26 en 1997.  
En 1998 la Prevalencia sólo aumentó hasta el 0.27%, confirmando la tendencia al enlentecimiento del crecimiento anual del porcentaje de Prevalencia en la infección VIH en la población laboral del Uruguay, en los últimos tres años.  
El estudio del año 1999 se comienza a procesar en estos momentos.

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO

## VIH-SIDA

### 31/12/00



## URUGUAY

## INFORME EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

Población total del Uruguay : 3.163.763 h.

31 de Diciembre de 2000.

S.I.D.A.

### 1. Información registrada a nivel oficial hasta la fecha :

Número de casos acumulados (desde 1983 a la fecha) : 1.583

Tasa acumulada por 100.000 h. : 50,0

### 2. Letalidad : 840 fallecidos en el mismo periodo (53,1%).

### 3. Edades : Afecta todos los grupos etarios entre 0 y 87 años

Mayor incidencia entre 20-49 años

Pico de máxima frecuencia entre 25-34 años.

4. Sexo : Masculinos 1236 ( 78,1% )  
Femeninos 347 ( 21,9% )

5. Distribución geográfica : Montevideo 1.236 (78,1%)  
Interior 347 (21,9%)

6. Precedencia : Autóctonos 1061 (67,0%)  
Importados 522 (33,0%)

7. Mecanismo de Transmisión : SEXUAL 1069 ( 67,5% )  
SANGUINEA 452 ( 28,6% )  
PERINATAL 62 ( 3,9% )

8. Factores de Riesgo en adultos : \*Por HABITO SEXUAL : HOMOSEXUAL 356 (33,3%)  
HETEROSEX. 432 (40,4%)  
TRABAJ. SEX. 40 ( 3,7% )  
BISEXUALES 241 (22,6%)

\*Por VIA SANGUINEA : U.D.I. 431 ( 95,3% )  
TRANSE. 13 ( 2,9% )  
HEMOE. 8 ( 1,8% )

### 9. Patología asociada al Sida : todos con Síndrome de desgaste e Infecciones oportunistas además , 178 con Tumores malignos(11,2 % del total de Sida).

Durante los doce meses del año 2000 se informaron : SIDA 200 casos  
nuevos,

FALLECIDOS 59

## INFECCION VIH

Información registrada a nivel oficial, desde 1983 al 31/12/90

1. Número de tests de Elisa notificados al Programa : 2.382.651 determinaciones.

2. Número de infectados VIH confirmados : 3.703 VIH positivos.

3. Edades : se registran casos en todos los grupos etarios.  
pico de máxima incidencia entre 15 y 34 años.

4. Sexo : MASCULINOS 2.621 (70,8%)  
FEMENINOS 1.082 (29,2%)

5. Distribución geográfica : MONTEVIDEO 2.858 (77,2%)  
INTERIOR 740 (20,0%)  
No precisada 105 (2,8%)

6. Mecanismo de transmisión : \* TRANSMISION SEXUAL 2.490 (67,2%)  
-Homosexuales 399 (16,0%)  
-Prostit. masculina 173 (7,0%)  
-Bisexuales 412 (16,5%)  
-Heterosexuales 1.363 (55,5%)  
-Trabajadoras sexuales 123 (5,0%)

\*TRANSMISION SANGUINEA 852 (23,0%)  
-Usuarios de drogas inyectables 839 (98,5%)  
-Hemofílicos 6 (0,7%)  
-Transfundidos 6 (0,7%)  
-Accidentes en personal de salud 1 (0,1%)

\* TRANSMISION PERINATAL 53 (1,5%)

\* TRANSMISION NO PRECISADA 308 (8,3%)

7. En Donantes de sangre se captaron 474 infectados VIH desde el inicio del tamizaje(junio/88) hasta la fecha, en un total de 1.032.739 tests de Elisa realizados a los mismos(0,04%).

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL SIDA

Montevideo, 31 de Diciembre 2000.

**INFORME EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL**

**Características del SIDA en Uruguay :**

- \* Presenta un patrón epidemiológico tipo III, con claro predominio de la transmisión sexual(67.5%) sobre la transmisión sanguínea(28.6%), seguidas luego por la transmisión perinatal(3.9%).
- \* Dentro de la transmisión sexual : predomina entre los heterosexuales (44.1%), si entre ellos incluimos la prostitución leucorréica(3.7%), seguidas por los homosexuales (33.3%). Por último se sitúan los bisexuales (22.6%). El compromiso conjunto de homo-bisexuales alcanza al 55,9% del total de los SIDA notificados por transmisión sexual.
- \* Dentro de la transmisión sanguínea: predomina ampliamente entre usuarios de drogas inyectables, (95.3%), afectando luego a transfundidos(2.9%) y a hemofílicos(1.8%). Los dos últimos grupos afectados antes de junio88(cuando se inició el tamizaje obligatorio de toda sangre y hemoderivado en el país)excepto en un niño leucémico transfundido por error del laboratorio con sangre VIII1 y ya fallecido de SIDA.
- \* Respecto al sexo, el 78.1% son hombres y el 21.9% son mujeres, éstas en sus máximos porcentajes alcanzados desde que comenzó la epidemia. Se observa un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados.
- \* Invirtiendo la situación de los primeros años de la epidemia, los SIDA autóctonos (67.0%) superan definitivamente a los SIDA importados(33.0%)
- \* En Montevideo(Capital)se registran el 78.1% de los SIDA, aunque todos los Departamentos de la República tienen casos notificados. Le siguen por orden de frecuencia los departamentos de : Canelones, Maldonado y Rivera con la mayor cantidad de casos. Según la tasa de prevalencia por 100,000 habitantes el orden de frecuencia es : Montevideo, Artigas, Rivera, y Maldonado .
- \* El compromiso etario predomina entre 20-49 años de edad, con un pico de máxima incidencia entre los 25-34 años. Afecta fundamentalmente a jóvenes, en edades sexual y laboralmente activas, con todos los perjuicios que ello acarrea.
- \* Desde 1983 a la fecha se notificaron, al Programa Nacional, un total de 1.583 casos de SIDA acumulados , de los cuales ya fallecieron 840 pacientes(53.1%) en el mismo lapso. En los doce meses del 2000, se notificaron al Programa 200 nuevos SIDA y 50 fallecimientos por la enfermedad.

