

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Adriana Basambrio

abasombrio@yahoo.com.ar

Transmisión vertical del VIH en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. Observación y análisis de variables que influyen en su persistencia. Periodo 2003-2009

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Santiago Osvaldo

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.172279>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Basombrio, A. (2014). *Transmisión vertical del VIH en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. Observación y análisis de variables que influyen en su persistencia. Periodo 2003-2009* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Basombrio_A_Transmision_2014.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Instituto de Salud Colectiva
Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA DE EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
11ª Cohorte (2008-2010)**

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO DE LA TESIS

“TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, 2003-2009.
OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES QUE INFLUYEN EN SU PERSISTENCIA,
PERÍODO 2003-2009”

Maestranda: médica Adriana Basombrío
Director: magíster Osvaldo Santiago

Fecha de entrega: diciembre de 2014

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Instituto de Salud Colectiva
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA DE EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
11ª Cohorte (2008-2010)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO DE LA TESIS

“TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN EL SISTEMA PÚBLICO DE LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, 2003-2009.
OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES QUE INFLUYEN EN SU PERSISTENCIA
PERÍODO 2003-2009”

Maestranda: médica Adriana Basombrío

Director: magíster Osvaldo Santiago

Jurado de la Tesis

Mgr. Claudio Bloch

Dra. María Fernanda Sabio

Lic. Carlos Guevel

Fecha de Defensa: 29 de julio de 2015

Nota de aprobación: 8 (ocho)

A las personas afectadas por la epidemia de VIH-sida.
A quienes sostuvieron y nutrieron mi desarrollo personal y profesional,
en especial a mis hijos Ignacio y Sol.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de la Coordinación Sida.

A los equipos de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense involucrados.

A Marcelo.

A Adriana Durán, compañera de vida, trabajo, la Maestría y la investigación.

A mis compañeros de cohorte, por la ayuda durante los Seminarios de Tesis y el aliento de los más cercanos para continuar hasta el final: Cintia, Valeria, Leonardo, Pía, Daniel, Brenda, Maia.

A los docentes de la Maestría por su destacado aporte.

A Guillermo Macías, con quien fuimos “amasando” el proyecto inicial de investigación.

A Osvaldo Santiago, mi director de tesis, por su guía oportuna y generosa, por su paciencia.

A Hugo Spinelli, Marcio Alazraqui y Leonardo Federico por sus contribuciones y apoyo.

A mi amigo Agustín Ostrowski por su colaboración invaluable.

A todos aquellos que de algún modo participaron y colaboraron en el proceso de realización de esta investigación.

Hablas de civilización, y de que no debe ser,
o de que no debe ser así.
Dices que todos sufren, o la mayoría de todos,
con las cosas humanas por estar tal como están.
Dices que si fuera diferente sufriríamos menos.
Dices que si fueran como tú quieres sería mejor (...).
Si las cosas fuesen diferentes, serían diferentes: esto es todo (...).

Fernando Pessoa
Poemas inconjuntos, 1913-1915

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar y describir variables relacionadas con la transmisión vertical (TV) del virus de la inmunodeficiencia humana en niños infectados nacidos en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009, en un escenario donde se reconoce como problema la persistencia de una elevada tasa de TV a pesar de las estrategias implementadas. De la obtención, observación y análisis de los datos encontrados en 65 duplas mujer-hijo/a, se registraron indicadores favorecedores de la TV del VIH, como edades jóvenes, bajo nivel de instrucción (casi 60% con estudios primarios incompletos), escasa cobertura por la seguridad social, casi nula ocupación formal. El 40% de las mujeres carecieron de control durante el embarazo. El momento del diagnóstico hecho tardíamente –29 % en trabajo de parto o puerperio–, las 5 seroconversiones registradas, el escaso acceso a parámetros necesarios para la toma de decisiones –68% sin determinación de carga viral–, la falta de tratamiento antirretroviral prenatal en 59% de los casos, la marcada ausencia de oferta de testeo a las parejas, los porcentajes de prematuridad y bajo peso al nacer –20 y 30 % respectivamente–, el amamantamiento en casi 13 % de los casos y la insuficiente consignación de variables en los documentos fueron indicadores contundentes de la necesidad de profundizar las prácticas de los equipos y renovar el pensamiento para no continuar perdiendo oportunidades de prevención de consecuencias directas y también de las intangibles. Es imprescindible el abordaje integral/holístico de lo que compone más que un problema de salud. La presente, por tanto, constituye una invitación a continuar sin pausa la búsqueda de nuevas maneras de pensar; una apuesta a nuestra capacidad de construir una sociedad que aporte alivio a situaciones dolorosas como ésta, lo que sin duda requerirá un esfuerzo compartido.

PALABRAS CLAVE: transmisión vertical de enfermedad; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH; desigualdades en la salud

ABSTRACT

The aim of this research is to identify and describe variables which had been related to vertical transmission (VT) of Human Immunodeficiency Virus in infected children born under the public health system of Buenos Aires City in 2003-2009. Stating as a problem the persistence of a high rate of VT in spite of the implemented strategies. From the obtaining, observation and analysis of the data found in 65 couples woman-child, indicators favoring VT of HIV had been registered. Such as younger ages; low level of education- about the 60% had elementary school incomplete or less-; poor coverage of social security and almost no formal work. 40% of women had a lack of control during the pregnancy. The late moment of diagnosis – 29 % in delivery work or puerperium; the 5 seroconversions registered; the limited access to the monitoring of parameters required for decisions making –68% without viral load determination-; the lack of prenatal antiretroviral therapy in 59% of the cases; the big absence of testing offer to couples; the percentages of prematurity and low weight at birth – 20 and 30 % respectively; the breast feeding in almost 13% of the cases and the insufficient consignment of variables in documents were strong indicators of the need to deepen teams practices and the need of a renewal of thought in order not to continue missing prevention opportunities of direct and intangibles consequences. It is essential a whole and holistic approach to what composes more than a health problem. This, hence, constitutes an invitation to continue searching without pause new ways of thinking. This is a bet to our capacity of building a society which gives relief to painful situations like this. Tasks that will require a shared effort no question whatsoever.

KEY WORDS: Vertical Transmission of disease – Acquired Immunodeficiency Syndrome – HIV - Inequalities in Health

LISTADO DE FIGURAS

Figura Nº 1. Número de nuevas infecciones por VIH en el mundo, 1990-2009	20
Figura Nº 2. Número de adultos y niños fallecidos a causa de sida en el mundo, 1990-2009.....	21
Figura Nº 3. Número de niños huérfanos a causa de sida	21
Figura Nº 4. Mapa de prevalencia mundial del VIH en adultos, 2009.....	23
Figura Nº 5. Mapa mundial de acceso al tratamiento, 2009	23
Figura Nº 6. Número de niños infectados por VIH en el mundo, 1990-2009.....	27
Figura Nº 7. Distribución de casos de transmisión perinatal según año de nacimiento, Argentina, 1984-2009.....	32
Figura Nº 8. Distribución porcentual de las madres de los niños infectados por transmisión vertical del VIH según edad al momento del parto. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	75
Figura Nº 9. Distribución porcentual de las madres de los niños infectados por transmisión vertical del VIH según lugar de residencia. TV del VIH en CABA, 2003-2009	76
Figura Nº 10. Porcentaje de mujeres según lugar de residencia por regiones del conurbano bonaerense. TV del VIH en CABA, 2003-2009	77
Figura Nº 11. Características de las mujeres según nivel de instrucción en porcentaje. TV del VIH en CABA, 2003-2009	78
Figura Nº 12. Ocupación de las mujeres estudiadas. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	79
Figura Nº 13. Obra social de las mujeres estudiadas. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	80
Figura Nº 14. Momento del diagnóstico de VIH con relación al embarazo actual. TV en CABA, 2003-2009	81
Figura Nº 15. Motivos por los cuales no se realizó el diagnóstico de VIH previo al parto, números absolutos. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	82
Figura Nº 16. Utilización del test rápido de diagnóstico. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	83
Figura Nº 17. Testeo de la pareja al momento del embarazo actual. TV del VIH en CABA, 2003-2009	84
Figura Nº 18. Parejas con VIH. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	85
Figura Nº 19. Estadio clínico al momento del diagnóstico. TV del VIH en CABA,	

2003-2009.....	85
Figura N° 20. Vía de adquisición del VIH. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	86
Figura N° 21. Número de gestaciones en las mujeres del estudio. TV del VIH en CABA, 2003-2009	87
Figura N° 22. Control del embarazo. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	88
Figura N° 23. Ruptura prematura de membranas, TV del VIH en CABA, 2003-2009	88
Figura N° 24. Modo de finalización del embarazo en porcentajes. TV del VIH en CABA, 2003-2009	89
Figura N° 25. Institución donde ocurrió el parto en números absolutos. TV del VIH en CABA, 2003-2009	90
Figura N° 26. Partos públicos en mujeres con VIH por maternidades según zona geográfica en porcentajes. TV del VIH en CABA, 2003- 2009.....	92
Figura N° 27. Número de hijos con VIH. TV del VIH en CABA, 2003- 2009.....	92
Figura N° 28. Porcentaje de cargas virales realizadas durante el embarazo. TV del VIH en CABA, 2003- 2009	93
Figura N° 29. Tratamiento antirretroviral prenatal. TV del VIH en CABA, 2003- 2009	94
Figura N° 30. Tratamiento antirretroviral durante el parto. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	95
Figura N° 31. Edad gestacional, en porcentaje. TV del VIH en CABA, 2003- 2009.....	96
Figura N° 32. Peso al nacer en porcentaje. TV del VIH en CABA, 2003-2009	96
Figura N° 33. Lactancia. TV del VIH en CABA, 2003-2009	97
Figura N° 34. Profilaxis neonatal recibida. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	98
Figura N° 35. Duración de la profilaxis neonatal. TV del VIH en CABA, 2003-2009	99
Figura N° 36. Datos de la primera PCR realizada en los niños. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	99
Figura N° 37. Datos de la segunda PCR realizada en los niños. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	100
Figura N° 38. Hospital de seguimiento del niño. TV del VIH en CABA, 2003-2009	102
Figura N° 39. Datos maternos en números absolutos aportados por los equipos en el ítem "Observaciones". TV del VIH en CABA, 2003-2009	103
Figura N° 40. Distribución de las madres de acuerdo con el nivel de instrucción en mayores de 18 años. Números absolutos. CABA, 2003-2009	111
Figura N° 41. Tasa de TV según nivel de instrucción, CABA, 2003-2010. Coordinación Sida. Situación epidemiológica del VIH-sida 2011.....	113

Figura N° 42. Tasa de TV según el momento del diagnóstico en CABA	117
Figura N° 43. Tipo de parto. Situación de la transmisión perinatal en CABA, 2010.....	125
Figura N° 44. Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos de la CABA. 2003-2009.....	126
Figura N° 45. Datos sobre 1852 partos producidos en mujeres con VIH en CABA, 2003-2009, por lugar de la ciudad donde ocurrió el parto	127
Figura N° 46. Profilaxis prenatal recibida. Mujeres con VIH en CABA, 2003-2009.....	129
Figura N°47. Profilaxis recibida durante el parto. Mujeres con VIH en CABA, 2003-2009.....	130
Figura N° 48. Comparación de la variable edad gestacional según datos de la Argentina, CABA y la investigación actual	133
Figura N° 49. Comparación entre los datos de peso al nacer en Argentina, CABA y la presente investigación	134
Figura N° 50. Profilaxis neonatal recibida. Mujeres con VIH en CABA, 2003-2009.....	135

LISTADO DE CUADROS

Cuadro N° 1. Oportunidades de acción para la prevención de la TV del VIH.....	44
Cuadro N° 2. Cronología de los casos de TV de VIH en la Argentina e intervenciones realizadas.....	50
Cuadro N° 3. Datos de las encuestas realizadas por Ayres y col. Investigación año 2006.....	132

LISTADO DE TABLAS

Tabla N° 1. Tasas de TV en CABA, 2003-2009	58
Tabla N° 2. Porcentaje de datos obtenidos sobre las características epidemiológicas de las mujeres que tuvieron su parto en CABA y transmitieron el VIH a sus hijos. CABA, 2003-2009.....	72
Tabla N° 3. Porcentaje de datos obtenidos sobre las características de los niños. TV del VIH en CABA, 2003-2009.	74
Tabla N° 4. Edad (en años) de las mujeres cuyos niños resultaron infectados por VIH. TV del VIH en CABA, 2003-2009	75
Tabla N° 5. Momento en que se realizó la primera PCR. TV del VIH en CABA, 2003-2009. N=43	100
Tabla N° 6. Tiempo en que se obtuvo una segunda PCR en los niños. TV del VIH en CABA, 2003-2009. N=39.....	101
Tabla N° 7. Comparación del lugar de residencia entre las mujeres que tuvieron sus partos en CABA en el período 2003-2009 y los resultados del trabajo actual, en porcentajes.....	108
Tabla N° 8. Nivel de educación formal alcanzado según sexo en mayores de 18 años, residentes en CABA, 2003-2009.....	110
Tabla N° 9. Distribución del porcentaje de personas analfabetas con VIH según sexo en residentes y comparación con la población global de la CABA.....	111
Tabla N° 10. Porcentaje de analfabetismo en la población de CABA, en datos generales de mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y en las mujeres de la presente investigación, 2003-2009.....	112
Tabla N° 11. Distribución de las mujeres de acuerdo con el momento del diagnóstico de VIH respecto del embarazo. Boletín CABA, 2003-2009. N= 1846	116
Tabla N° 12. Momento del diagnóstico en relación con el embarazo actual. Datos nacionales 2009-2010.....	117

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ARV: antirretrovirales

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de enfermedades de los Estados Unidos)

CNRS: Centro Nacional de Referencia para el Sida (Argentina)

CMV: citomegalovirus

DSyETS: Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Argentina)

ETS: enfermedades de transmisión sexual

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas)

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina)

HLA: Human leukocyte antigen (antígeno leucocitario humano)

ITS: infecciones de transmisión sexual

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina)

MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report (Reporte semanal de morbilidad y mortalidad, Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos)

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Organización de Naciones Unidas para el Sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PMI: Programa Materno Infantil

PSSyR: Programa de Salud Sexual y Reproductiva

RPM: Ruptura prematura de membranas

Sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SIVILA: Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorio (Argentina)

TV: transmisión vertical

VE: vigilancia epidemiológica

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	18
1.1 Planteo del problema.....	18
2. ESTADO DEL ARTE. <i>Situación actual de la epidemia de VIH</i>	20
2.1 <i>Situación general del VIH en el mundo</i>	20
2.2 <i>Situación del VIH en Latinoamérica</i>	24
2.3 <i>Situación del VIH en la República Argentina</i>	24
2.4 <i>Situación actual de la transmisión vertical del VIH</i>	25
2.4.1 <i>Situación de la transmisión vertical del VIH en el mundo</i>	26
2.4.2 <i>Situación de la transmisión vertical del VIH en América Latina y el Caribe</i>	29
2.4.3 <i>Situación de la transmisión vertical en la Argentina</i>	30
3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	32
3.1 <i>Descripción del marco conceptual</i>	32
3.1.1 <i>Datos generales de la historia de la epidemia de VIH</i>	32
3.1.2 <i>Transmisión vertical del VIH</i>	34
3.1.2.1 <i>Usos de protocolos de antirretrovirales (ARV) durante la gestación</i>	35
3.1.2.2 <i>Factores maternos intervinientes en la TV</i>	36
3.1.2.3 <i>Factores obstétricos intervinientes en la TV</i>	37
3.1.2.4 <i>Lactancia materna y su rol en la TV</i>	38
3.1.2.5 <i>Factores propios del virus intervinientes en la TV</i>	39
3.2 <i>Situación de la TV en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)</i>	40
3.3 <i>El impacto social</i>	41
3.4 <i>Oportunidades para la prevención de la transmisión vertical del VIH</i>	42
3.5 <i>Recorrido histórico de las acciones de prevención de la transmisión vertical en la Argentina</i>	45
3.6 <i>Situación del VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</i>	50
4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
4.1 <i>Pregunta de la investigación</i>	59
4.2 <i>Planteo de la hipótesis</i>	60
4.3 <i>Objetivos generales y específicos</i>	60
4.4 <i>Justificación de la relevancia del proyecto</i>	60
4.4.1 <i>Justificación académica</i>	60
4.4.2 <i>Justificación social</i>	62

4.4.3 Justificación personal	64
5. METODOLOGÍA	66
5.1 Diseño general del estudio	66
5.2 Definición de la población del estudio.....	68
5.3 Fuentes de datos.....	69
5.4 Matriz de datos: unidad de análisis, variables e indicadores.....	69
5.5 Análisis de los datos.....	71
5.6 Aspectos éticos y regulatorios	71
6. RESULTADOS	72
6.1 Variables de las mujeres con VIH cuyos hijos resultaron infectados.	
TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	75
6.2 Variables de los recién nacidos infectados. TV del VIH en CABA, 2003-2009.....	96
7. DISCUSIÓN.....	105
7.1 Variables sociodemográficas.....	108
7.2 Variable “momento del diagnóstico”	115
7.3 Variable “momento por el cual no tuvo diagnóstico previo al parto”	118
7.4 Variable “test rápido”	118
7.5 Testeo de las parejas sexuales	120
7.6 Variable “estadio clínico”	121
7.7 Variable “vía de adquisición”	122
7.8 Variables relacionadas con los antecedentes obstétricos.....	121
7.8.1 Número de gestaciones	122
7.8.2 Control del embarazo actual.....	123
7.8.3 Tipo de parto	124
7.8.4 Lugar donde se realizó el parto.....	126
7.9 Antecedentes relacionados con los hijos.....	127
7.10 Variables relacionadas con el monitoreo diagnóstico	127
7.10.1 Datos sobre la carga viral.....	127
7.10.2 Variable “recuento de CD4”	128
7.11 Datos sobre tratamientos.....	128
7.11.1 Tratamiento antirretroviral prenatal	128
7.11.2 Profilaxis durante el parto.....	129
7.12 Variables relacionadas con factores afectivo-emocionales.....	130
7.13 Variables del niño.....	133

7.13.1 <i>Edad gestacional al momento del parto</i>	133
7.13.2 <i>Peso al nacer</i>	134
7.13.3 <i>Lactancia</i>	134
7.13.4 <i>Profilaxis neonatal</i>	135
7.13.5 <i>Diagnóstico del niño</i>	135
7.13.6 <i>Lugar de seguimiento del recién nacido/niño</i>	136
CONCLUSIONES.....	137
8.1 <i>A modo de recomendaciones y sugerencias</i>	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	146
GLOSARIO.....	156
APÉNDICES.....	158

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteo del problema

En junio de 1981 comenzaron a reportarse los primeros casos de una enfermedad grave, mortal, no conocida hasta entonces, cuyas características generales tenían como común denominador la afección de varones jóvenes, sin padecimientos previos, homosexuales, residentes de las ciudades de Los Ángeles y San Francisco, Estados Unidos. A partir de ese momento y hasta la actualidad, la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)-síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), con variantes a lo largo de los años, se ha visibilizado e instalado en el mundo.

Según reporta el Organismo de Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), hacia fines de 2010 el crecimiento global de la epidemia comenzó a presentar tendencia a la estabilización. El número anual de nuevas infecciones disminuyó y el número de muertes relacionadas con el sida han mostrado una gran variación debido al éxito y la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TARV), entre otras variables a considerar. Por ese motivo, aunque las cifras de nuevas infecciones descienden, la cantidad de personas que viven con VIH en el mundo aumenta, al sumarse, afortunadamente, reducciones significativas en la mortalidad (ONUSIDA, 2010).

La transmisión del VIH se produce en la actualidad, fundamentalmente a través de relaciones sexuales no protegidas (sin preservativo o sin su correcta utilización), en significativa minoría por vía sanguínea –categoría donde la situación más relevante es el uso compartido de material de inyección durante el consumo de sustancias endovenosas– y por una tercera vía, la transmisión vertical (TV).

Esta última forma de transmisión, también llamada madre-hijo o perinatal –tema específico de la presente tesis de Maestría–, es la vía con mayor tendencia a la disminución, aunque todavía se necesita mucho esfuerzo para llegar a las tasas de infección mínimas.

El conocimiento sobre la prevención de la TV en el mundo se refleja en algunos cambios en la epidemia, con la implementación del ofrecimiento universal del análisis para VIH durante el embarazo, la profilaxis con antirretrovirales (ARV), la elección de cesárea como modo de finalización del embarazo y la sustitución de la lactancia materna (Organización Mundial de la Salud, 2002). Durante los últimos

años, los importantes progresos realizados sugieren incluso que la TV podría volverse sumamente inusual en el futuro si se dispone de una financiación, compromiso y acción estratégica suficientes (OMS, 2007; ONUSIDA-OMS, 2009).

La posibilidad de prevención por este medio es altamente efectiva (reducción del 25-35% al 1-2%) y requiere de una intervención amplia, sostenida y permanente, tanto en lo referente a las acciones ya incorporadas a la práctica cotidiana de los equipos de salud como a la investigación asociada y al desarrollo de nuevas acciones que puedan rectificar las oportunidades perdidas.

Sin embargo, existe una gran variabilidad regional en las tasas de TV en el mundo. Esto depende de varios factores, casi todos relacionados con la limitación de los recursos para contar con una calidad de vida digna en un sentido amplio, que incluye también el acceso al cuidado de la salud, al control temprano del embarazo, a la posibilidad de contar con tratamiento, entre otros. De hecho, los países centrales tienen los porcentajes más bajos de TV, mientras que los del África subsahariana, Centroamérica y el Asia central se encuentran más cercanos a las cifras del 35 y hasta el 40%.

Sin duda, el desarrollo científico de la medicación ha brindado una gran oportunidad para reducir la enfermedad y la muerte en las personas con infección por VIH. Es imprescindible reconocer en ese resultado el rol de las propias personas que se esfuerzan diariamente en sostener el tratamiento, principalmente aquellas que se encuentran infectadas por el virus. También resulta decisivo el aporte de los equipos de salud, que brindan atención, asesoramiento y recomendaciones adaptadas a cada situación, al igual que los investigadores y los Estados que incorporan al vademécum los tratamientos necesarios para sustentar esta excelente posibilidad de mejorar en forma sustancial la cantidad y la calidad de vida.

Sin embargo, aún es necesario ampliar los conocimientos acerca de la infección, de los factores que continúan operando en la transmisión y la dificultad que tenemos los seres humanos a la hora de incorporar medidas de prevención eficaces.

2. ESTADO DEL ARTE

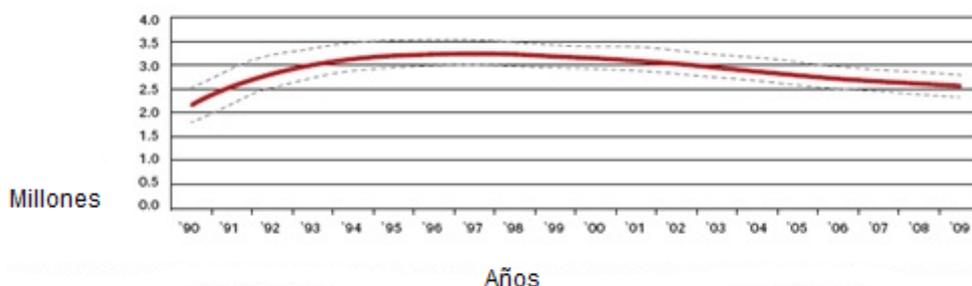
Situación actual de la epidemia de VIH

2.1 Situación general del VIH en el mundo

Según el informe mundial de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) con fecha diciembre de 2009, hay en la actualidad alrededor de 33 millones de personas viviendo con VIH en el mundo. Desproporcionadamente, casi el 90% de estas infecciones se dan en países con escasos ingresos, fundamentalmente en el África subsahariana, lo que deja en evidencia una inmensa desigualdad. Las nuevas infecciones producidas durante 2008 se estiman en 2.700.000. El incremento constante en la población de personas que vive con el VIH refleja los efectos combinados de las tasas persistentemente altas de nuevas infecciones por el VIH y la influencia beneficiosa del TARV.

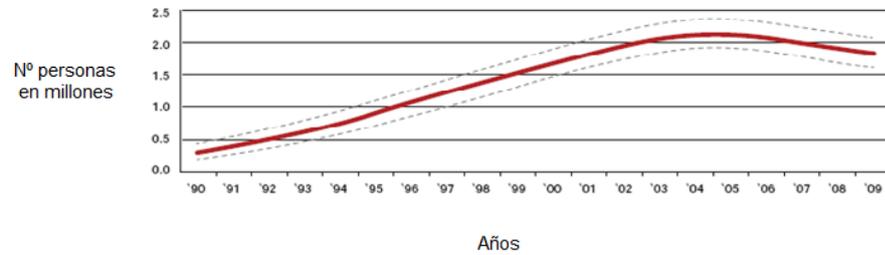
En los gráficos que siguen se pueden observar las tendencias desde 1990 a 2009 de los nuevos casos de infección y el número de personas fallecidas a causa del sida en el mundo (ONUSIDA-OMS, 2010).

Figura Nº 1. Número de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana en el mundo, 1990-2009



Fuente: ONUSIDA-OMS, 2010

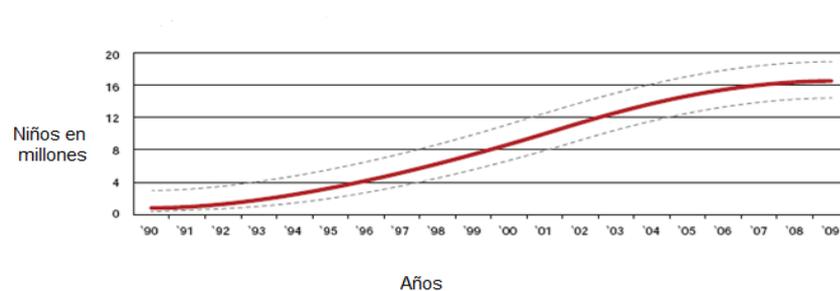
Figura Nº 2. Número de adultos y niños fallecidos a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el mundo, 1990-2009



Fuente: ONUSIDA-OMS, 2010

Un problema creciente es la cantidad de niños que quedan huérfanos porque sus padres han fallecido de sida.

Figura Nº 3. Número de niños huérfanos em el mundo a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, 1990-2009



Fuente: ONUSIDA-OMS, 2010

Este mismo informe subraya la marcada diferencia regional, aunque plantea seis temas clave comunes de la epidemia de VIH para fines de 2009 en el mundo:

- a) el sida continúa siendo una importante prioridad sanitaria;
- b) existen variaciones geográficas inter e intranacionales y regionales;
- c) las epidemias nacionales están sufriendo importantes transiciones en todo el mundo;

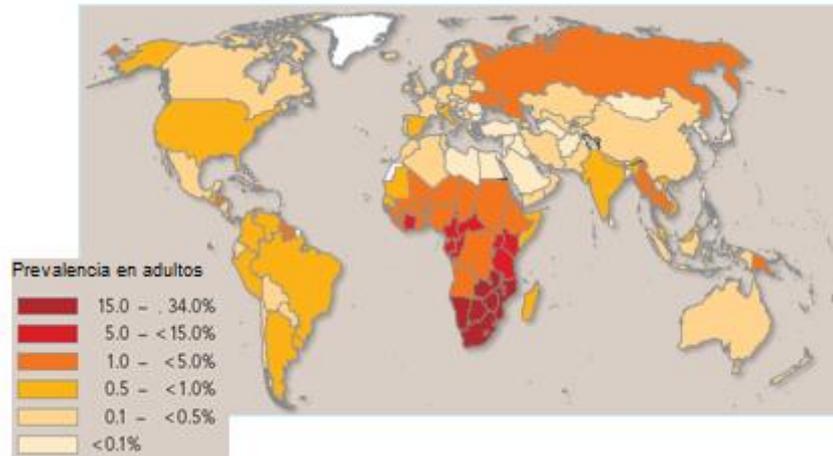
- d) hay prueba de los éxitos en la prevención del VIH en distintos escenarios;
- e) el aumento del acceso al tratamiento tiene resultados;
- f) existe una mayor percepción del riesgo en las poblaciones más vulnerables (ONUSIDA-OMS, 2010).

Los datos epidemiológicos más recientes indican que la propagación del VIH a nivel mundial alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se produjeron 3,5 millones de nuevas infecciones por el VIH. La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, aunque en Europa oriental, Asia central y otras partes de Asia, la prevalencia continúa aumentando debido a la alta tasa de nuevas infecciones por el VIH. África subsahariana sigue siendo la región más afectada en la epidemia mundial y representa el 71% de todas las nuevas infecciones por el VIH en 2009. El resurgimiento de la epidemia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos altos está cada vez mejor documentado. En todas las regiones las diferencias son obvias y, si bien la incidencia regional global del VIH permanece estable, algunas epidemias nacionales continúan creciendo (ONUSIDA-OMS, 2009; WHO, 2007).

Aunque hoy la disminución en la mortalidad de las personas con VIH bajo tratamiento es un hecho, y vivir con VIH se ha transformado en una condición crónica, en muchos países el acceso a los medios de diagnóstico y el tratamiento se ha incrementado y la situación continúa siendo desigual según las regiones.

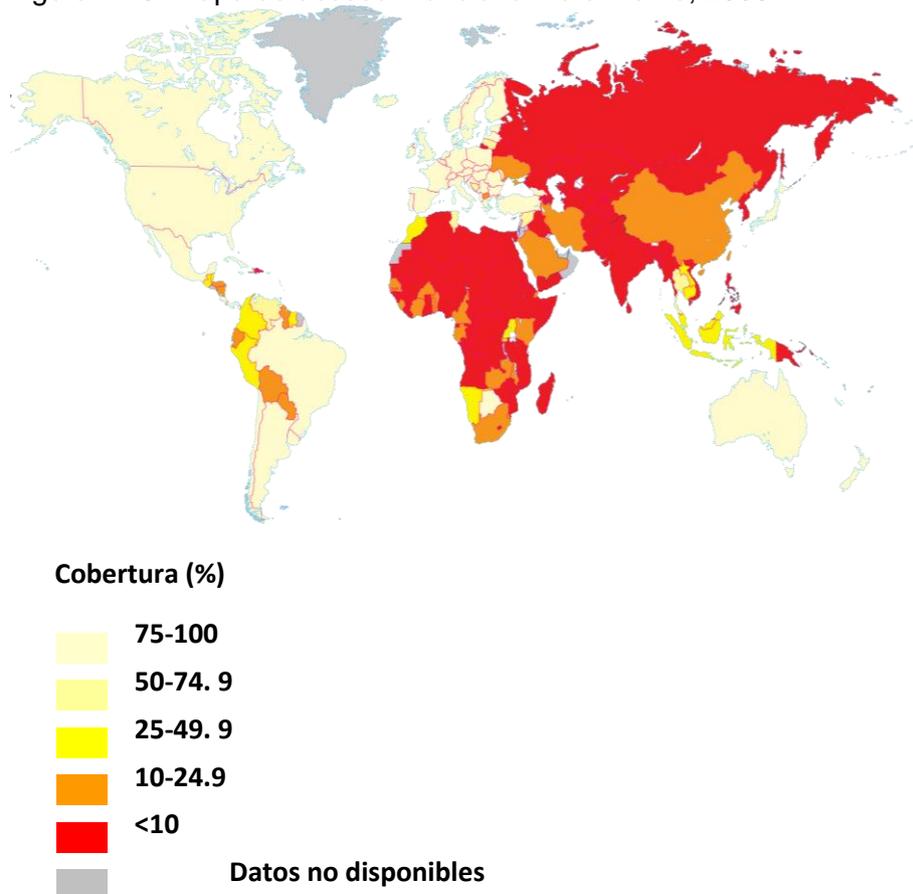
A modo de ejemplo, puede observarse en los siguientes mapas mundiales la desigualdad entre la prevalencia de la infección y el acceso al tratamiento que, como ya hemos mencionado, marca un cambio definitivo en la historia de la infección.

Figura N° 4. Mapa de prevalencia mundial del virus de la inmunodeficiencia humana en adultos, 2009



Fuente: ONUSIDA-OMS, 2010

Figura N° 5. Mapa de acceso mundial al tratamiento, 2009



Fuente: ONUSIDA-OMS, 2010

2.2 Situación del VIH en Latinoamérica

Los niveles generales de infección por el VIH en América Latina, donde viven alrededor de 2 millones de personas con el virus, apenas han variado durante la última década; por lo tanto, la región se caracteriza principalmente por una epidemia de bajo nivel y concentrada. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan el porcentaje más alto de infecciones. No obstante, cabe destacar la carga de la infección entre los usuarios de drogas inyectables, los profesionales del sexo y sus clientes.

El Caribe, que tiene el segundo nivel más alto de prevalencia del VIH en adultos, ha resultado más afectado por el virus que cualquier región fuera del África subsahariana. Actualmente la tasa regional de nuevas infecciones se ha estabilizado. La transmisión heterosexual, muchas veces vinculada al comercio sexual, es la fuente principal de transmisión del VIH, aunque las pruebas incipientes indican que también se registra una importante transmisión entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (ONUSIDA-OMS, 2010).

2.3 Situación del VIH en la República Argentina

En cuanto a la epidemia en Argentina, el perfil ha ido cambiando con el correr de los años. Algunos factores que explican estos cambios son la aparición de la medicación ARV de alta eficacia y su accesibilidad a mediados de los años 90, el cambio en la modalidad de consumo de drogas ilegales hacia fines de esa década, los procesos de pauperización y feminización de los últimos quince años y el aumento en el uso del preservativo en algunos sectores sociales. En igual medida, han variado las estrategias de monitoreo de la evolución de la epidemia y sus determinantes. A los análisis iniciales, basados casi exclusivamente en reportes de casos de infección, sida y mortalidad (vigilancia epidemiológica de primera generación), se han incorporado estudios y estimaciones de prevalencia, investigaciones sobre prácticas sexuales y consumo de drogas, así como se han ampliado los conocimientos sobre la población general y sobre los colectivos más vulnerables (vigilancia epidemiológica de segunda generación). Se estima que en nuestro país hay 120.000 personas que viven con el VIH, aunque sólo el 50% conoce su estado de infección. La ciudad de Buenos Aires concentra el 31% de los casos notificados del país. Más del 90% de las infecciones se producen a través de

relaciones sexuales sin protección, entre el 2 y el 6% al compartir jeringas y agujas durante el uso de drogas inyectables, y del 1 al 3% son ocasionados por la vía de TV (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2009).

La epidemia de VIH en la Argentina, como en casi todos los países latinoamericanos, continúa siendo de tipo “concentrada”, concepto que se aplica a aquellas epidemias en que la proporción de personas infectadas en la población joven y adulta es menor al 1%, pero mayor al 5% en algunos subgrupos, debido a determinadas condiciones de vulnerabilidad que las exponen más a contraer la infección.

La epidemia continúa afectando principalmente los grandes conglomerados urbanos de todas las ciudades capitales del país: en el período 2007-2009, el 40% de los nuevos diagnósticos seguía correspondiendo a residentes de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

Las relaciones sexuales desprotegidas siguen siendo la principal vía de transmisión del virus. (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

El perfil nacional, así como las tendencias de los distintos indicadores, pueden variar a nivel subregional, como sucede en el resto del mundo.

2.4 Situación actual de la transmisión vertical del VIH

Sin duda, se han evidenciado éxitos firmes en la prevención de la TV en el mundo, en Latinoamérica, en el país y en la ciudad de Buenos Aires.

Existen conocimientos que nos permiten afirmar que es una de las vías de transmisión de infecciones que puede llegar a disminuirse al mínimo, que requiere de conocimientos médicos y comunitarios que están bien establecidos y que se necesita el compromiso de los gestores, de los trabajadores de la salud, de la sociedad civil y de la sociedad en general.

Uno de los mayores descubrimientos de la investigación en VIH fue la demostración, a través del protocolo PACTG 076, que la administración de AZT en mujeres embarazadas durante el parto y a los recién nacidos puede reducir la infección en más del 70% de los casos. Luego de este protocolo, tanto en los Estados Unidos como en otros países desarrollados, ensayos clínicos y estudios observacionales demostraron que la combinación de antirretrovirales –al comienzo

doble terapia y luego triterapia– se asoció con una disminución de la transmisión a menos del 2% (Sperling, R., 1998; WHO, 2007; Perinatal HIV Guidelines Working Group, 2009). Los medicamentos mencionados permiten la disminución de la carga viral materna previa al parto y la profilaxis pre y post exposición en el recién nacido. Pero esto no significa que las estrategias de prevención en este terreno se limiten a que “los profesionales apliquen un protocolo al binomio madre /hijo”. Lejos de ser una cuestión médica o farmacológica centrada en la mujer con VIH y su hijo, la prevención de la TV debe incorporar necesariamente acciones tendientes a reducir los obstáculos sociales, culturales e institucionales para el acceso a los servicios de salud de los sectores más vulnerables de la población. Y, simultáneamente, optimizar o al menos aumentar, la disponibilidad y oferta de recursos por parte de las instituciones y equipos de salud a esos mismos sectores, incluidos los varones que sean parejas sexuales de las mujeres embarazadas (Perinatal HIV Guidelines Working Group, 2009; Coordinación Sida. Ministerio de Salud de la GCBA, 2004).