#### Características de la Infección VIH en Uruguay :

- En la Infección VIH también predominan la transmisión sexual(67,2%), sobre la sanguínea(21,41%), seguida por la transmisión perinatal(1,5%). Resta agregar un 8,3% de casos de transmisión no precisada, por no haberse aún concluido la investigación epidemiológica de dichos casos.
- Dentro de la transmisión sexual: predomina entre los heterosexuales(60,5%) entre ellos incluímos el 5,0% correspondiente a la prostitución femenina. Le siguen los homosexuales (23,0%)y luego los bisexuales(16,5%). El compromiso conjunto de homo/bisexuales llega sólo al 39,5% de los infectados por vía sexual.
- Dentro de la transmisión sanguínea : predomina netamente entre usuarios de drogas inyectables(98,5%) con compromiso decreciente en hemofílicos(0,7%) y en transfundidos(0,7%). Infelizmente ocurrió el primer caso, en el país, por accidente laboral en personal de la salud expuesto(0,1%).
- Respecto al sexo: el 70,8% son hombres y el 29,2% son mujeres, siendo éstas últimas más de la cuarta parte del total de los VIH+ acumulados en el país.
- La Taja etaria más afectada está entre 15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad, comprometiendo aún edades más jóvenes que el SIDA enfermedad. En nuestra casística las edades extremas se sitúan en 0 y 81 años de edad.
- A la fecha el total acumulado de VIH+ alcanza a 3.703 en todo el Uruguay.  
El total de seropositivos (VIH más SIDA) llega a 5.286 en el país.  
En los doce meses del 2000 se notificaron 435 nuevos VIH+ al Programa Nacional.
- Los últimos Estudios Centinelas del VIH mostraron una disminución del crecimiento de la Infección VIH entre la población laboral del país, que pasó de una Prevalencia de 0,20% en 1995 a una Prevalencia de 0,24% en 1996 y a una Prevalencia de 0,26 en 1997. En 1998 la Prevalencia sólo aumentó hasta el 0,27%, confirmando la tendencia al entretimiento del crecimiento anual del porcentaje de Prevalencia en la infección VIH en la población laboral del Uruguay, en los últimos tres años.  
El estudio del año 2000 mostró una Prevalencia de 0,23%, por primera vez con cifras inferiores a las de los últimos años, aunque aún dentro del intervalo de confianza del 95% esperable para el estudio.



SIDA: MECANISMO DE TRANSMISION POR SEXO Y % ACUMULADOS. -URUGUAY.-1983-2000 (30 Dic.).

MECANISMO DE TRANSMISION	CASOS		SEXO		RELACION MASC/FEM	CASOS TOTALES	PORCENT TOTALES %
	Masc.	Femen.	Masc.	Femen.			
<b>TRANSMISION SEXUAL</b>	367	208	54,39	13,14	361/208	1065	67,53
Homosexual	356	0	22,49	0	356/0	356	22,49
Bisexual	241	0	15,22	0	241/0	241	15,22
Heterosexual	264	168	16,68	10,61	264/168	432	27,29
Prost.Fem.	0	40	0	2,53	0/40	40	2,53
<b>TRANSMISION SANGUINEA</b>	340	112	21,48	7,08	340/112	452	28,55
Usuarios de drogas iny.	324	107	20,47	6,76	324/107	431	27,23
Transfundidos	8	5	0,51	0,32	8/5	13	0,82
Hemofílicos	8	0	0,51	0	8/0	8	0,51
Accid.personal de salud	0	0	0	0	0/0	0	0,00
<b>TRANSMISION PERINATAL</b>	35	27	2,21	1,71	35/27	62	3,92
<b>TOTALES</b>	1236	347	8,21	21,92	1236/347	1583	100,0%

Fuente: Programa Nacional de Control del SIDA.

**CASOS DE VIH SIDA Y SUS TASAS RESPECTIVAS POR 100.000 HAB. POR DEPARTAMENTO Y CIUDADES EN TOTALES AGREGADOS URUGUAY. 31/12/2000.**