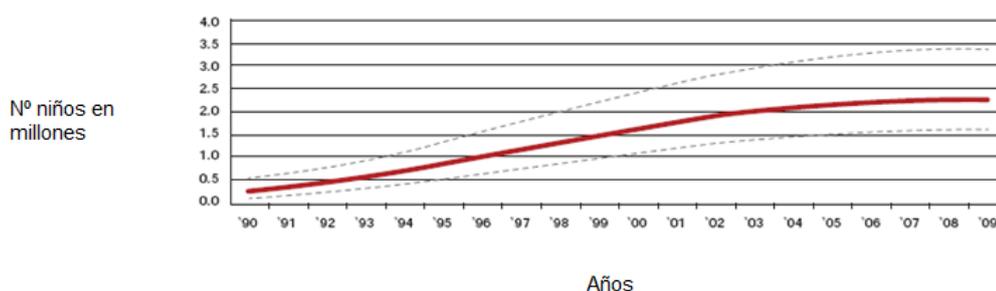
Sin embargo, las infecciones continúan ocurriendo y el nacimiento de niños infectados es un evento centinela que evidencia las oportunidades perdidas y las barreras que existen en la prevención. Para suprimir la TV todavía se registran obstáculos importantes que incluyen, entre otros, el continuo aumento de la infección en mujeres en edad fértil, el escaso o nulo cuidado prenatal, la infección aguda hacia el final del embarazo y en mujeres que amamantan a sus hijos, la escasa adherencia al tratamiento ARV y la falla en la implementación universal de la consejería y la promoción del testeo para VIH en el control prenatal (ONUSIDA-OMS, 2010).

2.4.1 Situación de la transmisión vertical del VIH en el mundo

El informe de ONUSIDA aclara que son pocos los datos obtenidos de vigilancia directa del VIH realizada en niños: la mayoría de las encuestas poblacionales nacionales con pruebas para VIH sólo incluyen adultos. Las estimaciones del VIH para los niños se obtienen a través de modelos basados principalmente en la prevalencia del VIH en mujeres adultas (15-49 años), en las tasas de fertilidad y en supuestos respecto de la supervivencia de los niños VIH-positivos. Esas estimaciones refieren que el número de niños que viven con el VIH

en el mundo continúa creciendo de manera sostenida y que más del 90% contrajeron el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (ONUSIDA-OMS, 2010).

Figura Nº 6. Número de niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en el mundo, 1990-2009



Fuente: ONUSIDA-OMS, 2010

La tasa estimada mundial de TV es sumamente variable y, tal cual lo hemos mencionado, presenta diferencias regionales e intranacionales muy importantes. En el continente africano, para 1996, la tasas de TV oscilaban entre 22 y 43%; en Asia alrededor del 48%; en el Caribe el 24%; EEUU del 17 al 30% y en Europa entre el 14 y el 27% (John, G., Kreiss, J., 1996).

En los países industrializados las tasas de TV se acercaban en 2003 al 11% y en los países subdesarrollados, fundamentalmente en el África, llegaba al 40%. (Solano, F.; Pestiño, P.; Rugeles, M.T., 2003).

Sin embargo, hasta la fecha de cierre de la presente investigación, la TV ha desempeñado un papel relativamente pequeño en la expansión de la epidemia en Europa oriental, mientras que en Europa occidental, en la mayoría de los países esta fuente de infección prácticamente ha sido eliminada (ONUDIDA, 2009)

El África subsahariana ha realizado extraordinarios avances en la expansión del acceso a los servicios para prevenir la TV del VIH. Esta cobertura es del 64% en África oriental y meridional y del 27% en África occidental y central. A pesar de esto, la TV sigue representando una porción sustancial, aunque en descenso, de las

nuevas infecciones por el VIH en muchos países africanos (ONUSIDA-OMS, 2009). Los autores de un artículo publicado por la Unidad de Investigación del Instituto de Salud Pública, Epidemiología y Desarrollo de Burdeos, Francia, concluye que la infección por VIH es la primera causa de mortalidad infantil en África, donde se infectan 1.700 niños cada día, principalmente por TV, y consideran que la prevención en este sentido es una prioridad de la salud pública (Becquet R. y col., 2007). Un artículo publicado en Medline de la Academia de Ciencias Médicas y Tecnología de Jartum, Sudán, halló en una investigación efectuada en centros de atención a mujeres embarazadas que sólo el 30,3% de las mujeres tenían el test de VIH realizado durante el embarazo. Por otra parte, había una gran aceptación de realizar el test voluntario con asesoramiento, con lo cual los autores consideran necesario extender el ofrecimiento del examen en la consulta prenatal. También reflexionan que es necesario aumentar el nivel de educación e implementar mayores cuidados en la prevención de la TV del VIH (Mahmoud MM, 2007).

En Asia meridional y sudoriental, el número de nuevas infecciones por el VIH entre niños permanece relativamente estable, mientras que la tasa de TV sigue aumentando en Asia oriental. Un estudio del Departamento Pediátrico de VIH en el Hospital de Niños de Wadia, Mumbai, India, indica que la TV fue la causa de infección en todos los niños estudiados, lo que sugiere que es necesaria la prevención de la TV para reducir la infección pediátrica por VIH (Shah I, Katira BS, 2007).

Es interesante señalar que investigadores de Cataluña mencionan que para el período 2000-2003 se estableció como objetivo la eliminación de la vía de transmisión perinatal. Sin embargo, en los últimos 5 años se ha seguido observando la existencia de nuevos casos de infección pediátrica a través de estudios en ciertos hospitales y de las notificaciones de casos de sida pediátrico. Estos autores concluyen que la TV del VIH en Cataluña ha disminuido en los últimos años, pero, desde una mirada más asistencial, se han producido infecciones por la mala implementación en algún caso de las medidas preventivas conocidas (F. Ramos y col., 2003). En Madrid se reportó una tasa de TV de 13% en 1994, llegando en 2009 a ser menor a 1% (gtt-vih.org/cuídate/transmisión-del-VIH-TV).

En América del Norte se han comunicado descensos similares a los europeos, aunque algo más modestos, en la incidencia del VIH entre lactantes. En

Canadá, la tasa de TV descendió del 22% en 1997 al 3% en 2006. En 25 estados de los Estados Unidos el número de diagnósticos anuales del VIH entre lactantes disminuyó de 130 en 1995 a 64 en 2007 (ONUSIDA-OMS, 2009). En la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte, analizando las seroconversiones para VIH producidas durante el embarazo, se menciona que, aun en lugares ricos en recursos, se observó que una proporción sustancial de las causas de la transmisión perinatal del VIH puede deberse a la adquisición de la infección durante el embarazo (Patterson KB y col., 2007).

En Oceanía también la situación es dispar. En las naciones insulares más pequeñas, donde el contacto heterosexual es la principal vía de transmisión del VIH, el porcentaje de diagnósticos acumulados del VIH a partir de la exposición perinatal oscila de 2,4% en Nueva Caledonia a 7,6% en Papúa Nueva Guinea, donde las tasas TV están aumentando y se prevé un ascenso mayor a medida que la epidemia sigue su escalada. En Australia sólo se han reportado 3 niños entre 2006 y 2007 y en Nueva Zelanda se registró 1 solo niño en 2008 (ONUSIDA-OMS, 2009).

2.4.2 Situación de la transmisión vertical del VIH en América Latina y el Caribe

En el Caribe, el número de nuevas infecciones entre niños en 2008 fue de 2.300. Según las estimaciones, 6.900 niños menores de 15 años se infectaron con el VIH en América Latina en ese año (ONUSIDA-OMS, 2009). Argentina, Brasil, Chile, Surinam y Uruguay presentan tasas de TV entre el 2 y el 7%. (OPS, 2006-2015). Uruguay presenta tasas de TV de 6.3 en 2003, que ascienden a 9% en 2004, hasta llegar a 4.5% en 2009 (Boletín Uruguayo de VIH, 2013). Chile reporta una tasa de TV de 19.1% para el año 1994, 6% para 1998, 2% en 2008 y 1.6% en 2010 (Comisión Nacional del Sida, M. de Salud de Chile, 2010)

Repasando el perfil de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH en un centro de referencia de control prenatal en Belo Horizonte, Brasil, se observó que no son infrecuentes las consultas por nuevos embarazos en mujeres infectadas con el VIH, a pesar de los recursos de anticoncepción que se ofrecen desde el sistema de salud. Por lo tanto, consideran que se necesitan más investigaciones para la identificación de los problemas que no se abordan en una consulta de rutina durante la atención médica (Romanelli de Castro, R. y col., 2006). En la ciudad de San Pablo, Brasil, al estudiar las prácticas de los servicios de salud para la atención de la mujer

embarazada con VIH, se concluyó que el circuito de laboratorio para el diagnóstico de la infección implica un aumento de la vulnerabilidad, como lo demuestra el retraso del retiro y la devolución de resultados del test de VIH. En cuanto a los profesionales, existe aún dificultad para abordar las cuestiones relacionadas con el sida y el embarazo. De ello se deduce que la unidad básica de atención y cuidado debe ser un espacio privilegiado para la prevención del VIH, pero las fallas que aún se encuentran en la puesta en marcha de las acciones repercuten negativamente en su control (Oliveira, Regiani Nunes de, 2004).

2.4.3 Situación de la transmisión vertical en la Argentina

El Boletín sobre VIH-sida en la Argentina de noviembre de 2009, elaborado por la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación, menciona que hay registrados 3.900 casos de personas infectadas por TV, de los cuales 934 (24%) fueron diagnosticadas entre 2001 y 2008. El análisis de la edad al momento del diagnóstico demostró que el 35,1% de los niños fueron conocidos durante el primer año de vida y el 57,31%, antes de cumplir los dos años. La mitad nació en el período mencionado, mientras que el otro 50% se infectó en las décadas del 80 y 90. A su vez, casi el 10% tenía más de 10 años y cinco jóvenes tenían 20 años o más al recibir el diagnóstico. El 71,2% de los niños nacidos con VIH desde 2001 viven en el área metropolitana de Buenos Aires (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2009).

El descenso en el porcentaje de personas infectadas por TV en la Argentina –que desde el año 1996 se registra en forma sostenida– se vincula con la universalización de la oferta de testeo a las mujeres embarazadas a nivel nacional, que permitió la aplicación de las estrategias preventivas (DSyETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2009; Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA, 2009).

En cuanto a la situación de la transmisión perinatal del VIH en la Argentina, al analizar la distribución de notificaciones de acuerdo con la jurisdicción, se observa que el 70% de los niños infectados por transmisión perinatal reside en el área metropolitana. Hasta el 31 de diciembre de 2009 se informaron 4.093 casos de infecciones por esa vía (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

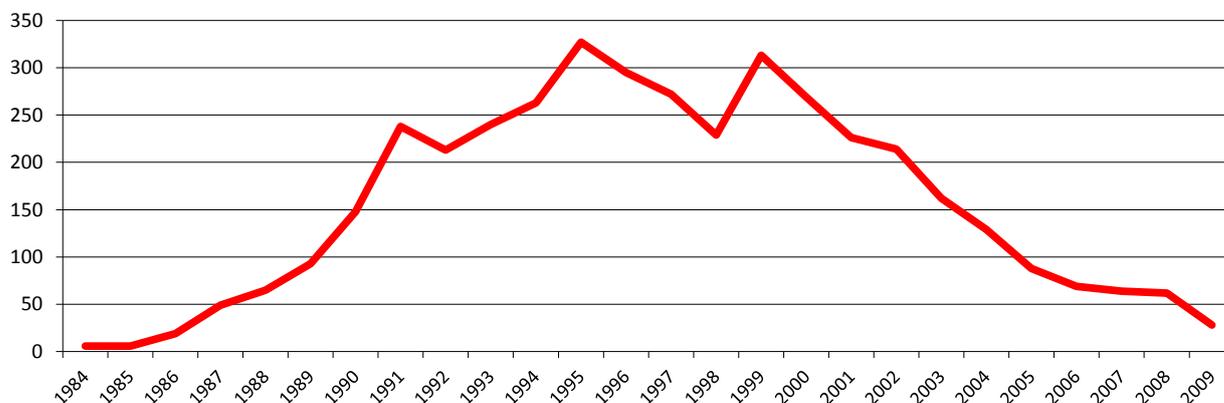
A partir de 1996 comienza un descenso en el número de casos, atribuible a la implementación de la profilaxis con zidovudina (AZT), de acuerdo con la difusión de los resultados del primer estudio realizado en el mundo en relación con este tema –denominado ACTG 076– y con la sanción en el país de una normativa específica para perinatología –Ley de Sida en Perinatología, en 1997–, que permitió universalizar la oferta del test a las mujeres embarazadas.

La transmisión vertical del VIH es la principal causa de infección en los menores de 13 años y desde que se reportó el primer caso en el país, en 1986, esta ha sido la principal vía de transmisión en el 95% de las infecciones pediátricas. Desde el comienzo de la epidemia y hasta el año 1996, los casos reportados por esta vía fueron aumentando significativamente, al punto de convertir a la Argentina, en ese momento, en el país de Latinoamérica con mayor número de casos pediátricos (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

Desde la implementación de la normativa perinatólogica en 1997, que incorporó la obligatoriedad del ofrecimiento del testeo a todas las embarazadas –previo asesoramiento y consentimiento informado– y el acceso al tratamiento antirretroviral en el embarazo, el parto y el recién nacido, se produjo un descenso progresivo en el número de casos. En esa senda, cabe destacar que la Argentina fue uno de los primeros países en incorporar la provisión universal del tratamiento antirretroviral en Latinoamérica (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

En el gráfico siguiente se pueden observar los datos mencionados en los párrafos anteriores.

Figura Nº 7. Distribución de casos de transmisión perinatal según año de nacimiento, Argentina, 1984-2009



Fuente: Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 Descripción del mapa conceptual

3.1.1. Datos generales de la historia de la epidemia de VIH

En junio de 1981, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta informó sobre un aumento en el diagnóstico de casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y de sarcoma de Kaposi en hombres jóvenes que tuvieron sexo con hombres en Los Ángeles y San Francisco, Estados Unidos. Dichas enfermedades nunca habían sido relacionadas con ningún cuadro clínico grave en personas sin alteraciones inmunológicas.

La infección fue inmediata y exclusivamente asociada con hombres que tienen sexo con hombres. En 1982 se relacionó la transmisión de la enfermedad con las transfusiones de sangre y los hemoderivados y al año siguiente se aisló el agente productor de la enfermedad, el VIH. En 1986 ya era evidente que la epidemia afectaba tanto a hombres como a mujeres, independientemente de su elección sexual, a cualquier edad. Se reconoció la importancia de las campañas preventivas y aparecieron los datos preliminares sobre medicamentos específicos contra el virus (Grmek, M, 1992; Kalipeni, E. y col., 2004; Gallo RC, 2002; Montagnier L., 2002).

Por entonces se hablaba de “grupos de riesgo”, y se encerraba en cuatro o cinco categorías sociales la responsabilidad por la epidemia (Rhodes T., 2008, Ayres, J., 2005).

Almeida, N., Castiel, D. y Ayres, J. (Salud Colectiva, 2009) mencionan que en el tradicional Diccionario de Epidemiología de Last, la palabra “riesgo” aparece como: a) la probabilidad de ocurrencia de un evento (mórbido o fatal); b) un término no técnico que incluye diversas medidas de probabilidad en cuanto a consecuencias desfavorables (Last, 1989).

La propia idea de probabilidad puede ser leída de dos modos: a) intuitivo, subjetivo, vago, ligado a algún grado de creencia (es decir, una incertidumbre no mensurable); b) objetivo, racional, determinado en forma precisa mediante técnicas probabilísticas, incertidumbre mensurable. En esta segunda acepción, se reproduce el abordaje de los factores de riesgo, es decir, marcadores que apuntan a la predicción de morbimortalidad futura. De este modo, se podrían identificar, contabilizar y comparar individuos, grupos familiares o comunidades con relación a las exposiciones a dichos factores (ya establecidos por estudios previos) y proporcionar intervenciones preventivas.

.... ¿Y dónde se sitúa el riesgo en el discurso epidemiológico? Más allá y fuera del sujeto, el riesgo se localiza en el ámbito de la población, producido o atribuido en el ámbito de los colectivos humanos. Riesgo es finalmente una propiedad de las poblaciones y su referencia legítima será exclusivamente colectiva. (Almeida Filho, N, Castiels, D, Ayres, R. 2009, pp. 329-330)

Los autores plantean las perspectivas para el concepto de riesgo:

El riesgo es más que un concepto interdisciplinario: necesitamos prepararnos cada vez más para comprenderlo y construirlo como un concepto indisciplinado. En el recorrido argumentativo de este texto, identificamos y evaluamos las siguientes formas de presentación del concepto: Riesgo como peligro latente u oculto en el discurso social común. Riesgo individual como concepto práctico de la clínica. Riesgo poblacional como concepto epidemiológico en sentido estricto. Riesgo estructural en los campos de la salud ambiental/ocupacional (Almeida Filho, N, Castiels, D, Ayres, R, 2009, pp. 335-336)

Es aquí donde afirman que el concepto de riesgo necesita actualizarse, ya que dependerá de su capacidad de articularse con los desarrollos conceptuales y metodológicos de la salud colectiva.

La respuesta tal vez no esté en la oposición entre salud y enfermedad. La construcción de la salud posiblemente necesitará siempre de los problemas, de los obstáculos, de los daños, para que pueda asimilar los propios intereses y medios de alcanzarlos, pero esa asimilación podrá ser favorecida y potenciada si tales problemas y obstáculos fueran tratados como "objetos contrafácticos". Es decir, no es necesario abandonar la conceptualización de las enfermedades para producir conocimiento sobre salud, sino que indudablemente resulta necesario interpretar y tematizar activamente qué valores están siendo obstaculizados por las patologías y

riesgos, tal como los percibimos, conceptualizamos y transformamos.
(Almeida Filho, N, Castiels, D, Ayres, R, 2009, pp. 341-342)

El año 1994 significó un hito en la historia del sida, cuando se descubrió que la administración de medicación a la madre durante el embarazo y posteriormente al recién nacido durante un corto período reducía de manera importante el riesgo de transmisión materno-fetal (MMWR, 1994; Sperling, R, 1998).

1996 también representó un punto de inflexión en la evolución de la epidemia, ya que la disponibilidad de antirretrovirales combinados permitió un cambio sustancial para las personas afectadas.

Los conocimientos se desarrollaron en forma rápida hasta la actualidad, pasando por diferentes situaciones individuales y colectivas que requieren una actualización permanente por parte del campo de la salud, de los afectados y de la sociedad en su conjunto.

3.1.2 Transmisión vertical del VIH

La TV del VIH –también llamada perinatal o madre/hijo– es uno de los tres modos por los que una persona puede adquirir este virus. La posibilidad de prevención por esta vía es altamente efectiva –como evidencia la reducción del 25-35% al 1-2%– (CDC, MMWR 2001; Thorne C, 2005), y requiere de una intervención amplia y permanente, tanto en lo que se refiere a las acciones ya incorporadas a la práctica cotidiana de los equipos de salud como a la investigación asociada y al desarrollo de nuevas acciones que puedan rectificar las oportunidades perdidas (Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2001).

Varias investigaciones demostraron que la mayor posibilidad de transmisión perinatal del VIH ocurre en el momento de finalización del embarazo (transmisión intraparto). Puede producirse en una escasa proporción durante el embarazo a través de la placenta (transmisión prenatal) y durante la lactancia materna, con un riesgo más pronunciado a medida que se prolongan los meses de amamantamiento (transmisión posnatal). Estas investigaciones han sido de vital importancia para determinar las intervenciones destinadas a prevenir la TV del VIH (Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Ministerio de Salud de la

Nación Argentina, 2001; Brithish Guidelines, 2008; Kourtis A. y col., 2006; Ceriotto, M., 2010).

La posibilidad de transmisión madre-hijo del VIH, entonces, oscila globalmente entre el 25 y el 40%. Las variaciones de los porcentajes mencionados, característicos según las regiones geográficas, se pueden deber a múltiples factores, entre los que destacan las diferencias metodológicas en los estudios, la desigual mortalidad perinatal, la distinta frecuencia y duración de la lactancia materna, las variaciones en la proporción de mujeres que adquieren la infección durante el embarazo, el modo del parto, la situación clínica, inmunológica y virológica de la infección en la madre, las condiciones nutricionales o la existencia de coinfecciones.

Estos factores, denominados biológicos, se relacionan a su vez con condiciones de vida que muchas veces atentan contra el acceso al cuidado de la salud, el control temprano del embarazo, el asesoramiento y la oportunidad de diagnóstico y tratamiento. De hecho, los países centrales cuentan con los porcentajes más bajos de transmisión por esta vía, mientras que los del África subsahariana y Centroamérica se encuentran más cercanos a las cifras del 35 y hasta el 40% (The Working Group Mother to Child Transmission, 1995).

3.1.2.1 Usos de protocolos de antirretrovirales (ARV) durante la gestación

Luego de la demostración de la reducción del porcentaje de transmisión al 8%, en el año 1994, con la aplicación de zidovudina o AZT a la mujer embarazada con VIH, durante el parto y al recién nacido durante las 4 semanas de vida, la inhibición de la lactancia materna y su reemplazo por leche de inicio o maternizada, cambió significativamente la transmisión por esta vía y los máximos logros alcanzados en muchas partes del mundo están relacionados con el éxito de las medidas que fueron llevándose a cabo en este aspecto (CDC, MMWR, 1994).

Más adelante, luego del año 1996, se comprobó que la administración de la combinación del AZT con otros medicamentos antirretrovirales durante el embarazo (que se hicieron conocidos popularmente como “cócteles”) disminuían mucho más la posibilidad de transmisión, llevándola al 1 o 2% al acompañarlas de otras intervenciones, como la indicación de cesárea programada en la semana 38 en mujeres con cargas virales elevadas, es decir, mayores a 1000 copias por mililitro de sangre (European Collaborative Study, 2005).

A pesar del temor inicial de los efectos adversos que pudieran tener los medicamentos mencionados en los fetos o en los niños, sólo se documentaron posibles daños relacionados con 2 drogas, una de las cuales dejó de utilizarse para este fin (Loannidis JPA, y col. 2001; García PM, y col., 2001; Conner SD, y col., 2003; Ford N. y col., 2010; Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee, 2011).

Es real que el conocimiento sobre la prevención de la TV en el mundo ha evolucionado en términos generales favorablemente y esto se refleja en algunos cambios en la epidemia. Con la implementación del ofrecimiento universal del testeo, la profilaxis con ARV, la elección de cesárea como modo de finalización del embarazo y la sustitución de la lactancia materna (Organización Mundial de la Salud, 2002). Durante los dos últimos años, los importantes progresos realizados sugieren que la TV podría volverse sumamente inusual en el futuro si se dispone de una financiación, compromiso y acción estratégica suficiente (OMS, 2007; ONUSIDA-OMS, 2009).

Como se hizo referencia anteriormente, en una vasta cantidad de investigaciones científicas se han reconocido factores biológicos que incrementan la transmisión vertical del VIH, considerados clásicamente como parámetros maternos, obstétricos, fetales y virales (GESIDA/Seimc, España, Junio 2001; The European Collaborative Study, 1994; Recomendaciones para la prevención de la Transmisión Vertical del VIH; Coordinación Sida. Ministerio de Salud de la GCBA, 2004).

3.1.2.2 Factores maternos intervinientes en la TV

Dentro de los factores maternos, el más claramente reconocido es la cantidad de virus circulante en la sangre: al respecto, se ha comprobado una relación directa entre el nivel de la carga viral plasmática materna y el riesgo de transmisión. A mayores valores de carga viral, mayor es la posibilidad de transmisión, motivo por el cual gran parte de los esfuerzos están dirigidos a lograr valores indetectables de virus a través de las técnicas conocidas. Si la mujer presenta seroconversión durante el embarazo, dado que la replicación viral es mucho más alta en ese primer período, la transmisión ocurre con mayor frecuencia. De aquí la importancia de trabajar en las etapas previas a la infección y, en lo posible, evitar que la misma se produzca (Mayaux y col. 1997; García P. y col. 1999, Leight, J., 2008).

Los estadios clínico e inmunológico de la madre son otros factores relacionados con la transmisión. Cuanto más avanzada es la infección –que puede traducirse en síntomas de enfermedades marcadoras– y más lesionadas están las células de defensa (linfocitos CD4) –sobre todo con recuentos por debajo de 200 células por milímetro cúbico–, la posibilidad de transmisión es mayor (Cheynier R. y col., 1992; Karlsson K. y col., 1997; Wasik TJ. y col., 1997; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, Coordinación sida, GCBA, 2004).

La coexistencia de otras infecciones de transmisión sexual implica un riesgo adicional (Mathenson PB., 1996; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH. UCE de VIH/SIDA/ETS, 2001; Cowan FM y col., 2008).

Las carencias nutricionales, fundamentalmente de vitamina A, también son factores que favorecen la transmisión (Datta P., 1994; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH. UCE de VIH/SIDA/ETS, 2001).

3.1.2.3 Factores obstétricos intervinientes en la TV

En cuanto a los factores obstétricos relacionados, se encuentran las alteraciones de la integridad de las membranas ovulares, ya que facilitan el contacto del feto con la sangre, y las secreciones cérvico-vaginales, con un riesgo fundamentalmente incrementado con más de 4 horas de ruptura. También inciden los procedimientos invasivos durante el embarazo –amniocentesis, punción de vellosidades coriónicas–, como los tactos vaginales repetidos, el uso de tocografía interna, la realización de episiotomía y/o el uso de fórceps (Landesman, S. y col., 1996; The International Perinatal HIV Group, 2001).

Se describe también un aumento de la transmisión frente a situaciones que favorecen el incremento de la permeabilidad de la barrera placentaria, como por ejemplo la corioamnionitis, la toxicomanía activa y el tabaquismo (Agarwal P., 1999; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH. UCE de VIH/SIDA/ETS, 2001).

El modo de finalización del embarazo es fundamental de acuerdo con la carga viral materna, ya que si la misma es detectable al momento del parto, se incrementa considerablemente la transmisión del virus. De modo que si la carga viral

es igual o superior a 1000 copias/ml cerca del parto, o es desconocida, debe recomendarse la cesárea programada en la semana 38 para favorecer un margen de seguridad, dado que si el parto se desencadena, es importante tener en cuenta que la cesárea de emergencia no sólo no reduce la transmisión, sino que, por el contrario, la incrementa (The European Collaborative Study, 1994; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH. UCE de VIH/SIDA/ETS, 2001).

Si la carga viral es indetectable en las últimas semanas, se puede progresar con seguridad al parto vaginal si otras condiciones obstétricas lo permiten (The European Collaborative Study, 1994; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, Coordinación Sida, GCBA, 2004).

Los factores fetales descriptos y relacionados con la transmisión son la edad gestacional al momento de la infección (la prematuridad actúa como predisponente) y el bajo peso al nacer para la edad gestacional (Brocklehurst P, 1998; European Collaborative Study, 2000; Cotter AM, 2006; Schulte J y col, 2007).

3.1.2.4 Lactancia materna y su rol en la TV

Un factor a considerar es la lactancia materna: el riesgo de transmisión por esta vía se incrementa según la carga viral materna y el tiempo de amamantamiento. El porcentaje general de transmisión del VIH a través de la lactancia materna sin ningún tipo de intervención es del 5 al 20%, aunque se describen porcentajes del 4% (OMS, 2004; Nduati, R. y col. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV1: a randomized clinical trial. JAMA 2000).

La prolongación de la lactancia puede elevar en un 0,8 y 1,2% la posibilidad de transmisión por cada mes de amamantamiento, dependiendo además del momento de la infección en la madre. Si la misma se produjo durante el embarazo o cerca del parto, el riesgo es mayor (BHITS, 2004, OMS, Unicef, UNFPA, ONUSIDA: VIH y alimentación infantil. Actualización, octubre de 2006, OMS 2008).

La presencia de mastitis o abscesos mamarios también facilitan la transmisión (Mathenson PB., 1996; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, UCE VIH/SIDA/ETS, 2001).

Es necesario alimentar al recién nacido con leche de inicio, así como inhibir la lactancia y asesorar en forma previa y adecuada a la mujer tomando el tiempo que sea necesario.

La alimentación mixta no actúa como protectora de la transmisión viral, sino que sucede lo contrario. El riesgo de la lactancia materna mixta con leche artificial o alimentos sólidos es notablemente más elevado que el riesgo de proporcionar agua u otros líquidos que no sean alimentos (Coovadia, 2007; OMS, Unicef, UNFPA, ONUSIDA, 2007).

Se debe considerar que el recién nacido tiene un sistema inmunológico inmaduro y presenta una gran receptividad al virus.

3.1.2.5 Factores propios del virus intervinientes en la TV

Dentro de los factores virales estudiados hasta el momento, ciertas características del genotipo y fenotipo viral implicado, como las deleciones del gen que codifica el correceptor CCR-5, determinados HLA (acrónimo en inglés de antígenos leucocitarios humanos), o la discordancia del HLA entre la madre y el niño, parecen estar asociados a mayor riesgo de TV. Algunos estudios mencionan que las madres que portan cepas asociadas con una rápida progresión a sida, como las inductoras de sincicios (SI) o T-tropicas, tienen mayor probabilidad de transmitir la infección que las madres que tienen cepas no inductoras de sincicios (Fazeley F. y col., 1997; Mac. Donald KS. y col., 2000; Moguelette B. y col., 2000; Lagaye S. y col., 2001; Solano, F. y col., 2003).

También se ha señalado como factor favorecedor la cotransmisión de otros virus como el de la hepatitis C y el citomegalovirus (Coordinación Sida. Ministerio de Salud de la GCBA, 2004; The European Collaborative Study, 1994).

La variabilidad de las tasas de TV existentes en el mundo exige que continuemos realizando investigaciones que aporten al estado del conocimiento, no sólo técnico, científico y biomédico, sino también orientadas a desentrañar en cuánto las condiciones de vida y las desigualdades pueden influir en el mantenimiento de las tasas de TV elevadas en muchos países, con el fin de que los logros alcanzados en otras regiones puedan extenderse a aquellas donde aún no está resuelto el problema.

3.2 Situación de la TV en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

En referencia a la CABA, capital de la Argentina, resulta preocupante que la tasa de TV continúe siendo elevada en relación con lo esperado en los últimos años. Inicialmente se registró un importante descenso desde el año 2000, cuando la tasa de TV era de 20% (Bloch, C., 2007), y disminuyó a 7,1% en 2003 (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2009). Efectivamente, esto pudo haber sido un verdadero logro, sin embargo posteriormente las tasas se han mantenido en un promedio acumulado de 5,4% para el período 2003-2008 (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2009).

Incluso algunos datos más actuales señalan que, luego de observarse una disminución, las tasas de TV se han incrementado nuevamente (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2012).

Es necesario mencionar que, en relación con el resto del país, la CABA cuenta y ha contado desde épocas tempranas con los recursos materiales y el personal necesario para disminuir la TV. En hospitales y centros de salud hay equipos altamente capacitados, reactivos de laboratorio, medicación, sustitutos de leche materna, inhibidores de la lactancia y folletos con información especialmente dirigida a las mujeres embarazadas y sus parejas. Así, continúa siendo un reto y un desafío reflexionar críticamente sobre la realidad para profundizar las acciones que se llevan a cabo desde los servicios de salud (Coordinación Sida. Ministerio de Salud de la GCBA, 2004; Basombrío, A., 2009).

Desde el organismo de nivel central del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires –la Coordinación Sida– se implementó la vigilancia epidemiológica de partos de mujeres con VIH en los hospitales públicos desde 2003. Para ese fin, se elaboró una ficha de notificación de partos de mujeres seropositivas, con la intención de desarrollar un sistema de vigilancia intensificada capaz de monitorear, entre otras cosas, la TV. Esto posibilitó contar con información más precisa y adecuada sobre la infección en mujeres embarazadas y el impacto de las medidas para prevenir la TV.

Con el objetivo de perfeccionar el conocimiento de los factores que podían estar influyendo en este contexto, durante 2006 y 2007 se llevaron a cabo dos investigaciones con el apoyo financiero del Fondo Mundial contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. A través del estudio de las historias clínicas de mujeres

embarazadas con VIH, se identificó un grupo de casos donde ocurrió la transmisión y un grupo control de niños que no resultaron infectados. Comparando ambos grupos, se registró que las variables relacionadas más frecuentemente con la transmisión fueron: en primer lugar, la ausencia o el inadecuado control de las mujeres durante el embarazo; el momento del diagnóstico de la infección por VIH realizado en el parto o el puerperio; el bajo nivel de instrucción alcanzado por la madre; el estadio clínico sintomático; la ausencia de profilaxis ARV durante el embarazo o el parto; y la lactancia materna. Se encontró también una insuficiente articulación entre los servicios hospitalarios involucrados en este tema particular y una implementación inadecuada del test rápido de diagnóstico para VIH (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA, 2007).

Otros antecedentes vinculados de alguna manera a la TV hacen referencia a las desigualdades sociales y su vinculación con los procesos de salud-enfermedad-atención. Generalmente se menciona un cierto vacío en la investigación en este sentido (Almeida Filho N, 1999; Alazraqui, M. y col., 2007; Farmer.P., 1996).

Al consultar bibliografía específica sobre desigualdad social y VIH, existen publicaciones que mencionan la relación entre pobreza y enfermedades infecciosas emergentes, entre las cuales se encuentra el VIH-sida (Gaymente, 2006; - Figari, C., Pecheny M., Jones D., 2008)

3.3 El impacto social

Como consecuencia de la asociación con prácticas que muchos pueden considerar socialmente inaceptables, la infección por VIH está muy estigmatizada. Tanto el estigma como la discriminación conforman uno de los mayores obstáculos a la hora de tratar eficazmente la epidemia: impiden que los gobiernos reconozcan o tomen las medidas oportunas contra la infección por VIH y disuaden a las personas para conocer su estado serológico. También inhiben a quienes saben que están infectados a la hora de hablar sobre su diagnóstico y en algunos casos se dificulta la toma de medidas tanto para proteger a otros como para solicitar tratamiento y cuidados para sí mismos.

Las personas que viven con el virus sufren frecuentemente los efectos de la discriminación y de la violación de sus derechos: muchos han sido expulsados de sus trabajos y hogares o han sufrido el rechazo de sus familiares y amigos. Una

evaluación reciente de los datos sobre el estigma relacionado con el VIH reveló que éste sigue siendo elevado y afecta negativamente la calidad de vida de las personas que viven con el VIH (ONUSIDA, 2005).

A través de indicadores propuestos y utilizados por Naciones Unidas, se pudo concluir que tanto el estigma como la discriminación actúan como impedimentos a la hora de acceder a las pruebas, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH, y dificultan asimismo la adherencia al tratamiento (ONUSIDA, 2009).

Se puede desplegar un abanico de frecuentes y variados eventos y circunstancias de maltrato, discriminación y estigmatización. La discriminación consiste en una exclusión social legitimada, es decir, basada en un estereotipo que naturaliza una identidad social suturándola en torno de rasgos particulares, a los que se les adscriben como indisociables características negativas. El estigma y la discriminación operan fuertemente en la autoestima de las personas que, tras percibir la desvalorización social, muchas veces se instalan en un sentimiento de inadecuación social que les produce sufrimientos, padecimientos y fragilidad (Belvedere, 2002).

Cientistas sociales que se han dedicado a estudiar el tema en profundidad mencionan que, a diferencia de otras enfermedades y situaciones corporales invalidantes, el VIH porta también aún una significación moral en el imaginario colectivo, con una carga incriminatoria y de estigma social que sólo parecen haber tenido las pestes y la lepra en la Edad Media o la sífilis antes del descubrimiento de la penicilina (Grinberg, M., 2003).

Los procesos de exclusión social y fragmentación de tejidos familiares y comunitarios, junto con una serie de transformaciones sociales y culturales, pueden facilitar el desarrollo de prácticas sexuales no seguras y encuentran en las mujeres jóvenes –también por condiciones de desigualdad de género– un campo susceptible al incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-sida (Biagini, G., 2008).

3.4 Oportunidades para la prevención de la transmisión vertical del VIH

Tal como se muestra en el cuadro N°1, las oportunidades para la prevención de la TV son amplias. Sin duda alguna, es ideal llegar en etapas preconceptionales,

es decir, en la mujer en edad fértil, con acciones similares o al menos que no deberían diferir de las que se plantean para toda la población.

Existen dos estrategias de alto impacto para prevenir la infección por VIH. Una de ellas es impulsar y favorecer que las personas realicen el análisis con asesoramiento para conocer su situación en cuanto a la infección y, de este modo brindar oportunidades de prevención tanto si las personas se encuentran infectadas como si no lo están. La otra es la promoción del uso correcto del preservativo. Dado que el virus se transmite sólo de persona a persona a través de prácticas determinadas, estas dos estrategias continúan siendo las principales herramientas existentes.