DEPART.	CIUDAD	Casos VIH	Tasa VIH	Casos SIDA	Tasa SIDA	Población
<b>ARTIGAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>61.3</b>	<b>27</b>	<b>36.0</b>	<b>75.059h.</b>
	Artigas	38	102.5	23	65.5	35.119h.
	B.Unión	10	73.5	3	24.5	12.246h.
	T.Gomens.	0	0.00	1	60.6	1.650h.
	El Topador	1	250.0	0	0.0	400h.
<b>CANELONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>53.3</b>	<b>103</b>	<b>23.0</b>	<b>443.053h.</b>
	Las Piedras	77	127.3	12	19.8	60.500h.
	Pando	31	156.6	16	80.8	19.797h.
	Canelones	20	115.4	12	69.3	17.325h.
	La Paz	21	118.5	6	33.8	17.725h.
	Progreso	11	97.8	10	88.9	11.245h.
	Solymar	10	151.3	9	136.2	6.607h.
	Atlántida	5	166.6	4	133.3	3.000h.
	J.A.Artigas	5	47.2	1	9.4	10.585h.
	Shang/PsoC.	6	58.8	1	9.8	10.200h.
	El Pinar	7	179.4	3	76.9	3.900h.
	Lagomar	4	89.8	3	67.4	4.450h.
	Los Cerrillos	3	96.8	4	129.0	3.100h.
	Toledo	8	209.2	4	104.6	3.825h.
	Col.Nicolich	3	54.3	1	18.1	5.527h.
	Sta. Lucía	1	6.7	2	13.4	14.951h.
	Aeroparque	5	137.0	0	0.0	3.650
	B.Blancos	3	35.7	2	23.8	8.400h.
	Barra Carras.	1	22.9	0	0.0	4.350h.
	Sauce	2	51.2	1	25.6	3.900h.
	Tala	1	38.5	0	0.0	2.600h.
	San Jacinto	1	40.0	1	40.0	2.500h.
	Pinamar	1	105.2	2	210.4	950h.
	Olmos-Suarez	1	52.6	3	157.9	1.900h.
	Toscas-P.PI	3	67.4	1	41.7	4.450h.
	Joanicó	1	54.1	0	0.0	1.850h.
	Salinas	4	200.0	0	0.0	2.000h.
	S.Antonio	0	0.0	1	40.0	2.500h.
	Marindía	0	0.0	1	111.1	900h.
	Can.Chico	0	0.0	1	153.8	650h.
San Ramón	1	14.3	1	14.3	7.000h.	
S.L.del Este	0	0.0	1	143.0	700h.	
<b>C.LARGO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>15.7</b>	<b>11</b>	<b>13.3</b>	<b>82.510h.</b>
	Melo	11	25.8	7	16.4	42.615h.
	Río Branco	2	21.9	3	32.9	9.100h.
<b>COLONIA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>29.1</b>	<b>14</b>	<b>10.8</b>	<b>120.241h.</b>
	Colonia	7	36.6	7	36.6	19.102h.
N.Palmira	15	209.7	3	41.9	7.151h.	
Rosario	4	45.0	1	11.2	8.879h.	
Carmelo	4	28.0	1	7.0	14.278h.	
J. Lacaze	4	33.3	0	0.0	12.000h.	
N. Helvecia	1	11.4	1	11.4	8.768h.	
Tarariras	0	0.0	1	18.9	5.305h.	
<b>DURAZNO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>21.5</b>	<b>13</b>	<b>23.3</b>	<b>55.716h.</b>
	Durazno	6	21.6	10	35.9	27.835h.
	Sar.del Yí	6	101.5	3	50.7	5.911h.

Ciudad	Casos VIH	Casos VIH	Casos SIDA	Casos SIDA	Población	
<b>FLORES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>36.0</b>	<b>1</b>	<b>4.0</b>	<b>25.030h.</b>
	Trinidad	9	49.0	1	5.4	18.372h.
<b>FLORIDA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>27.1</b>	<b>16</b>	<b>24.1</b>	<b>66.503h.</b>
	Florida	18	63.3	12	42.2	28.445h.
	SdÍ Gde.	0	0.0	2	19.8	10.100h.
	C.Col.-Mend.	0	0.0	2	75.3	2.650h.
<b>LAVALLEJA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>18.0</b>	<b>5</b>	<b>8.2</b>	<b>61.085h.</b>
	Minas	11	31.7	5	14.4	34.661h.
<b>MALDON.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>64.3</b>	<b>40</b>	<b>31.4</b>	<b>127.502h.</b>
	Maldonado	59	175.9	28	83.5	33.536h.
	P.del Este	15	222.8	8	118.8	6.731h.
	San Carlos	4	20.1	3	15.1	19.878h.
	Piriápolis	4	68.1	1	0.0	5.878h.
<b>MONTEV.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2863</b>	<b>212.8</b>	<b>1236</b>	<b>91.9</b>	<b>1.344.839h.</b>
<b>PAYSANDU</b>	<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>30.5</b>	<b>10</b>	<b>9.0</b>	<b>111.509h.</b>
	Paysandú	34	44.6	10	13.1	76.191h.
<b>RIO NEGRO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>34.8</b>	<b>6</b>	<b>11.6</b>	<b>51.713h.</b>
	Fray Bentos	13	64.6	4	19.8	20.135h.
	Young	5	40.8	2	16.3	12.249h.
<b>RIVERA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>76.2</b>	<b>34</b>	<b>34.5</b>	<b>98.472h.</b>
	Rivera	73	127.4	32	55.8	57.316h.
	Tranqueras	2	38.4	2	38.4	5.200h.
<b>ROCHA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>38.4</b>	<b>11</b>	<b>15.6</b>	<b>70.292h.</b>
	Rocha	12	50.0	3	12.4	24.015h.
	Chuy	6	72.6	5	60.5	8.258h.
	Lascano	2	27.9	0	0.0	7.152h.
	Paloma-CPol	3	66.6	1	22.2	4.500h.
	Castillos	2	29.2	0	0.0	6.837h.
	C.Pol-C.Azul	2	500.0	1	250	400h.
	Velazquez	0	0.0	1	28.6	3.500h.
<b>ALTO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>37.4</b>	<b>18</b>	<b>15.3</b>	<b>117.597h.</b>
	Salto	44	54.4	18	22.2	80.823h.
<b>SAN JOSE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>24.8</b>	<b>15</b>	<b>15.5</b>	<b>96.664h.</b>
	San José	11	34.5	6	18.8	31.827h.
	Libertad	4	56.9	2	28.4	7.033h.
	R.de la Bolsa	2	363.3	1	181.6	550h.
	Delta-V.Rod.	2	18.1	3	27.2	11.000h.
	Cap.-P.Pasc.	5	270.3	3	162.1	1.850h.
<b>SORIANO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>40.5</b>	<b>12</b>	<b>14.7</b>	<b>81.557h.</b>
	Mercedes	24	65.4	10	27.2	36.702h.
	Cardona	4	97.5	1	24.3	4.100h.
	Dolores	3	22.9	1	7.6	13.084h.
	Egaña	2	266.6	0	0.0	750h.
<b>TACUAREMBO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>21.2</b>	<b>8</b>	<b>9.4</b>	<b>84.919h.</b>
	Tacuarembó	14	34.5	6	14.8	40.513
	P.de Toros	4	23.0	2	15.3	13.026h.
<b>TRES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>4.0</b>	<b>3</b>	<b>6.1</b>	<b>49.502h.</b>
	Tr. y Tres	2	7.1	3	10.6	28.117h.
<b>TOTAL</b>		<b>105</b>		<b>0</b>		
<b>URUGUAY</b>		<b>3.703</b>	<b>167.0</b>	<b>1.533</b>	<b>50.6</b>	<b>3.163.763h.</b>