Una vez producido el embarazo, durante todo el período prenatal también es posible intervenir de la misma manera y, en caso de que la mujer se encontrara infectada y no lo supiera previamente, podría ofrecérsele todo el asesoramiento necesario, la contención y la medicación a partir de la semana 14 de gestación. Siempre será posible iniciar el tratamiento en semanas posteriores, aunque, como ya se conoce bien, la posibilidad de prevención se reduce a medida que pasa el tiempo (GESIDA/Seimc, España, Junio 2001; The European Collaborative Study, 1994; Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH; Coordinación Sida. Ministerio de Salud de la GCBA, 2004, Durán, A., 2008).

Es esencial ofrecer el análisis a la pareja de la mujer, fundamentalmente, como integración global del problema, donde ambos son igualmente abordables, en lugar de testear en varias oportunidades a la mujer embarazada y no conocer la situación de su pareja. De hecho, se han documentado casos de seroconversiones durante el embarazo, con la subsecuente infección en el recién nacido, dado que las infecciones recientes, donde el virus se multiplica en forma geométrica, incrementan los riesgos de transmisión (Basombrío y col., 2009).

Es posible actuar en el momento del parto, tanto en los casos donde se conozca el diagnóstico previamente como en aquellos en los que el conocimiento se dé de forma tardía, ya que se puede aplicar zidovudina durante el trabajo de parto o en la cesárea.

A su vez, se continúa con la prevención, según el protocolo ACTG 076, con la administración de jarabe de zidovudina al recién nacido durante 6 semanas y se

comienza con el proceso de diagnóstico para descartar o confirmar la infección por VIH en el recién nacido/niño.

Tal como fue mencionado anteriormente, se asesora a la mujer sobre la necesidad de interrumpir la lactancia ofreciendo apoyo emocional y sustituto de la leche materna.

Cuadro N° 1. Oportunidades de acción para la prevención de la TV del VIH



Fuente: elaboración propia a partir de bibliografía del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación y organismos internacionales

Todas estas etapas para la prevención son abordadas desde los servicios de atención de la salud, aunque debería profundizarse el acercamiento a la población a un campo más territorial para difundir los mensajes y, en el caso de las mujeres embarazadas, captar su atención de forma precoz para ampliar las posibilidades descriptas.

La notificación epidemiológica desde los equipos de salud y su procesamiento desde el nivel central resulta decisiva, ya que tendrá que ser utilizada para la acción y la toma de decisiones adaptadas a la necesidad que se detecte.

3.5 Recorrido histórico de las acciones de prevención de la transmisión vertical en Argentina

En nuestro país, podemos sintetizar el recorrido de la historia y las acciones de acuerdo con los conocimientos mundiales en prevención de la TV del VIH de la siguiente manera.

En el año 1994, el mundo y nuestro país tomaron conocimiento de los avances a través del Estudio ACTG 076, que identificaba con claridad la disminución de la transmisión de la TV con la aplicación de AZT durante el embarazo, el parto y al recién nacido: se lograron reducciones de un 30% a un 8%. Desde entonces, comenzó a aplicarse con seguridad.

En 1997, se elaboraron las Normas Nacionales de Sida en Perinatología, como un volumen de las recomendaciones confeccionadas por el Programa Nacional de Maternidad e Infancia. Ya entonces se incorporó al Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica y se recomendó al equipo de salud el ofrecimiento de la serología para VIH a toda mujer embarazada.

En 2001, el Programa Nacional de Retrovirus del Humano y Sida del Ministerio de Salud de la Nación –Unidad Ejecutora en VIH-Sida– confeccionó las Recomendaciones Nacionales Perinatológicas II y las sucesivas actualizaciones, de acuerdo con los avances en los conocimientos.

Se elaboraron también recomendaciones jurisdiccionales, todas ellas con contenidos muy similares.

En 2002, se sancionó la Ley 25543, que establecía la obligatoriedad del ofrecimiento de test diagnóstico de VIH a las embarazadas.

Asimismo, se incluyó la utilización de los test rápidos para el diagnóstico de infección por VIH antes del parto o durante el mismo. Desde entonces, el test rápido representa un avance tecnológico en la materia: se trata de una técnica de alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la infección por VIH que se realiza en forma inmediata –su resultado demora entre 20 y 30 minutos–, lo que lo vuelve particularmente útil en el momento del parto, o inclusive en el puerperio inmediato, para intentar reducir aun en ese momento la transmisión vertical según las recomendaciones descriptas.

Más adelante, los test rápidos adquirieron otras utilidades, aunque no es el tema de la presente tesis.

Se planteó la posibilidad del uso de triterapia (“cóctel”) durante el embarazo y la realización de cesárea con más de 1000 copias de CV cerca de la finalización del embarazo.

También se propuso la incorporación de otro antirretroviral, la nevirapina, en monodosis intraparto.

En 2004, sobre la base de nuevos avances científicos, se propuso con mayor énfasis el tratamiento ARV combinado durante el embarazo, y se eliminó el uso de nevirapina como monodroga, ya que se comprobó el incremento de resistencia viral.

Se recomendó triterapia al RN en caso de riesgo, con 1 dosis de nevirapina (NVP) + Lamivudina (3TC) por 1 semana + Zidovudina (AZT) por 6 semanas. Más adelante se modificaría a una duración de 4 semanas.

Se estandarizó la propuesta de cesárea con más de 1000 copias de CV al momento del parto.

Se garantizó la provisión de sustituto para leche materna hasta los 6 meses y drogas para la inhibición de la lactancia materna.

La implementación de los proyectos del Fondo Mundial 2006-2008, donde participaron 22 de las 24 jurisdicciones argentinas, representó un nuevo avance a nivel nacional.

En 2005, comenzaron las Actividades de Apoyo a la Prevención y el Control del VIH/sida en la Argentina financiadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Este fondo, creado en 2002 con el fin de aumentar drásticamente los recursos dedicados a controlar las tres pandemias, promueve la asociación entre el Gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas por las enfermedades. El Fondo Mundial no administra ni ejecuta programas sobre el terreno, sino que delega estas funciones en expertos locales. Trabaja con asociados para asegurarse que los fondos concedidos se destinen a los hombres, mujeres y niños afectados por estas enfermedades de la forma más eficaz (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2005). En un comienzo, en la Argentina, fue administrado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), organismo de las Naciones Unidas (ONU) que promueve el cambio y conecta a los países con los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a los pueblos a forjar una vida mejor. Está presente en 177 países y territorios, trabajando con los gobiernos y las personas para ayudarlas a

encontrar sus propias soluciones a los retos mundiales y nacionales del desarrollo (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005).

Más adelante, el mencionado Fondo pasó a ser administrado por Ubatec S.A., una sociedad anónima constituida por la Universidad de Buenos Aires, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Unión Industrial Argentina y la Confederación General de la Industria (Ubatec S.A. 2006).

El proyecto “Actividades de apoyo para la prevención y el control del VIH/sida en Argentina”, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, tuvo como fin promover acciones conjuntas con diversas organizaciones de la sociedad, instituciones de salud, Redes de Personas Viviendo con VIH/sida (PVVS), los ámbitos educativos y las agencias internacionales vinculadas con el tema, con el propósito de favorecer la prevención, el cuidado y los tratamientos, buscando mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/sida y la de los grupos sociales en situación de mayor vulnerabilidad. Los objetivos de Ubatec dentro del Proyecto País fueron:

- Gestionar y administrar los fondos transferidos por el Fondo Mundial
- Realizar el monitoreo y la evaluación de las actividades
- Asistir técnicamente al Mecanismo Coordinador de País

En nuestro país se desarrollaron programas casi exclusivamente dirigidos a la prevención de la infección por VIH-sida. Un breve proyecto de 3 meses de duración incluyó un diagnóstico situacional nacional-provincial en forma conjunta para la prevención de la TV de VIH, sífilis y Chagas, llevado a cabo en las provincias del nordeste y noroeste argentinos, con un equipo organizado desde el Programa Nacional de Sida.

Durante los años 2006 a 2008 se llevaron adelante proyectos de prevención de la transmisión vertical del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS) en casi todas las provincias del país.

Las líneas de trabajo para los proyectos llevados a cabo en esa etapa fueron las siguientes:

- Consejería y testeo. Se promocionaba y favorecía la realización del análisis para VIH y sífilis a la población general y en particular a las mujeres embarazadas y sus parejas, con el asesoramiento adecuado, respetando la voluntariedad, el consentimiento informado y la gratuidad.

- Vigilancia epidemiológica. Una vez instalada en el país la vigilancia epidemiológica de los casos de infección por VIH y la de mujeres embarazadas con VIH, se comenzó a fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Laboratorio (SIVILA), que permitió obtener información online de los datos de laboratorios incorporados a la red nacional. Para esto fue necesario capacitar a los equipos, dotar de equipamiento informático a los laboratorios y sistematizar la carga de datos en forma permanente. En 2008 se amplió a un número mayor de provincias.
- Estudio de casos de niños expuestos al VIH en forma vertical, con el fin de precisar las variables que operaron con mayor frecuencia en la transmisión del VIH. También esta línea se amplió a otras jurisdicciones, dado que se habían desarrollado sólo en dos provincias y los resultados daban cuenta de la importancia de estudiar en detalle los casos puntuales (Ubatec, Buenos Aires, 2009; Dirección de sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Como evaluación de los proyectos del Fondo Mundial que tuvieron lugar durante los años 2006 y 2007, en una reunión llevada a cabo en noviembre de 2007 entre los representantes provinciales, el Programa Nacional de Sida y el equipo de monitores de Ubatec S.A., se concluyó que esta experiencia dejó importantes fortalezas, así como se evidenciaron obstáculos. Dentro de las fortalezas se mencionaron la capacidad mejorada por parte de los equipos de salud para la formulación de proyectos; la capacidad instalada en cuanto a material, formación, recursos humanos, entre otros, que llevó a un fortalecimiento institucional en general. Otra fortaleza destacada fue la mejora en la articulación de instituciones estatales con Organizaciones de la Sociedad Civil; la renovación de la articulación con otros programas de salud, en especial el Programa Materno Infantil (PMI) y el programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR); el fortalecimiento de la articulación con las redes de laboratorios, de la consejería o asesoramiento en VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS); así como de la figura del promotor incorporado al equipo de salud; se observó una mejora de la vigilancia epidemiológica y una mayor capacidad para el monitoreo y la evaluación.

Los procesos continuaron su marcha y se trabajó activamente desde el Estado y en conjunto con la sociedad civil en la prevención de la transmisión vertical, se actualizaron periódicamente las recomendaciones y guías prácticas, tanto en cuanto al abordaje de la problemática como a los nuevos algoritmos de diagnóstico y novedades científicas en el tratamiento.

Esta actualización es metódica y se encuentra en permanente investigación y actualización.

Durante 2009 se procedió a la incorporación sistemática de la Vigilancia Epidemiológica (VE) de la TV a nivel nacional, lo que marcó un nuevo hito en la posibilidad de acercamiento más genuino a datos concretos para su procesamiento, al tiempo que generó mejores posibilidades y estrategias de abordaje de la prevención de la TV en el país.

Cabe destacar que, en el país, desde 2001 se desarrollaron ininterrumpidamente procesos de planificación estratégica como respuesta a la epidemia de VIH-sida; procesos tanto intersectoriales, locales, regionales como nacionales impulsados desde el Programa de Sida del Ministerio de Salud de la Nación, luego Dirección de Sida y ETS.

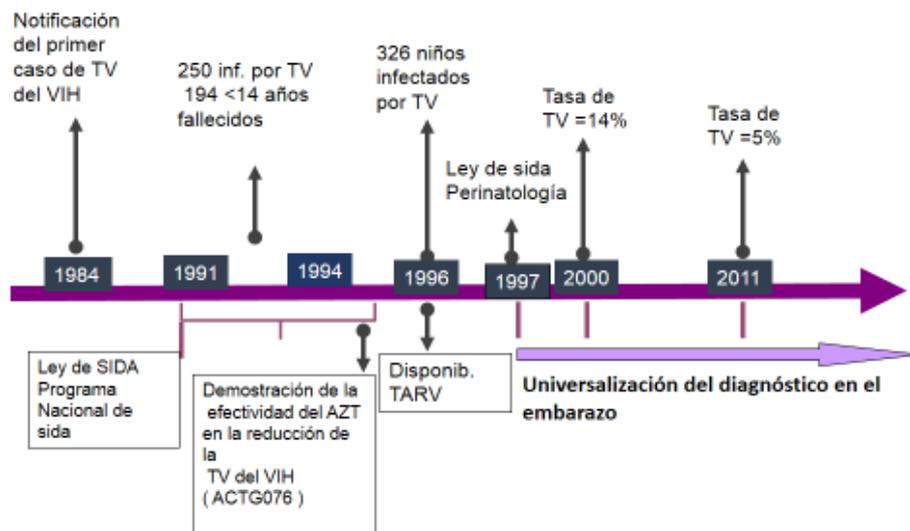
Los objetivos principales planteados en la planificación fueron:

- Mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, sida e ITS.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del VIH y las ITS.
- Fortalecer la gestión de los programas provinciales, regionales y/o locales y promover la investigación de casos.
- Implementar programas conjuntos de salud sexual y prevención del VIH para niños, adolescentes y jóvenes.
- Optimizar los programas de atención integral.
- Promover los Derechos Humanos (DDHH) en salud, en especial en poblaciones vulnerables.
- Promover y garantizar el análisis voluntario con consejería.
- Promover la investigación social, clínica, epidemiológica y económica.
- Garantizar el rol rector del Estado y promover la intersectorialidad.

La continuidad de este proceso favoreció también el desarrollo de estrategias para la prevención de la TV.

A modo de resumen, se presenta el Cuadro N° 2, donde se observan datos de los casos de TV del VIH en Argentina y las intervenciones realizadas.

Cuadro N° 2. Cronología de los casos de TV de VIH en la Argentina e intervenciones realizadas, 1984-2011



Fuente: Dirección de sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011

3.6 Situación del VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

La CABA es la capital de la República Argentina y, según el Censo Nacional de 2010, cuenta con una población estimada en 2.890.151 habitantes, de los cuales alrededor del 48% son hombres y mujeres en edad fértil (14 a 49 años). La población es mayoritariamente femenina, aunque en 2010 la relación varones-mujeres creció levemente respecto de 2001. La edad promedio de la población es de 39,5 años, mientras que la composición por grupo de edad muestra una población envejecida.

El 7,8% de los habitantes tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI) y una tasa de desocupación del 8,7% (Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA, Censo Nacional 2010).

Es preciso destacar que, aunque la ciudad presenta una situación socioeconómica menos desfavorable respecto de otras zonas geográficas del país, la distribución de los indicadores promedio no es homogénea; entre todas las áreas

metropolitanas, la zona sur resulta la más perjudicada.

El 21% de la población global de la CABA cuenta con el sistema público como única cobertura de salud, mientras que en zona sur este índice alcanza el 40%. El 0,5% de la población de 10 años y más es analfabeta. Para el país en su conjunto, el analfabetismo se redujo tanto en términos absolutos como relativos, hasta llegar al 1,9%.

El 4,6% de la población mayor de 25 años tiene escolaridad primaria incompleta, mientras que en zona sur alcanza a 9,5%.

La mortalidad infantil en la ciudad es del 8,3 cada 1000 nacidos vivos para 2009 y de 6,7 en 2010 (Estadísticas vitales. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda GCBA, 2012).

A pesar de esta situación desigual, las condiciones de vida de la CABA son más favorables que las de la provincia de Buenos Aires (área que rodea a la capital como distrito). En dicha zona viven 14.530.996 habitantes, con un índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) del 15,8% y una tasa de analfabetismo y desocupación del 1,6% y 15,2%, respectivamente (Dirección General de Estadística y Censos del GCBA, Censo Nacional 2010).

Estos dos escenarios interactúan en el sistema público de salud de la CABA debido a la migración de parte de la población que concurre a los hospitales de la ciudad.

La ciudad cuenta con 12 instituciones donde se practican partos: 11 de ellas funcionan en hospitales generales de agudos y existe una maternidad especializada que realiza el 30% de los partos. El 64% de los 30.000 partos anuales del sistema público de la ciudad tiene lugar en instituciones ubicadas en la zona sur: de ese total, el 1% corresponde a mujeres viviendo con el virus. Es importante destacar que, en nuestro país, casi el 100% de los partos son institucionalizados.

En la CABA, la Coordinación Sida ha sido un organismo pionero en el tema de TV y ha mejorado los aspectos epidemiológicos de recolección de datos, al implementar desde 2003 la vigilancia intensificada de los partos de mujeres con VIH producidos en la ciudad, al tiempo que ha trabajado en la prevención de la TV desde diferentes abordajes. Desde los primeros años, ha puesto a disposición los insumos necesarios para el tratamiento, como inhibidores de la lactancia materna y leche de

inicio, para disminuir los nuevos casos de infección en recién nacidos. De todos modos, la tasa continúa siendo elevada. En el año 2011, la Coordinación Sida publicó en el Boletín Epidemiológico una tasa de TV para el período 2003-2009 de 4,7%. (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2011).

En este distrito, alrededor de un 9% de los diagnósticos de infección en mujeres embarazadas se continúa haciendo durante el parto o el puerperio y la tasa acumulada de TV, tal como se mencionó anteriormente, es del 5,4% para el período 2003-2008 (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2009). La evolución de la epidemia, la situación de vulnerabilidad socioeconómica de las personas más afectadas y las cifras aún elevadas de transmisión madre-hijo determinan que la prevención de la TV del VIH ocupe un lugar relevante entre las estrategias implementadas. Una de las acciones para intervenir en la prevención de la transmisión perinatal fue la sistematización del proceso de vigilancia epidemiológica a través de la notificación de partos de mujeres infectadas con VIH ocurridos en hospitales públicos de la ciudad, donde se producen alrededor de 30.000 partos anuales. La prevalencia de VIH en partos en mujeres VIH reactivas fue descendiendo en el período, del 1,06% en 2003 a 0,76% en 2008 (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2009).

Aunque parece haber una tendencia descendente en los diagnósticos tardíos de VIH durante el trabajo de parto o el puerperio, es importante tener en cuenta que, debido al retraso en la notificación, los datos correspondientes a 2009 no están completos. Podemos decir aún que el diagnóstico tardío durante el trabajo de parto o puerperio continúa siendo el determinante más importante de la transmisión perinatal del VIH en el distrito (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010).

Los usos que se ha dado a la información generada a través de las fichas de notificación epidemiológicas implementadas en la CABA han tenido suma importancia y han aportado al conocimiento del tema.

Se puede concluir que se fortaleció el conocimiento de la epidemia en general a través de la incorporación de variables que colaboraron a tener un perfil más real de las nuevas infecciones conocidas y notificadas al área de vigilancia epidemiológica de la Coordinación Sida. Sobre todo, desde octubre de 2002, cuando comenzó a implementarse en la ciudad la notificación de pacientes infectados.