Edad (años)	SEXO		HABITOS SEXUALES						Total Ser. U.D.I.	TRANSM. SANGUINEA			Total Sery. (R. Inoculos)	GENERAL
	Masc.	Fem.	Homoc.	Bisox.	Heteros.	Total Ser. U.D.I.	Hemof.	Transf.		Accidentes				
0-4	24	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24	37	24	7	5	16	1	4	1	1	1	1	1	2	33
25-29	131	43	34	22	56	28	32	1	5	0	0	0	0	0
30-34	151	30	42	33	59	112	61	1	33	6	6	0	0	0
35-39	106	22	48	25	34	134	46	1	62	174	61	0	0	0
40-44	76	6	30	21	24	107	21	1	47	174	174	0	0	0
45-49	64	9	29	17	22	75	5	2	21	161	161	0	0	0
50-54	31	6	11	11	22	68	5	1	7	128	128	0	0	0
55-59	23	5	8	6	11	33	1	1	7	62	62	0	0	0
60 y +	24	7	3	6	12	28	2	2	5	73	73	0	0	0
TOTALES	673	197	148	148	252	672	176	8	37	180	338	0	0	0

Fuente: Programa Nacional de Control del SIDA

DESCRIPCION DEL ÍTEM				
1983-85	4	0	0	4
1986	1	0	0	1
1987	6	0	0	6
1988	17	0	0	17
1989	19	3	3	22
1990	20	6	6	26
1991	45	4	4	49
1992	50	5	5	55
1993	60	9	9	69
1994	59	11	11	70
1995	65	19	19	84
1996	98	31	31	129
1997	70	21	21	91
1998	65	20	20	85
*1999	62	20	20	82
*2000	32	18	18	50
<b>TOTAL</b>	<b>673</b>	<b>157</b>	<b>157</b>	<b>830</b>

Fuente: Programa Nacional de SIDA.

\* Datos preliminares.

**CASOS DE SIDA POR EDAD, SEXO Y EXPOSICION.**  
**URUGUAY - Años 1983-2000 (31 de Diciembre)**

EDAD (años)	SEXO		HÁBITOS SEXUALES					TRANSM. SANGÜÍNEA				PERINATAL (R.Nacidos)	TOTALES GENERALES		
	Masc.	Femen.	Homos.	Bisex.	Heterosex.	Total Sexual	U.D.L	Hemof.	Transf.	Accidentes	Total Sang.				
0-4	35	27				0							1	61	62
5-9	4	1				0							3	4	1
10-14	0	0				0									5
15-19	17	16		2	3	4	5	27						0	0
20-24	103	59	19	15	41	73	88							28	33
25-29	276	89	72	40	99	211	153							89	162
30-34	285	64	72	63	114	249	98							154	365
35-39	192	39	76	37	71	184	46							100	349
40-44	124	15	47	32	47	126	11							47	231
45-49	100	13	45	21	39	105	8		2					13	139
50-54	38	8	12	12	19	43								8	113
55-59	32	9	10	11	18	39								3	46
60 y +	30	7	3	10	21	34								2	41
<b>TOTALES</b>	<b>1236</b>	<b>347</b>	<b>356</b>	<b>241</b>	<b>472</b>	<b>1069</b>	<b>431</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>452</b>	<b>62</b>	<b>1583</b>			

Fuente: Programa Nacional de SIDA.

CURSOS DESDISEÑADOS PARA MUJERES Y HOMBRES DE RIESGO ALTO						
PROGRAMA NACIONAL DE SIDA						
AÑO	1983-85	1986	1987	1988	1989	1990
	8	2	9	24	34	66
	0	0	0	4	4	10
	6	2	9	28	38	76
	-	-	-	-	-	86
	-	-	-	-	-	90
	-	-	-	-	-	103
	-	-	-	-	-	119
	-	-	-	-	-	127
	-	-	-	-	-	156
	-	-	-	-	-	173
	-	-	-	-	-	180
	-	-	-	-	-	190
	-	-	-	-	-	200
	-	-	-	-	-	247
	-	-	-	-	-	347
	-	-	-	-	-	383
	-	-	-	-	-	385

Fuente: Programa Nacional de SIDA.

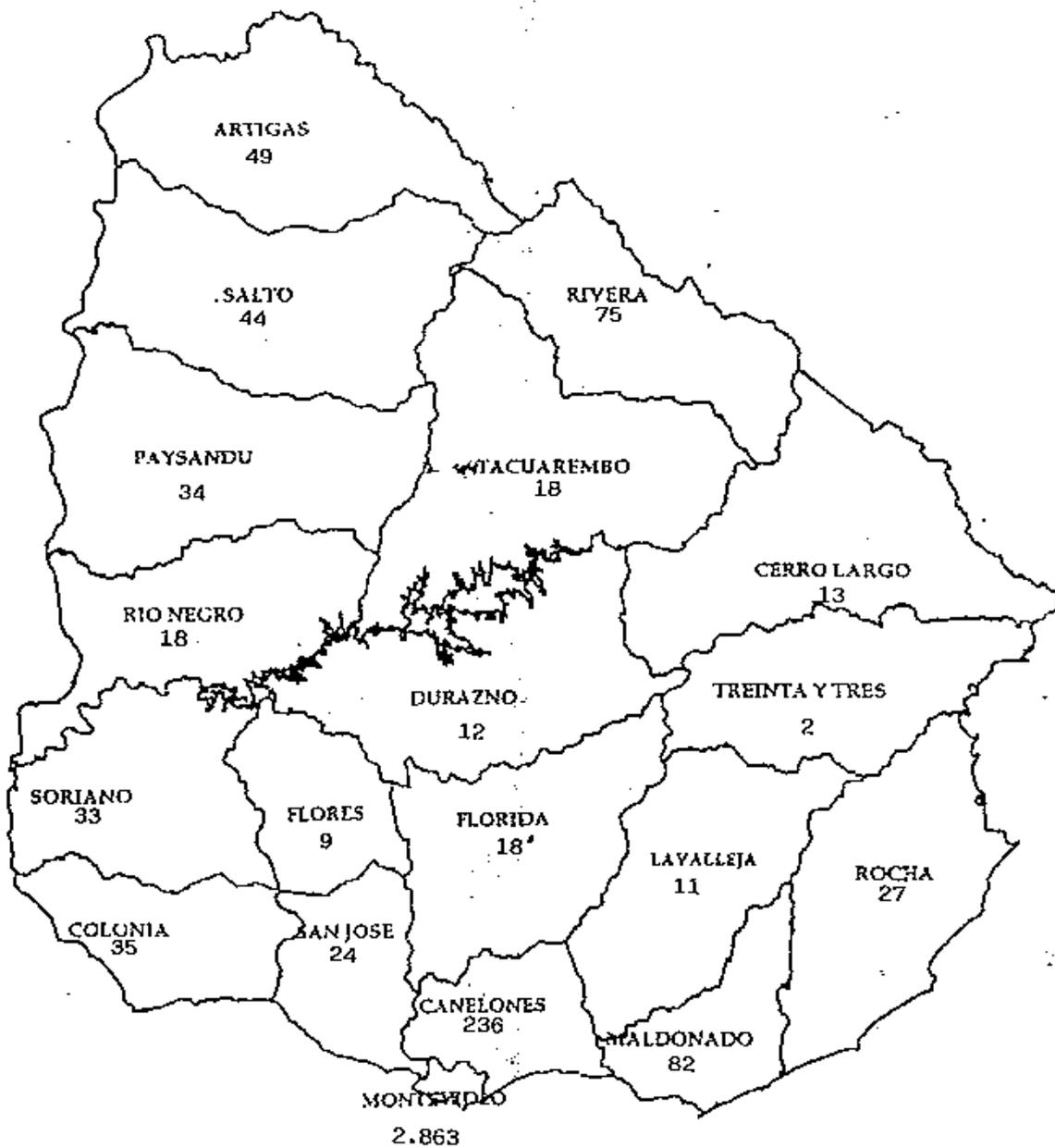
1983 a 1985	49	6
1er. Semestre de 1986	13	0
2do. Semestre de 1986	17	2
TOTAL ANUAL DE 1986	30	2
1er. Semestre de 1987	20	5
2do. Semestre de 1987	16	4
TOTAL ANUAL DE 1987	36	9
1er. Semestre de 1988	53	9
2do. Semestre de 1988	56	18
TOTAL ANUAL DE 1988	111	28
1er. Semestre de 1989	82	21
2do. Semestre de 1989	104	17
TOTAL ANUAL DE 1989	186	38
1er. Semestre de 1990	88	46
2do. Semestre de 1990	127	30
TOTAL ANUAL DE 1990	215	76
1er. Semestre de 1991	122	27
2do. Semestre de 1991	98	59
TOTAL ANUAL DE 1991	220	86
1er. Semestre de 1992	99	49
2do. Semestre de 1992	139	41
TOTAL ANUAL DE 1992	238	90
1er. Semestre de 1993	104	51
2do. Semestre de 1993	135	52
TOTAL ANUAL DE 1993	239	103
1er. Semestre de 1994	123	62
2do. Semestre de 1994	119	57
TOTAL ANUAL DE 1994	242	119
1er. Semestre de 1995	117	63
2do. Semestre de 1995	140	64
TOTAL ANUAL DE 1995	257	127
1er. Semestre de 1996	145	72
2do. Semestre de 1996	104	64
TOTAL ANUAL DE 1996	249	136
1er. Semestre de 1997	151	86
2do. Semestre de 1997	168	87
TOTAL ANUAL DE 1997	319	173
1er. Semestre de 1998	169	93
2do. Semestre de 1998	212	87
TOTAL ANUAL DE 1998	381	180
1er. Semestre de 1999	205	94
2do. Semestre de 1999	215	96
TOTAL ANUAL DE 1999	420	190
1er. Semestre de 2000	210	86
2do. Semestre de 2000	225	102
TOTAL ANUAL DE 2000	435	200

DISTRIBUCION ANUAL Y ACUMULADA DE SEROPositivos VIH Y SIDA Uruguay 31/12/2000

ANO	TOTAL VIH Anual	VIH MAS SIDA Acumul.	VIH Anual	POSITIVOS Acumul.	CASOS DE SIDA Anual	SIDA Acumul.
1983-85	56	66	49	49	6	6
1986	32	87	30	79	2	8
1987	46	132	36	116	9	17
1988	139	271	111	226	28	45
1989	224	495	186	412	38	63
1990	289	784	213	625	76	159
1991	306	1090	220	845	86	245
1992	328	1418	268	1083	90	335
1993	342	1760	279	1322	103	438
1994	361	2121	242	1564	119	557
1995	384	2505	267	1821	127	684
1996	465	2970	309	2130	156	840
1997	510	3480	337	2467	173	1013
1998	561	4041	381	2848	180	1193
1999	610	4651	420	3268	190	1383
2000	635	5286	435	3703	200	1583