En cuanto a la notificación de partos en mujeres VIH reactivas, como mencionamos anteriormente, la misma se puso en marcha a partir de enero de 2003. Esto permitió conocer datos acerca de la infección materna, la accesibilidad al testeo y tratamiento de las mujeres embarazadas, y la profilaxis neonatal. Además, junto al seguimiento de los niños nacidos de madres VIH, se constituyó en una herramienta de evaluación de las estrategias implementadas en la ciudad para disminuir la TV. Durante ese mismo año, comenzaron a incorporarse datos del subsector privado con el fin de dar mayor precisión a la información sobre la ciudad en su conjunto, ya que una estrategia preventiva y asistencial eficaz es impracticable si no se conoce el perfil socioeconómico, conductual y biológico de la epidemia (Vila, M., Maulen, S., 2003).

Por otra parte, en la CABA se realizaron tres proyectos en años sucesivos, cuya metodología fue la siguiente: estudio de casos 2003-2006 de los niños expuestos al VIH e infectados por TV (año 2006); estudio comparativo de los niños que se infectaron y aquellos que no lo hicieron, con una muestra estratificada para los casos en que no existió la infección (año 2007); y un estudio cualitativo a través de entrevistas en profundidad cuyo objetivo fue producir información sobre el proceso de atención del embarazo, el parto y el seguimiento posterior de mujeres infectadas con VIH y de sus hijos expuestos, ya fuera que se hubiera producido la transmisión o no, a partir de sus trayectorias en los servicios de salud y de sus prácticas y saberes en relación con la enfermedad y la maternidad.

En 2008 se perfeccionó el uso del SIVILA (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Laboratorio) a través de la capacitación de los equipos de salud de los laboratorios de las maternidades de la ciudad y la incorporación activa al sistema.

El primer estudio de casos consistió en la búsqueda activa de la subnotificación de partos a partir de enero de 2003; la búsqueda activa de las PCR de los niños nacidos en el período 2003-2006 en los laboratorios de referencia y el estudio de niños expuestos e infectados, que fueron 41 en el período mencionado.

Como resultados de este primer estudio, se puso en evidencia que a través de la vigilancia activa se registró un aumento en el número de casos conocidos (de 29 a 41); el nivel de educación tendió a ser menor que el de la población con VIH

asintomática de la CABA; el 66% de las duplas madre-hijo no recibieron alguno de los tres componentes de ARV.

En el segundo estudio, realizado en el año 2007, se evaluaron los factores asociados a la TV en una muestra de la población de mujeres que no transmitieron el VIH a sus hijos en el período 2003-2006. El objetivo fue comparar los resultados con los datos obtenidos en el análisis de los casos de transmisión vertical durante el mismo período, que se extendió desde el 1º de enero de 2003 hasta el 30 de septiembre de 2006. El tamaño muestral se obtuvo a través de una selección probabilística estratificada con un diseño uniforme y fijo en una etapa. Se calculó un N=247 de historias clínicas (HC) de madres con VIH e hijos expuestos no infectados y se realizó la elección de HC sobre la base de datos de notificaciones de partos del sistema público de la CABA.

Al comparar los resultados, se observó que entre ambos estudios hubo una diferencia estadísticamente significativa en las variables que contemplaron el momento en que se realizó el diagnóstico (cuanto más tardío fue, mayor fue la proporción de TV), el tiempo de TARV recibido a lo largo del embarazo y la falta de acceso al sistema de salud (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA, 2008).

Las conclusiones de mayor importancia fueron las siguientes:

- La VE intensificada de partos en mujeres que viven con VIH permitió conocer el perfil de las mujeres y los primeros datos sobre TV.
- Las limitaciones de la vigilancia –tanto en embarazadas como en niños– condujo a realizar las investigaciones de niños expuestos con el fin de profundizar los determinantes de TV en la CABA.
- Se hizo evidente la importancia del diagnóstico temprano del embarazo, así como del testeo.
- Los resultados confirman la efectividad de las estrategias conocidas.
- El trabajo conjunto de los equipos hace que la suma de saberes y los ajustes en los circuitos vayan en el mismo sentido, orientado a seguir disminuyendo la tasa de transmisión vertical del VIH.
- La VE puede ser sostenida y aun mejorada a través del tiempo. Es imprescindible el contacto con los equipos y el acompañamiento continuo.
- La prevención de la TV es altamente sustentable con acciones realizadas por el Estado.

- Esas acciones deben ser articuladas desde los programas de salud con otros sectores, tanto del Gobierno como de la sociedad civil (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA, 2008).

La investigación cualitativa realizada por el equipo de TV de la CABA durante 2008 tuvo como propósito generar información sobre el proceso de atención del embarazo, el parto y el seguimiento posterior de mujeres infectadas con VIH y de sus hijos expuestos, ya sea que se hubiera producido la transmisión o no, a partir de sus trayectorias en los servicios de salud y de sus prácticas y saberes en relación con la enfermedad y la maternidad.

La información para la construcción de los datos provino de entrevistas en profundidad a 12 mujeres infectadas que tuvieron sus partos en hospitales públicos de la CABA entre los años 2003 y 2008. Las mujeres contactadas tuvieron un total de 17 partos en el período referido. De ellos, 5 niños resultaron infectados, 5 no se infectaron y 7 estaban en proceso de diagnóstico al momento del trabajo de campo.

11 de las 12 mujeres se infectaron por vía sexual, mientras que el otro caso fue por transmisión vertical. 10 fueron diagnosticadas en el marco de un embarazo, 9 a partir del año 2003. De estas 9, 2 recibieron el diagnóstico durante el puerperio (1 de ellas tenía un resultado negativo del mismo embarazo), 1 en el trabajo de parto y las restantes 6, durante los controles prenatales.

Salvo una joven de 17 años, el resto tenía entre 30 y 40 años. 4 vivían en la CABA y las otras 8, en la provincia de Buenos Aires. 4 nacieron en la CABA, 3 en el conurbano bonaerense, 1 en la provincia de Salta y 4 en otros países sudamericanos.

Todas las mujeres pertenecían a sectores populares, y a lo largo de las entrevistas pusieron de relieve diversas dificultades de orden socioeconómico: falta de dinero para acudir al hospital, problemas de vivienda, complicaciones para lograr una dieta variada (que incluya carne y verduras), etcétera. 6 tenían la primaria incompleta, 1 la primaria completa y 5 el secundario incompleto.

9 estaban sin trabajo y 5 dijeron que sus compañeros estaban desocupados y vivían de changas. Las 3 mujeres restantes tenían trabajo en negro de baja calificación y vivían solas con sus hijos. Con respecto a las restantes, 4 vivían con su pareja y sus hijos, 3 con sus parejas, hijos y algún familiar, 1 con sus dos hijos y su

padre y la restante con sus dos hijos más pequeños y la persona que les prestaba el lugar para vivir.

La situación de vivienda emergió como una cuestión problemática en muchas de las entrevistas: al menos 4 mujeres refirieron estar viviendo en espacios cedidos o prestados temporalmente y en casi todos los casos se mencionó la precariedad de los lugares donde habitaban.

Un rasgo significativo que emergió a medida que se avanzó en el trabajo de campo fue el relato de repetidas escenas de violencia física y maltrato. Al menos 5 mujeres manifestaron haber vivido con sus parejas situaciones de golpes, mientras que algunas de las restantes refirieron haber padecido insultos y maltrato verbal.

En suma, a partir de los relatos de las mujeres entrevistadas se ponen de manifiesto contextos de vulnerabilidad (social, económica, de género, etcétera) dentro de los cuales las mujeres despliegan diversas estrategias de protección frente a los procesos que las fragilizan. Es en este marco donde, sostenemos, deben comprenderse y analizarse no sólo su infección por VIH, sino también sus recorridos en los servicios de atención médica y sus itinerarios terapéuticos (Coordinación Sida, Ministerio de Salud de la CABA, GCBA, 2008).

Los datos recogidos en este estudio refuerzan la hipótesis de que existen factores que exceden lo biológico en la TV, entre otras múltiples situaciones en la vida de las personas.

En otro estudio, realizado por la doctora Adriana Durán en una Beca Carrillo-Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, que lleva como título “Análisis de las estrategias utilizadas para prevenir la transmisión vertical del VIH en una cohorte de neonatos nacidos en hospitales de la zona sur de la CABA y cuyas madres infectadas no recibieron profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo”, la autora incorpora una muestra de neonatos expuestos al VIH en forma perinatal, nacidos en seis hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires en el período 2003- inicios de 2008 y comparte algunas conclusiones interesantes respecto del tema en cuestión.

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la importancia de los factores que confluyen para definir una situación de particular vulnerabilidad en la población estudiada. Entre estos factores destaca el bajo nivel de instrucción materna, el control inadecuado del embarazo en el 73% de los casos, el diagnóstico

de VIH tardío, el alto porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la interrupción del seguimiento posparto y la implementación de estrategias de judicialización de los menores y sus madres.

La inclusión prospectiva de diecinueve nuevos casos ocurridos durante el período del estudio permitió confirmar la asociación entre el control inadecuado del embarazo y el diagnóstico tardío de la infección por VIH.

El análisis retrospectivo del grupo de madres que no recibieron profilaxis durante el período 2003-2008 llevó a dos conclusiones importantes. La primera fue el alto índice de pérdida de seguimiento de los niños expuestos, lo cual es particularmente alarmante en esta población vulnerable. Este hallazgo motivó el desarrollo de una segunda etapa de investigación, no prevista en el diseño original del estudio y que permitió recuperar casi el 50% de los datos. La segunda conclusión fue el descubrimiento de pocas diferencias significativas en cuanto al índice de transmisión vertical entre los distintos esquemas de antirretrovirales recibidos por los neonatos (Durán, A., 2008).

Entre enero de 2003 y diciembre de 2009, se notificaron 1.891 partos en mujeres con VIH, que tuvieron lugar en hospitales del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Si bien la distribución anual de partos en hospitales del sistema público se ha mantenido constante durante el período, la cantidad de partos de mujeres con VIH ha bajado progresivamente (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010).

La TV del VIH se incluyó dentro de las prioridades reconocidas por el programa de VIH del Ministerio de Salud de la CABA. Por este motivo, en 2002 el área de epidemiología elaboró una ficha de notificación específica para el seguimiento de los partos en mujeres con VIH, con diferentes variables a estudiar de la madre y los datos iniciales del niño al nacer.

En 2003 se implementó esta notificación y se comenzaron a estudiar con mayor profundidad los factores que operaban en este proceso.

La tabla que sigue a continuación muestra la evolución de las tasas a través de los años estudiados, el número de partos que fueron notificados al nivel central que se produjeron en mujeres con VIH en hospitales públicos de la CABA, el número de niños con resultados de los análisis utilizados para conocer el estado de infección, el número de niños con resultados positivos y la tasa de TV.

Tabla N°1. Tasas de transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires por 100, 2003-2009

Años	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Partos en mujeres con VIH	311	306	269	258	241	251	255	1.891
Niños con resultados de laboratorio disponibles	217	207	206	191	162	179	180	1.342
Niños con resultado positivo (infectados por TV)	15	12	12	6	9	7	3	64
Tasa de TV	6,9%	5,0%	5,8%	3,1%	5,5%	3,9%	1,6%	4,7%

Fuente: Coordinación Sida, GCBA, Boletín Epidemiológico, 2011

Se observa que el número de partos de mujeres con VIH en la ciudad ha tendido a disminuir a lo largo de los años, para permanecer en alrededor de 250 partos anuales entre 2006 y 2009.

En la segunda fila se observa la cantidad de niños que cuentan con los datos de laboratorio para confirmar su estado en relación con la infección por VIH, que se muestran relativamente estables a lo largo del período contemplado. Contamos entre el 67,2% y el 76,5% de los niños con resultados conocidos, con un promedio de 70,9% para el período. La diferencia existente entre el número de partos producidos en el sistema público de la ciudad y el número de niños con resultados confirmados, tanto positivos como negativos –que van mejorando con el paso de los años con la obtención de más datos– pone de manifiesto un primer problema: arribar al diagnóstico en los niños nacidos de mujeres con VIH.

A mi entender, en relación con este aspecto, se plantean dos fuertes posibilidades:

Una, relacionada con el déficit en la captación de los resultados de los análisis realizados a los niños en seguimiento. Es posible que no contemos con todas las bases de datos que contienen esta información, aunque conocemos que la gran mayoría de los análisis son realizados en el Centro Nacional de Referencia para el Sida (CNRS), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, o en el laboratorio de Virología del Hospital Muñiz. Sin embargo, existe la eventualidad de que algunos niños, sobre todo aquellos residentes en el conurbano bonaerense, recurran a algunos hospitales que efectúan los test diagnósticos específicos en localidades del propio conurbano, o en el laboratorio de referencia de la ciudad de La Plata. Es esperable que esta situación mejore con el tiempo al fortalecer la articulación de los circuitos y con el desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico.

Otra razón posible es que exista una pérdida real de seguimiento de muchos niños por no contar con la accesibilidad suficiente a las consultas reiteradas que exige el proceso, la resistencia razonable a la realización de nuevos análisis al niño, y probablemente la presencia de otras prioridades en la vida de estas mujeres, niños y familias que inciden en la postergación de la consulta.

Desde este escenario, planteo entonces el problema de la persistencia de la elevada tasa de TV en la CABA como tema a tratar en el presente proyecto de tesis. Sostengo que es necesario profundizar el conocimiento de factores estudiados como algunos menos investigados hasta el momento en la CABA, vinculados a las condiciones de vida de las personas, analizando todos los casos conocidos de TV entre 2003 y 2009, con el fin de identificar la frecuencia de las variables relacionadas.

4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Contribuir al conocimiento de algunas variables que influyen en la persistencia de las tasas aún elevadas de transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Aportar a la comprensión de los componentes que pueden estar operando en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, con el fin de individualizar elementos que permitan disminuir la transmisión por esta vía.

4.1 Pregunta de la investigación

¿Qué variables están relacionadas con la elevada tasa de transmisión vertical del VIH en la CABA?

4.2 Planteo de la hipótesis

Las condiciones biológicas, ya ampliamente documentadas, influyen en la TV del VIH. Se encuentran profundizadas por factores vinculados a la desigualdad social, que condicionan el acceso al sistema de salud y limitan la efectividad de las estrategias, independientemente de la disponibilidad de los recursos.

4.3 Objetivos generales y específicos

OBJETIVO GENERAL

- Identificar y describir variables que estuvieron relacionadas con la TV del VIH en niños infectados nacidos en el sistema público de salud de la CABA en el período 2003-2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características epidemiológicas de la población de mujeres embarazadas con VIH que transmitieron el virus a sus hijos en el período 2003-2009 en la CABA.
- Describir las características epidemiológicas de los niños infectados por el VIH por TV en el período 2003-2009 en la CABA.
- Explorar los circuitos de atención sanitaria de las mujeres embarazadas con VIH cuyos hijos se infectaron por TV.

4.4 Justificación de la relevancia del proyecto

4.4.1 Justificación académica

La epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana se ha instalado en el mundo desde su conocimiento e investigación desde el año 1981 a partir de los primeros casos descritos en algunas ciudades estadounidenses de una enfermedad hasta el momento desconocida y de causa incierta, aunque casi de inmediato se sospechó que se trataba de una etiología infecciosa que unía a los casos presentados. Efectivamente, en pocos años fue posible identificar el virus de la

inmunodeficiencia humana. Mucho más tarde se pudo determinar que muy probablemente desde 1956 la epidemia ya asolaba al continente africano y que afectaba principalmente a las mujeres (Hooper, E., 1999).

A partir de allí comenzaron las acciones y las investigaciones cada vez más exhaustivas, que permitieron el avance del conocimiento del agente etiológico, su diagnóstico, la detección de sus vías de transmisión, el desarrollo de técnicas de laboratorio que lograron reducir el período de ventana (aquellas semanas donde se encuentra el virus en sangre pero no puede ser identificado con métodos que miden anticuerpos elaborados por el organismo humano en ese período), medir la carga viral, o sea, la cantidad de virus circulante en sangre y el recuento de CD4, una clase de linfocito que a su vez es un tipo de glóbulo blanco implicado en las defensas del ser humano relacionadas con la inmunidad celular. El VIH tiene particular afección por los CD4, donde se replica y los destruye. Del mismo modo, se perfeccionaron las técnicas de laboratorio para el diagnóstico de la infección en niños expuestos a madres con VIH.

Por otra parte, fue muy importante el desarrollo de los medicamentos para tratar la infección, que se fueron perfeccionando y ofreciendo enormes mejoras en la calidad de vida de las personas con VIH.

Se planificaron amplias estrategias de prevención tanto en los aspectos de la transmisión sexual como en aquellos relacionados con la transmisión sanguínea y resultados destacados en la prevención de la transmisión madre-hijo.

De todos modos, en 2009 –cuando comenzó la presente investigación– se produjeron estimativamente 2.6 millones de nuevas infecciones por VIH, entre los que figuraba un número estimado de 370.000 niños con VIH, y se produjeron 1.8 millones de muertes por sida en el mundo.

Diversos países y regiones no se ajustan a la tendencia global de estabilización de la epidemia. En siete países, la incidencia del VIH aumentó en más del 25% entre 2001 y 2009. En Europa occidental, central y oriental, Asia central y América del Norte, las tasas de nuevas infecciones anuales por el VIH se han mantenido estables durante al menos los últimos cinco años. Sin embargo, en varios países de ingresos altos, existen cada vez más datos que demuestran un resurgimiento del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En Europa oriental y Asia central, aún se registran altas tasas de

transmisión del VIH en las redes de personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales.

4.4.2 Justificación social

La infección por el VIH causa un gran impacto en el mundo, tanto en las personas a nivel individual como en las familias, los amigos y el ámbito de trabajo, a la vez que tiene una importante repercusión económica.

El impacto emocional es trascendental, fundamentalmente en determinados momentos, como la instancia de comunicación de la situación de infección. Las reacciones son múltiples, aunque, según las personas, pueden tener un efecto devastador, ya que ese período suele tener una fuerte impronta de angustia y desolación.

Otra etapa compleja es el inicio de la terapia antirretroviral sobre la base de resultados de laboratorio, como el recuento de CD4 y la carga viral, mientras la persona se encuentra asintomática. O sea, una persona que hasta el momento no debía comenzar el tratamiento y no presentaba ningún síntoma, necesita comenzar a hacerlo para poder limitar la acción del virus. Habitualmente las pastillas le recuerdan a diario su infección y el mantenimiento de la medicación debe ser de por vida, luego de haber atravesado diferentes investigaciones y experiencias en el mundo entero.