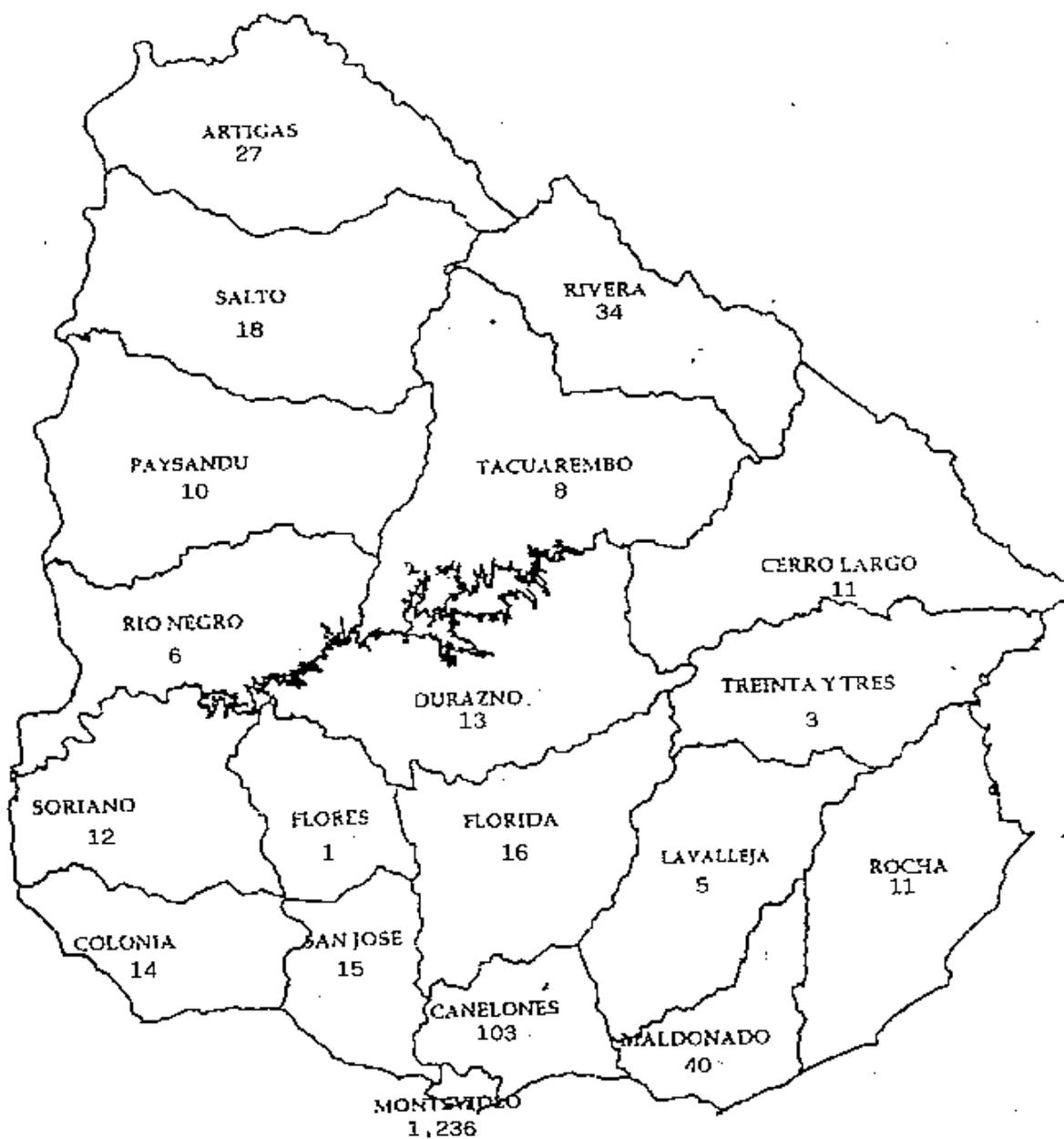
-Casos denunciados sin teniente corroboracion de laboratorio.  
Fuente: Programa Nacional de SIDA

CASOS DE INFECCION VIH ACUMULADOS, POR DISTRIBUCION  
GEOGRAFICA.- URUGUAY.-Años 1983-2000 (31 de Dic.).



Total : 3.703 VIH+

CASOS DE SIDA ACUMULADOS, SEGUN DISTRIBUCION GEOGRAFICA.- URUGUAY.- Años 1983-2000 (31 de Diciembre).



Total de casos : 1.583 SIDA

# ANEXO 3

## MARCO REFERENCIAL

La Policlínica de VIH del Ministerio de Salud Pública (Centro de referencia Nacional), está ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en la planta física correspondiente al área de Ginecología.

Se encuentra en funcionamiento desde el año 1990, dependiente de la Clínica Pediátrica "B", del Servicio Infectocontagioso.

Los días de atención por parte de Enfermería es de lunes a viernes de 8:00 a 12:30hrs.; mientras que la atención médica (Ginecología y Pediatría), se realiza los martes y jueves en el mismo horario.

La planta física cuenta con 8 consultorios, con camilla, escritorio, sillas, papel camilla, material blanco y de punción, material de escritorio y un archivero general. Cuenta con un estar para médicos y personal de Enfermería y un estar para las madres y sus niños con juegos y una decoración acorde en las paredes.

El personal con el que cuenta es el siguiente:

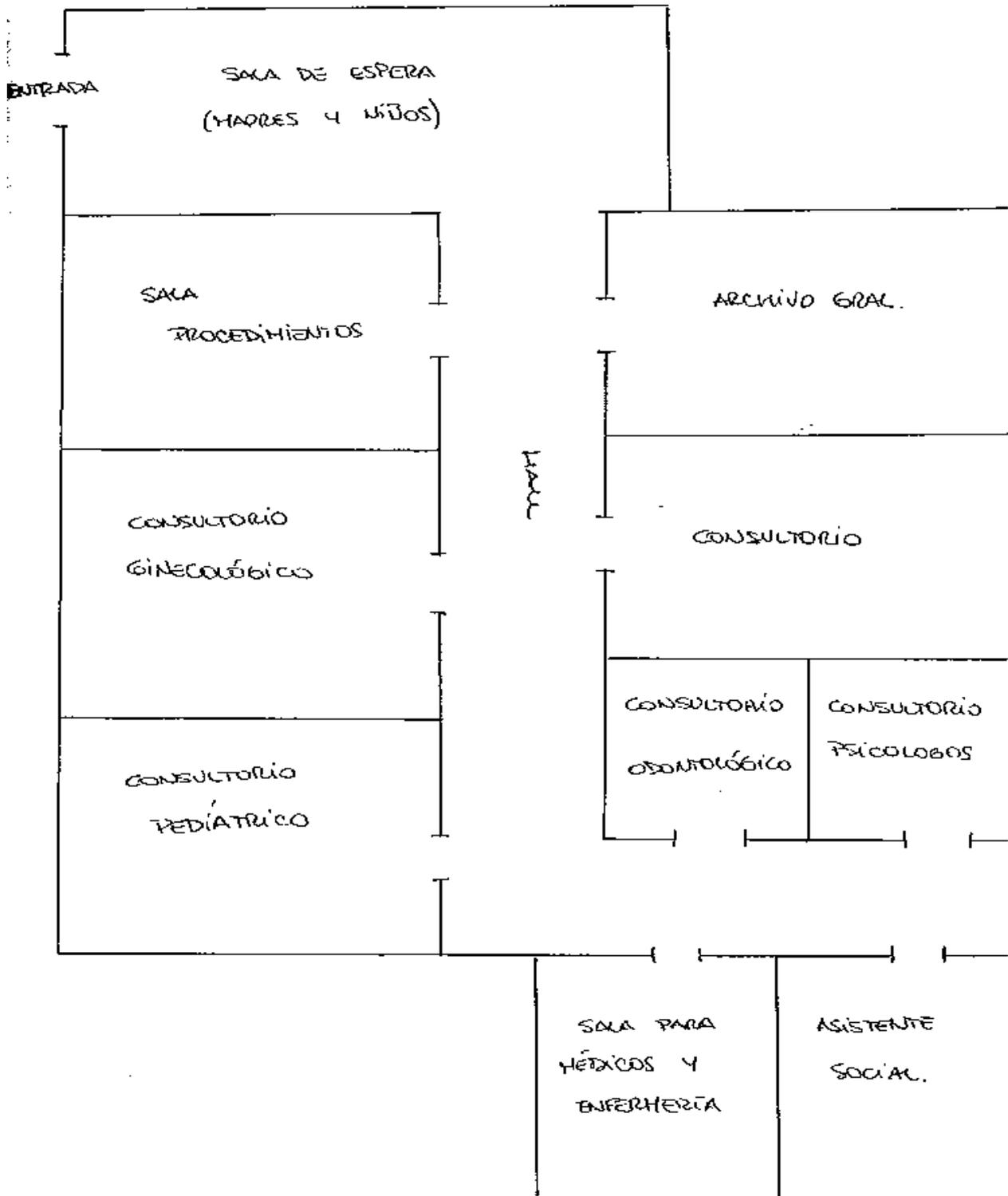
- 1 Auxiliar de Enfermería .
- 2 Ginecólogos (1 M.S.P y 1 voluntario)
- 7 Pediatras (1 M.S.P y 6 voluntarios)
- 1 Partera
- 1 Asistente Social
- Estudiantes de la Facultad de Odontología (voluntarios)
- 1 Psiquiatra
- 2 Psicólogas (1 ASEPO y 1 FRANSIDA)

La Policlínica brinda atención a todas las madres VIH+ e hijos de madres VIH+ del Ministerio de Salud Pública, y algunos casos del mutualismo (Cobertura Disse).

Actualmente atiende a 392 niños hijos de madres VIH+, de los cuales 161 son seronegativos o con una alta probabilidad (1 ELISA negativo), 106 infectados por VIH, de ellos 38 fallecidos (3 de los cuales la causa no fue el VIH), el resto de los niños está en estudio. Las edades de las madres oscilan entre 16 y 41 años, y la de los niños desde recién nacidos a 14 años. El promedio de control es de 110 niños mensuales.

De las mujeres atendidas más del 50% son del Interior del país, los recursos para los traslados son por parte del M.S.P (pago de pasajes), a veces traslados en ambulancia.

Otros beneficios que se les brinda es una canasta de INDA, las Organizaciones no Gubernamentales y Fransida tienen un hogar transitorio en E. Martínez y Suárez donde les proporcionan a las mujeres VIH+ comida, lugar para dormir, dan apoyo psicológico, ropa , e incluso cursos brindados por las madres VIH+. ASEPO les brinda también cursos y pases libres para locomoción dentro de Montevideo.



# ANEXO 4

## FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL CLINICA DE SEGUIMIENTO DE VIH POSITIVO PERTENECIENTE A LA CLINICA PEDIATRICA B	FORMULARIO N° _____
---	---------------------

### MADRE

Nombre (Iniciales): \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

### LACTANTE

Cumplimiento indicación de no amamantar :

SI (no amamantó ni 1 sola vez)

NO (amamantó por lo menos 1 vez)

Cumplimiento medicación : SI

NO

Asiduidad a los controles: SI

NO

Información extraída de la Historia Clínica

# ANEXO 5

# SEGUIMIENTO NIÑOS VIH+

FICHA

HISTORIA CLINICA Nº

NOMBRE ..... Fecha nacim.

Dirección ..... Nº ..... Apto. ....

entre ..... y ..... Tel.: (propio o cercano) .....

Departamento ..... Localidad .....