También representan etapas complicadas el abandono de la medicación, el deterioro inmunológico y la consiguiente presencia de enfermedades graves que, incluso hoy, pueden significar el final de la vida de las personas. Muertes tempranas y evitables.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana constituye un problema de salud pública mundial con repercusiones financieras que impactan en forma directa en la economía del individuo, de la familia y del Estado. Para conocer su efecto real en el ámbito económico, es necesario determinar los costos que implica el tratamiento y cuidado de los pacientes y la utilización de los servicios de salud. Las variables económico-sociales, temporales, geográficas y de la gestión de los hospitales determinan la posibilidad y el nivel de acceso a los servicios de salud, afectando con distinta intensidad a los sujetos y configurando un mosaico complejo de la epidemia y de su traducción en el costo de la atención (Basombrío A. y col., 2005).

El grado de accesibilidad socioeconómica depende en términos generales de la posibilidad de pago de los sujetos. Esto afecta los cuidados y la atención e impacta en el acceso al diagnóstico, la continuidad de los controles, adherencia al tratamiento y, finalmente, se refleja en la mortalidad o la calidad de vida de los afectados.

Las dificultades de las personas en situación de pobreza, entre las cuales encontramos a una mayoría de las personas infectadas por el VIH, son muy importantes.

La mayoría de las personas infectadas se ven obligadas a movilizarse lejos del lugar donde viven para llegar a un hospital y es común que tengan que esperar bastante tiempo para poder ser atendidas. Incluso la cobertura puede variar entre los diferentes establecimientos.

El tema de los costos juega también un papel importante en los problemas vinculados a la equidad, ya que los condicionantes de las diversas prácticas de los servicios de salud influyen sobre las conductas profesionales individuales, las decisiones terapéuticas y, finalmente, sobre las personas infectadas o enfermas, impactando en los perfiles epidemiológicos de los grupos afectados.

No todos los pacientes llegan a los estándares de seguimiento adecuados, probablemente por las dificultades en el acceso a los estudios requeridos, relacionadas con las condiciones de pobreza y con los trámites administrativos para llevarlos a cabo.

Todos estos procedimientos y barreras burocráticas incrementan el gasto de bolsillo de los pacientes para sostener y continuar los tratamientos, y generan un círculo vicioso que incrementa el proceso de deterioro y favorecen la resistencia del virus y el pasaje a estadios más avanzados de la enfermedad (Basombrío y col., 2005).

Los procesos de precarización laboral y empobrecimiento ocurridos en las áreas de la ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires son cofactores que intervienen en el desarrollo de la epidemia y operan diferenciando el acceso a los recursos asistenciales.

Los procesos sociales, unidos a los de carácter biológico, desempeñan un papel determinante en la infección por VIH, mucho más en aquellos grupos más vulnerables.

Asimismo, las variables de riesgo sociales y psicosociales, como las actitudes de estigmatización y discriminación aún vigentes, influyen en la adopción de conductas saludables por los individuos o grupos de población (Larrúa Rodríguez, L., 2006).

4.4.3 Justificación personal

La contemporaneidad con la epidemia del VIH-sida ha marcado fuertemente mi quehacer profesional. Mientras me dedicaba a cursar mi residencia como especialista en enfermedades infecciosas de adultos en el Hospital Francisco Muñiz de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, nos llegaban las noticias de los primeros reportes de los Estados Unidos sobre una numerosa cantidad de casos de una enfermedad mortal en jóvenes varones homosexuales, que presentaban infecciones graves o un tipo de cáncer, todas entidades nosológicas conocidas previamente, pero que no se observaban con frecuencia, salvo en personas con algún grado de inmunosupresión.

Todavía no sabíamos a lo que nos enfrentábamos y, en lo personal, después de optar por la infectología como especialidad médica por razones muy claras, en poco tiempo descubrí que la historia había cambiado. Mi elección se había relacionado con la gran posibilidad de curación de las enfermedades infecciosas en general y con la escasa mortalidad que las mismas presentaban, salvo situaciones especiales y puntuales. Existía un corto período de vínculo con la persona a la que debía brindar mi atención, precisamente porque no requería un seguimiento prolongado.

En un breve lapso, nos transformamos en médicos de cabecera de muchos pacientes que al comienzo morían rápidamente y casi sin poder hacer nada, en un escenario donde había desconocimiento y, muchas veces, temor. Debimos enfrentar situaciones impensadas y capacitarnos en la atención de otros problemas de salud, como sucedió en un primer momento con la adicción al consumo de sustancias. En definitiva, nos faltaban herramientas para abordar la nueva epidemia.

Con todo, fuimos aprendiendo muchas cosas, conociendo más a las personas, vinculándonos con otros equipos, creciendo.

Fueron grandes los obstáculos, como la ansiedad por ver “morir mal a la gente” durante mis primeros años de atención en la sala de internación del Hospital Muñiz. Y, por el contrario, otras vivencias se volvieron gratificantes más adelante,

como la aparición de los “mágicos” tratamientos antirretrovirales que salvaron y salvan la vida de tanta gente. Comprendí la importancia de la interdisciplina, de escuchar a cada uno y de acompañar a las personas afectadas no sólo como médica, sino como persona comprometida en la búsqueda de una respuesta más efectiva a la epidemia para aliviar a la persona individual y para crecer como sociedad en esa respuesta. Ya eran obvias las condiciones de vulnerabilidad de los más afectados y la discriminación brutal a la que eran sometidos.

Lamentablemente, este efecto está tan vigente hoy como en aquellos primeros años y continúa regulando la permanencia de la infección por VIH.

Ocupé distintos lugares de trabajo, tanto en la asistencia como en la prevención, que me permitieron presenciar situaciones muy duras y también grandes éxitos, como los fuertes vínculos que se generaron entre las personas afectadas y los equipos y dentro de los propios grupos de atención.

Durante varios años, entre otras cosas, me dediqué en especial a la prevención de la transmisión vertical del VIH, y en ese contexto pude presenciar el descenso marcado de esta vía de transmisión con mucha sorpresa y alivio. Si bien se generaron respuestas positivas, con el correr de los años, percibí que el descenso no era el esperado y, junto a otros miembros del equipo de trabajo, fuimos indagando acerca de cuáles eran las variables que continuaban operando para no lograr la disminución esperada según los avances científicos.

Es aquí donde me permito incluir la hipótesis de que hay otros factores, denominados comúnmente “no biológicos”, que intervienen en la persistencia de la epidemia del VIH-sida, de la TV en particular y manifiesto la necesidad de continuar investigando y profundizando estas variables con el fin de encontrar mejores, variadas, eficaces e integrales maneras de prevención.

“La enfermedad infecciosa prende bien en la pobreza”, decían los antiguos libros, y nosotros mismos lo constatábamos en el hospital. El VIH no escapa a esta vieja frase. Aunque algo la diferencia de todas las demás –por más que a veces la homologue en temor a la tuberculosis y en desprecio al Chagas–: la indiferencia de la sociedad frente al tema hasta que no se encuentra con alguien cercano con esta afección (y ni aun así a veces consigue sobreponerse). No parecemos preparados como seres humanos y como sociedad todavía para dar una respuesta efectiva.

ONUSIDA, en su Informe mundial sobre la epidemia del sida (2010), refuerza este concepto:

El crecimiento de las inversiones en la respuesta al sida se estancó por primera vez en 2009. La demanda sobrepasa la oferta. El estigma, la discriminación y las leyes opresivas siguen poniendo obstáculos a aquellos que viven con el VIH y a los marginados. (ONUSIDA, 2010, prólogo, pág. 5)

5. METODOLOGÍA

5.1 *Diseño general del estudio*

El presente trabajo consistió en un estudio descriptivo de diseño individuado, observacional y transversal.

En referencia a las características del estudio epidemiológico, se tomó un posicionamiento pasivo en relación con el objeto de la investigación, lo cual implicó la observación, de la forma más metódica y exacta posible, de los procesos de producción de la población de duplas a estudiar, con el mínimo de interferencia en los objetos concretos estudiados (Almeida Filho, 2008).

Se consideraron aspectos relacionados con la población observada, o sea, las mujeres y los niños de quienes se obtuvo información. Este diseño se dirigió principalmente al estudio de la frecuencia y distribución de las variables relacionadas con el objeto de estudio, con el claro recorte de los diseños epidemiológicos de carácter descriptivo. De hecho, los estudios transversales como el presente tienen como fin medir una o más características en un momento dado, ya se trate de variables de resultado como de exposición, profundizando en la exploración sobre la hipótesis de investigación (Hernández, D, Velasco Mondragón, H, 2000).

Se realizaron comparaciones dentro de los casos en estudio teniendo en cuenta las diferentes variables. Para dar un ejemplo, se compararon los diferentes niveles de instrucción alcanzados por este grupo de madres que transmitieron el VIH a sus hijos en el sistema de salud público de la CABA. No obstante, es importante destacar, que, por las características del presente proyecto, no se pudieron utilizar medidas de asociación como el riesgo relativo, el odds ratio o la razón de prevalencias.

Dado que se ha trabajado con números pequeños, tanto para el numerador como para el denominador, y la infección perinatal por VIH es un evento de baja

frecuencia, fue necesario ser especialmente cuidadosos con el análisis y la interpretación de los datos obtenidos.

Como indicadores se utilizaron proporciones, un tipo de razón en la cual los elementos del numerador están incluidos en el denominador, como estimación de la probabilidad de un evento. La única tasa que se ha utilizado es la de transmisión vertical de la presente investigación (4,84%).

Los resultados se presentan teniendo en cuenta la variabilidad de los indicadores: se han utilizado en algunos casos números absolutos, agrupados por período (2003-2009), en un lugar determinado, la CABA, y se intentó obtener algunos indicadores referidos al análisis individual de los casos posibles.

Las dos variables de la madre relacionados con episodios de discriminación, estigma o violencia padecidos que, podría decirse, son de índole más subjetiva o están ligadas a circunstancias emocionales y afectivas, han sido evaluadas para intentar recabar información acerca de estos componentes que están frecuentemente relacionados con la transmisión del VIH, tal como fue planteado en la fundamentación de la presente investigación.

Basándome en estas consideraciones es que planteo como hipótesis que las variables mencionadas pueden operar también en el contexto de la TV del VIH a través de procesos que llevan a las personas al ocultamiento por temor a sufrir estas arbitrariedades que se oponen a sus derechos. En este caso, podría conducir a la imposibilidad de hacer conocer el estado de infección a la propia pareja o a la propia familia, lo cual implicaría, por ejemplo, continuar con la lactancia o no dar el ARV al niño y/o a ella misma.

El trabajo de campo comprendió las siguientes etapas:

a) Identificación en la base de datos de la Coordinación Sida del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de los niños infectados por TV en el período 2003-2009. Se tomó como definición de “caso” a los niños infectados nacidos de mujeres con VIH en el período 2003-2009 en la CABA. Para la definición de caso se consideró la presencia de dos estudios virológicos (PCR) positivos en los primeros 4 meses de vida o un diagnóstico serológico (ELISA) positivo luego de los 18 meses (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA, 2007; CDC, 1993; MMWR, 1994).

b) Recolección de la información de las historias clínicas y sociales disponibles.

c) Revisión de los circuitos de atención de las mujeres embarazadas asistidas en las maternidades mencionadas. Estos circuitos han sido repasados y analizados a través de los datos obtenidos de historias clínicas de los servicios de obstetricia, neonatología y pediatría, así como de las historias de los servicios sociales hospitalarios del GCBA.

5.2 Definición de la población del estudio

La unidad de análisis es la dupla conformada por los niños infectados por TV que nacieron en las maternidades públicas de la CABA entre 2003 y 2009, residentes o no en esta ciudad, y sus madres, registradas en la base de datos de la Coordinación Sida o recabadas de las historias médicas y/o sociales de la presente investigación. O sea, las diferentes variables definidas se analizaron en cada componente de la dupla, dentro de un contexto, buscando las características más relevantes para la determinación de los complejos atributos de las duplas estudiadas (Samaja, J., 1993; Ynoub, R., 2009).

Cabe reiterar que durante el período del presente estudio, la sistematicidad de diagnóstico para considerar a un/a niño/a expuesto/a como infectado/a o no se basa en la búsqueda de resultados de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), a través de la cual se pesquisan partículas virales. Esta técnica se realiza a las 48 horas de nacido/a el/la niño/a, a los 2 y a los 4 meses. Este método nos indica si hay presencia del virus en el recién nacido o en sus primeros meses de vida, lo que implicaría un caso de transmisión vertical. Si las PCR fueran no reactivas o negativas, el diagnóstico final se completa con la búsqueda de anticuerpos elaborados por el propio organismo a los 18 meses de vida del/de la niño/a, ya que en ese lapso los anticuerpos maternos se han perdido. De registrarse un enzimoimmunonsayo (ELISA) u otra prueba similar reactiva luego de los 18 meses, implica infección en el/la niño/a. De lo contrario, la infección por VIH por TV se descarta (MMWR, 1994, Coordinación Sida, 2004).

5.3 Fuentes de datos

1. Base de la Coordinación Sida de la CABA para la vigilancia epidemiológica de partos producidos en mujeres con VIH
2. Base de datos de niños expuestos del mencionado organismo.
3. Revisión de historias clínicas de los hospitales donde fueron atendidas las mujeres embarazadas y sus hijos.
4. Revisión de las historias sociales de los hospitales donde fueron atendidas las mujeres embarazadas y sus hijos

El dato se buscó tanto en las historias médicas como en las historias sociales. Para cada caso de cada dupla estudiada, algunas variables se encontraban consignadas en unas fuentes y no en otras. Si existía en ambas, el criterio de selección fue elegir la fuente que mayor aporte hizo en cuanto a la descripción del dato.

5.4 Matriz de datos: unidad de análisis, variables e indicadores

Unidad de análisis: dupla conformada por los niños infectados por TV que nacieron en las maternidades públicas de la CABA entre 2003 y 2009 y sus madres, residentes o no en esta ciudad.

Las variables de las mujeres consideradas en la recolección de información y en el análisis fueron definidas como:

Variables sociodemográficas: edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nivel de instrucción alcanzado, ocupación, cobertura social, estado civil, grupo familiar y/o conviviente, número de niños en edad escolar que viven con la mujer, número de niños en edad escolar que viven con la mujer y que concurren a la escuela, número de personas adultas que viven con la mujer y que aportan a los ingresos económicos del hogar, tipo de vivienda, tenencia de la vivienda, disponibilidad de servicios sanitarios, disponibilidad de agua, sistema de excretas, habitaciones de la vivienda.

Variables relacionadas con el diagnóstico: momento del diagnóstico de seropositividad para el VIH, motivo por el cual no tuvo diagnóstico de VIH previo al parto, uso del test rápido en el momento del parto, testeo de la pareja durante el

embarazo, antecedentes de pareja con VIH, situación de la pareja actual, estadio clínico de la infección al momento del diagnóstico.

Variable que determina la vía de adquisición del virus.

Variables relacionadas con factores afectivo-emocionales: episodios de discriminación o estigma padecidos, episodios de violencia padecidos.

Variables relacionadas con los antecedentes obstétricos: número de gestaciones, número de partos, control del embarazo actual, número de controles del embarazo actual, ruptura prematura de membranas (RPM) y tiempo de la RPM si existiera, en el embarazo actual, fecha de parto y tipo de parto.

Variables de algunos antecedentes relacionados con los hijos: número de hijos con diagnóstico de VIH, número de hijos fallecidos.

Variables relacionadas con el monitoreo diagnóstico: cargas virales realizadas durante el embarazo, carga viral y valor de la misma realizada en el tercer trimestre, número de recuentos de CD4 realizados durante el embarazo actual y sus resultados.

Variables relacionadas con la profilaxis/tratamiento: tratamiento antirretroviral previo al embarazo, tratamiento antirretroviral prenatal y duración del mismo, tratamiento antirretroviral durante el parto.

Variable determinada por la institución donde se realizó el parto.

Las definiciones teóricas y operativas de las variables, así como sus valores y las fuentes de recolección se describen en el Apéndice B.1.

Los indicadores seleccionados se describen en el Apéndice B.2

En cuanto a las variables del recién nacido/niño, se consideraron: la edad en que se realizó el diagnóstico, la edad gestacional, el peso al nacer, la lactancia materna, el tiempo de duración de la lactancia, la profilaxis recibida y su duración, el diagnóstico a través de PCR y/o ELISA con la fecha de realización, el lugar de seguimiento del niño/a.

Las definiciones teóricas y operativas de las variables, así como sus valores y las fuentes de recolección se describen en el Apéndice B.3

Los indicadores seleccionados se pueden observar en el Apéndice B.4.

En las historias sociales se consignó un espacio para "Observaciones".

5.5 Análisis de los datos

Para este estudio descriptivo de diseño individuado, observacional y transversal, se realizó un análisis univariado y de distribución de frecuencias que se presentarán en figuras, tablas y cuadros. Para el análisis de los datos, se elaboró una base con las variables mencionadas en el sistema operativo de Windows, Excel 2003. Luego se realizó al procesamiento de los datos, el cruce de variables, el desarrollo de resultados y el análisis de los mismos. A partir de allí, se procedió a la presentación de los resultados, se establecieron comparaciones, se construyeron indicadores y se procedió posteriormente a la discusión y a la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

5.6 Aspectos éticos y regulatorios

En la presente investigación, se han utilizado registros codificados de la base de datos de la Coordinación Sida del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y de los instrumentos de recolección de datos, todos ellos codificados según Ley Nacional 23798/91.

La base mencionada se encuentra inscripta en la Defensoría del Pueblo de la Nación, de acuerdo con la legislación vigente en cuanto a la confidencialidad exigida para las bases de datos. Nota N° 139/CPCP-CP/10 de la Defensoría del Pueblo de la Nación, a través de la cual remiten copia de disposición y certificado al Centro de Protección de Datos Personales.

6. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del trabajo de campo de la investigación, en donde se encontró 1 (una) dupla más.