	MADRE	PADRE
<b>NOMBRE</b>		
<b>EDAD</b>	..... años	..... años
<b>EDUCACION</b> 1. Analfabeto      5. Secund. comp. 2. Primaria Inc.    6. UTV y otros 3. Primaria comp.   7. Universidad Inc. 4. Secundaria Inc. 8. Título Univ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TRABAJO</b> 1. si    2. no	<input type="checkbox"/> cuál .....	<input type="checkbox"/> cuál .....
<b>FACTORES DE RIESGO</b> 1. Drogadicción I/V    5. Promisc. sexual 2. Multitransfusiones   6. Prostitución 3. Tatuajes                7. Otros (Cuál) 4. Homo o bisexual      8. Más de uno (esp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PATOLOGIA</b> 1. si    2. no	<input type="checkbox"/> cuál .....	<input type="checkbox"/> cuál .....
<b>DIAGN. SEROLOGICO SEGUIMIENTO CARGA VIRAL (1 vez por año)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuál .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuál .....
<b>SE CONTROLA POR VIH</b> 1. si    2. no	<input type="checkbox"/> Dónde .....	<input type="checkbox"/> Dónde .....

**SITUACION JURIDICA**

1. Matrimonio	4. Padre solo	
2. Concubinato estable (+ 2 años)	5. Madre sola	<input type="checkbox"/>
3. Concubinato Inestable	6. Otros (especif.)	

**NUCLEO FAMILIAR**      Nº DE PERSONAS QUE COHABITAN ..... QUIENES .....

HERMANOS						
NOMBRE						
EDAD						
SEX. Vig. 1.si/2.no						
PATOLOGIA 1.si (esp.)/2.no						
SEROLOGIA VIH						
QUAL PATERNIDAD 1.si/2.no						

**ANTECEDENTES**

FICHA

**EMBARAZO** 1. Perinatal  2. Postnatal  3. Patología

**EMBARAZO**

**CONTROLES** 1. sí (+de 5)  2. no (0 contr.)  3. mal

**TOLOGIA:** 1. sí 2. no

Espefif. ....

Duración emb. en semanas

**NACIMIENTO** 1. Parto Normal  2. Forceps  3. Cesárea electiva  4. Cesárea Urg.  5. Otros

**APGAR** 1'   5'

**PATOL. NEONATAL** 1. sí  2. no

Espefif. ....

**LACTANCIA NATURAL** 1. sí  2. no

**DURACION** .....

**ALTA a los**    días

**PESO NACIM.**     gr.

**TALLA NACIM.**    cm.

**P. Craneano**    cm.

**PESO gg E. GESTACIONAL** 1. AEG 2. PEG 3. GEG

**LUGAR NACIMIENTO.** 1. NPR  2. Otro MSP (Cuál ..... ) 3. DGSS  4. Domicilio  5. H. Militar/Policial  6. Intern. (Cuál ..... ) 7. Otros

**DRL +** 1. sí  2. no  9. se desconoce

tratamiento con Antiretrovirales  V/O  IV

Espefificar Drogas

Fecha Inicio

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

.....

.....

.....

**INMUNIZACIONES**

	FECHA DE APLICACION				
	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	4ª DOSIS	5ª DOSIS
BCG					
DPT					
POLIO					
SRP					
DT					
A.T.T.					
HIB					
HEPAT. B					
HEPAT. A					
ANTINEUMOCOCCICA					
OTRAS					

# INTERNACIONES

FICHA

Nº INGRESO				
FECHA DE INGRESO				
FECHA DE ALTA				
DURACION INTERNACION (días)				
EDAD AL INGRESO				
DIAGNOSTICOS/S				
EXAMENES REALIZADOS				
TRATAMIENTO				
LUGAR DE HOSPITALIZACION				

NOVARTIS

# EXAMENES PARACLINICOS

FICHA

NOTAR FECHA DE REALIZADO Y A SU LADO RESULTADO

## FECHA y EDAD

ELISA VIH	
W. BLOT O IFI	
Agp24	
PCR	
Cuáles:	
<b>INMUNOGLOB.</b>	
CARGA VIRAL	
Ig G	
Ig M	
Ig A	
<b>IMUNOBL. LINFOCIT.</b>	
<b>LEUCOCITOS</b>	
LINFOC. TOTAL	
T4	
T8	
T4/T8	
<b>HEMOGRAMA</b>	
Hb	
Hto	
VCM	
CHbCM	
<b>LEUCOCITOSIS TOT</b>	
N	
C	
S	
L	
M	
E	
PLAQUETAS	
<b>ORINA</b>	
f: normal	
p: patológ. (especif.)	
<b>Eco Transf.</b>	
<b>TAC Cráneo</b>	
<b>OTROS</b>	
Otros (especif.)	

# CONSULTAS

FICHA

FECHA				
EDAD				
PESO y Perc.				
TALLA y Perc.				
P. Gran. y Perc.				
<b>DIAG. NUTRIC.</b> 1. Normal    4. Hiporec. 2. Desn. Ag    5. Obeso 3. Desn. Cron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DESARROLLO NEUROSIQ.</b> N: Normal    P: Patológ. (especificar)				
MOTOR				
LENGUAJE				
PERSONAL SOCIAL				
<b>ADENOMEGALIAS</b> 1. Si (especif. tamaño y zona) 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HEPATOMEGALIA</b> 1. Si (especif. tamaño) 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESPLENOMEGALIA</b> 1. Si (especif. tamaño y zona) 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALT. BUCO DENTAL</b> 1. Si (especif.) 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OTRAS ALTERACIONES</b> (especif.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DIAGNOSTICO</b> 1. Normal 2. Patológ. (especif. diagnóstico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CLASIFICACION</b> CDC	P _____	P _____	P _____	P _____

# MEDICACION

FICHA 

--	--	--	--

MP. SMX.

AZT

3TC

ODI

D4T

ddC

NEVIRAPINA

DELAVIRIDINA

INDINAVIR

NELFINAVIR

SAQUINAVIR

RITONAVIR