Tabla N° 2. Porcentaje de datos obtenidos sobre las características epidemiológicas de las mujeres que tuvieron su parto en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y transmitieron el virus de la inmunodeficiencia humana a sus hijos, 2003-2009. N=65

Variables	% obtenido
Sociodemográficas	
Edad	100
Lugar de nacimiento	Despreciable (D*)
Lugar de residencia	100
Nivel de instrucción	86,1
Estado civil	D
Ocupación	65,1
Obra social	93,8
Grupo familiar	27,6
Nº de niños en edad de concurrir a la escuela	D
Nº de niños en edad que van a la escuela	D
Aportantes al hogar	D
Tipo de vivienda	D
Tenencia de vivienda	D
Servicios sanitarios	D
Agua	D
Sistema de excretas	D
Habitaciones de la vivienda	D
Relacionadas con el diagnóstico	
Momento de diagnóstico de VIH	89,2
Motivo sin diagnóstico previo al embarazo	40
Test rápido	53,8
Testeo de la pareja	49,2
Estadio clínico	84,6
Parejas sexuales	50,7
Pareja actual	43
Vía de adquisición del VIH	80
Relacionadas con factores afectivo-emocionales	
Discriminación/estigma	D
Violencia	D
Relacionadas con los factores obstétricos	

Nº de gestaciones	66,1
Control del embarazo actual	76,9
Nº de controles	D
Ruptura prematura de membranas (RPM)	56,9
Tiempo de RPM	D
Fecha de parto	100
Tipo de parto	87,6
Algunos antecedentes relacionados con los hijos	
<hr/>	
Nº de hijos con VIH	100
Nº de hijos fallecidos	D
Relacionadas con el monitoreo diagnóstico	
<hr/>	
Cargas virales (CV) realizadas durante embarazo	100
Nº de CV durante el embarazo	D
CV 3 ^{er} trimestre	23
Valor de CV en el 3 ^{er} trimestre	D
Recuento de CD4 durante embarazo	35,3
Valores de los CD4	23
Profilaxis/tratamiento	
Antirretrovirales (ARV) previos	90,7
ARV prenatales	92,4
ARV durante el parto	90,7
Institución donde se realizó el parto	100
<hr/>	
Observaciones cualitativas	83

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos durante la presente investigación

D¹: Despreciable, considerado no analizable por número bajo.

En el texto, se encontrarán comentarios de algunos detalles que fueron poco registrados, pero que pueden resultar de interés para acompañar la discusión.

Los análisis se realizaron sobre el total de los registros hallados, que pueden observarse en la tabla N° 5, donde se consignan los porcentajes obtenidos sobre las variables propuestas al inicio de la investigación. En algunos casos se llegó al 100% de la obtención de resultados, aunque en otras variables la cifra fue menor. Algunas fueron despreciables, por lo que no fueron analizadas.

Sin embargo, por considerarlos de relevancia, en aquellos casos donde la recuperación de datos fue mediana o baja pero mencionable por el tipo de variable y

¹ D: Se considera despreciable o no analizable cuando la recuperación de datos fue menor al 20%

su significado, se han realizado comentarios y reflexiones durante la discusión, haciendo las salvedades del caso.

Tabla N° 3. Porcentaje de datos obtenidos sobre las características de los niños. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009

Variables	% obtenido
Datos del niño	
Edad gestacional	61,5
Peso al nacer	66,1
Lactancia	83
Tiempo de lactancia	D*
Profilaxis recibida	
Neonatal	87,8
Duración de la profilaxis neonatal	47,6
Diagnóstico	
Fecha de la 1ª PCR**	78,4
Resultado de la primera PCR	66,1
Fecha de la 2ª PCR	95,3
Fecha de la 3ª PCR	50,7
ELISA	D
Institución donde se produjo el parto	89,2

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos durante la presente investigación

² **PCR

Como puede observarse, los datos de los recién nacidos están mucho más completos que los de sus madres. Sin embargo, las variables no llegaron a los valores esperados. Como ejemplo, aunque juega un rol de importancia en la TV del VIH, fue despreciable la consignación del tiempo de duración de la lactancia materna, en el caso de que la misma se hubiera producido. Asimismo, casi no se hallan resultados de los test de ELISA en los niños.

² PCR: reacción en cadena de la polimerasa

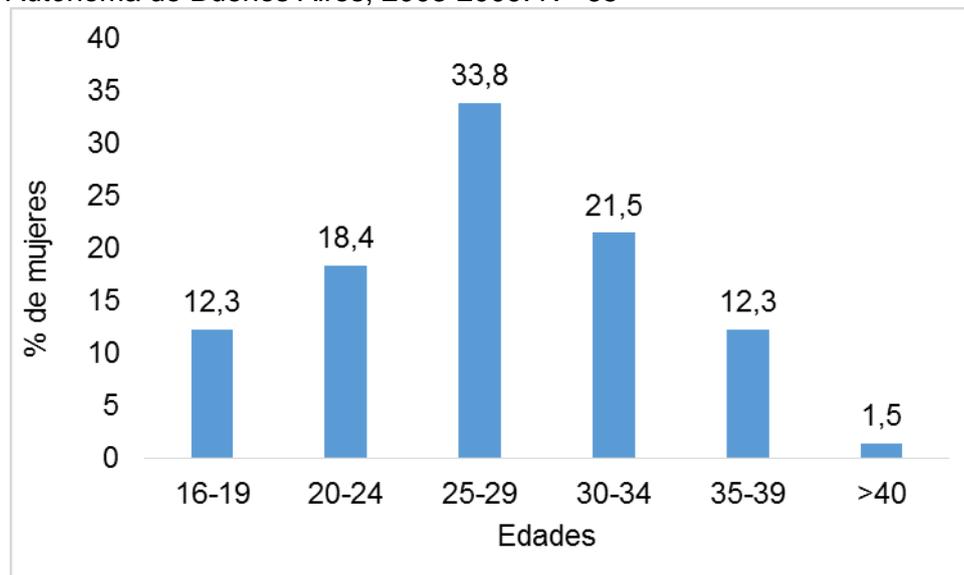
6.1 Variables de las mujeres con VIH cuyos hijos resultaron infectados. TV del VIH en CABA, 2003-2009. N=65

Tabla N° 4. Edad (en años) de las mujeres cuyos niños resultaron infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009

Promedio	27,3
Rango	24 (16-40)
Mediana	27
Rango intercuartílico	6,5
Desvío standard	28,9

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Figura N° 8. Distribución porcentual de las madres de los niños infectados por transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana según edad al momento del parto. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N= 65



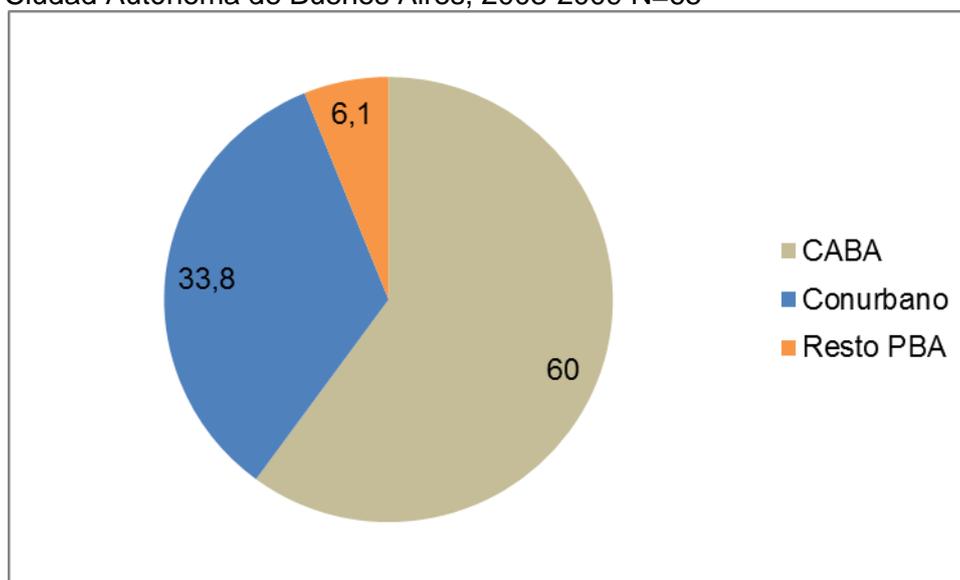
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Más de la mitad de las mujeres se encuentra en la franja etaria de 20 a 29 años, con un porcentaje mayor en la franja de 25 a 29. Algo más del 30% tiene entre 30 y 39 años, el 12,3% son adolescentes y sólo 1 mujer tiene 40 años.

El 12,3% (8 mujeres) en la presente investigación son mujeres menores de 20 años.

46 mujeres (70,7%) tenían entre 20 y 34 años. 11 mujeres (16,9%) eran mayores de 34 años.

Figura Nº 9. Distribución porcentual de las madres de los niños infectados por transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana según lugar de residencia, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009 N=65



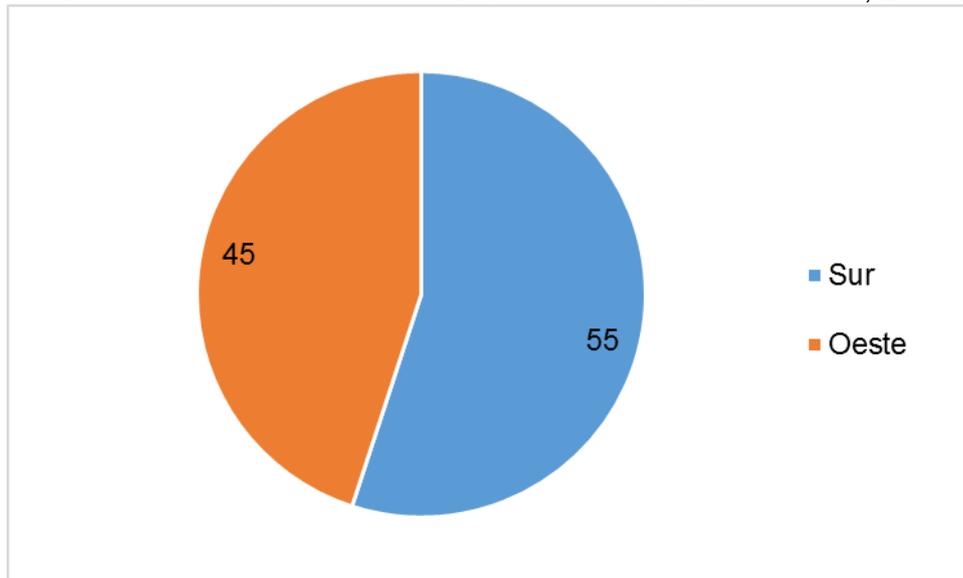
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Más de la mitad (60%) de las mujeres vivían en la CABA, aunque no pudo identificarse el barrio de residencia. Este último dato casi no se encuentra consignado ni en las notificaciones que llegan a la Coordinación Sida ni en las historias clínicas que se revisaron. Después de conversar ampliamente el tema en el área de epidemiología de la Coordinación, se concluyó que esta variable había sido colocada con el fin de realizar la georreferencia, en conjunto con la Dirección de Epidemiología de la Ciudad. Dentro de los problemas enumerados a lo largo de los años se encuentra la dificultad a la hora de definir el barrio específico donde viven las personas, en general por desconocimiento de cada barrio en particular, que por otra parte pueden ser varios y confundirse. Tampoco ha sido considerado un dato relevante en el momento de la atención fundamentalmente médica, y tampoco se

logró avanzar hasta el año en que se cerró la presente investigación en el sistema de georreferenciamiento.

Más del 90% vivían en el área metropolitana: sólo 4 mujeres (6,1%) residían en la provincia de Buenos Aires, fuera del conurbano.

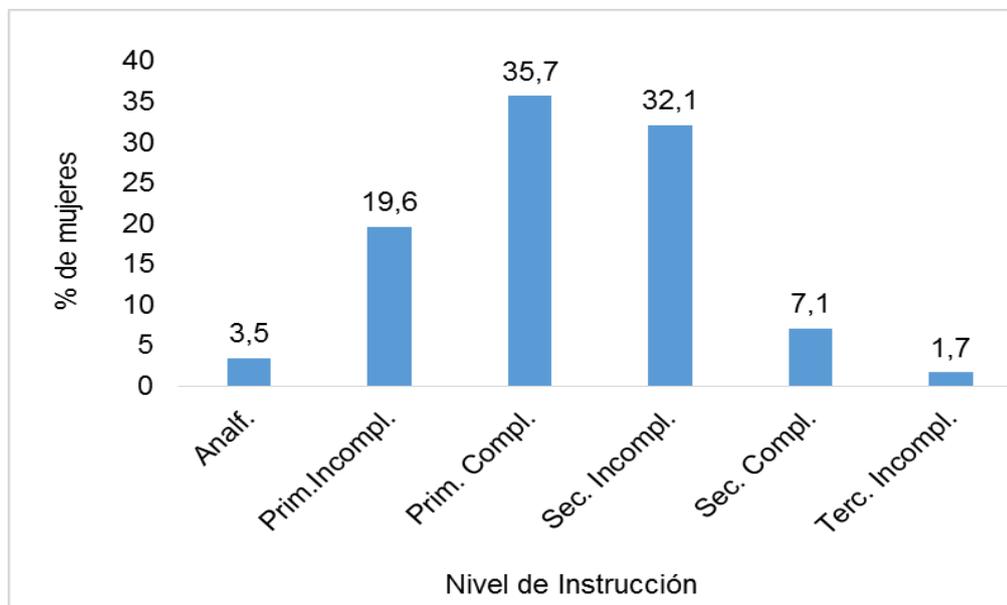
Figura N° 10. Porcentaje de mujeres según lugar de residencia por regiones del conurbano bonaerense en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=22



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

El dato obtenido es menor, aunque de lo que pudo estudiarse, las mujeres se trasladaron desde las zonas sur y oeste del conurbano bonaerense, primer y segundo cordón, a la CABA para tener el parto en las maternidades públicas.

Figura Nº 11. Características de las mujeres según nivel de instrucción en porcentaje. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=56



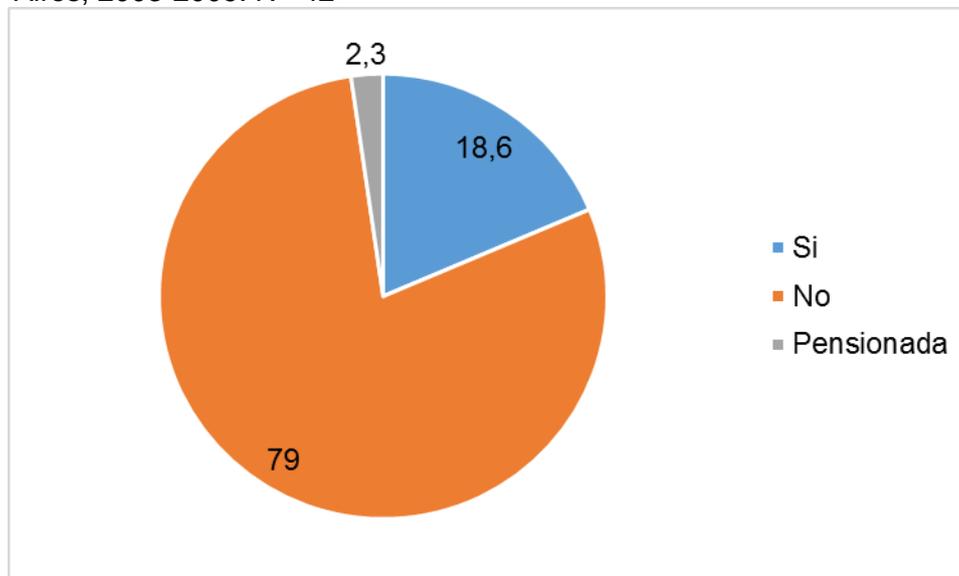
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

El grado de instrucción, junto al nivel de ocupación y la pertenencia a una obra social, pueden utilizarse como indicadores aproximados del nivel socioeconómico. El 58,8% de estas mujeres no han ingresado a la escuela secundaria (estudios primarios completos o menores), el 32,1% no ha completado el ciclo secundario, y el 8,8% tiene el secundario completo o más.

El porcentaje de analfabetismo y de primaria incompleta asciende al 23,1%. También, como veremos en la Discusión, aumenta al doble la cantidad de mujeres con primaria completa o menos, así como con secundaria incompleta, mientras es muchísimo menor el porcentaje de mujeres con secundaria completa.

Esto refuerza la variable del nivel de instrucción como uno de los indicadores de incremento del riesgo de TV, pero posiblemente hable también de condiciones de vida previas que condujeron a la situación del bajo nivel educativo.

Figura N° 12. Ocupación de las mujeres estudiadas en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N= 42



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

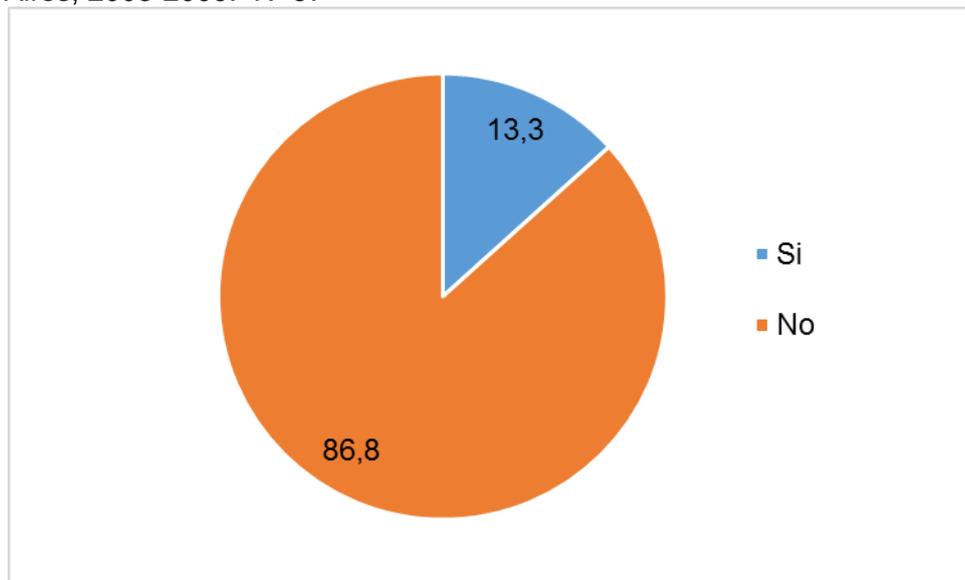
El 79% de las mujeres se encontraban desocupadas, sin tener claro cuál es la definición del término para todos los integrantes de los equipos de salud. En este punto, se debe aclarar que muchas de estas mujeres son amas de casa, o están precisamente en sus casas porque acaban de tener un hijo. Esto es considerado como “no ocupación” para quienes consignan y/o recolectan la información. Es posible pensar que algunas de estas mujeres tengan un trabajo informal, además de ser amas de casa.

De los datos obtenidos de las historias clínicas y sociales, se consignó que 3 mujeres eran empleadas domésticas, 2 contaban con Planes de Jefas de Hogar³, 2

³ Plan de Jefes y Jefas de Hogar: programa de derecho familiar de inclusión social que surgió como respuesta ante el dramático escenario de emergencia social que planteó la crisis económica de 2001 en Argentina. Las personas recibían un beneficio al cumplir condiciones como ser jefes/as de hogar en situación de desempleo y otros requisitos específicos. A su vez, brindaban contraprestaciones en servicios, como actividades comunitarias o de capacitación, finalización del ciclo formal educativo, entre otros.

eran trabajadoras sexuales, 2 estaban empleadas en comercios, 2 eran cartoneras (conocidas también como recicladoras urbanas) y una artesana.

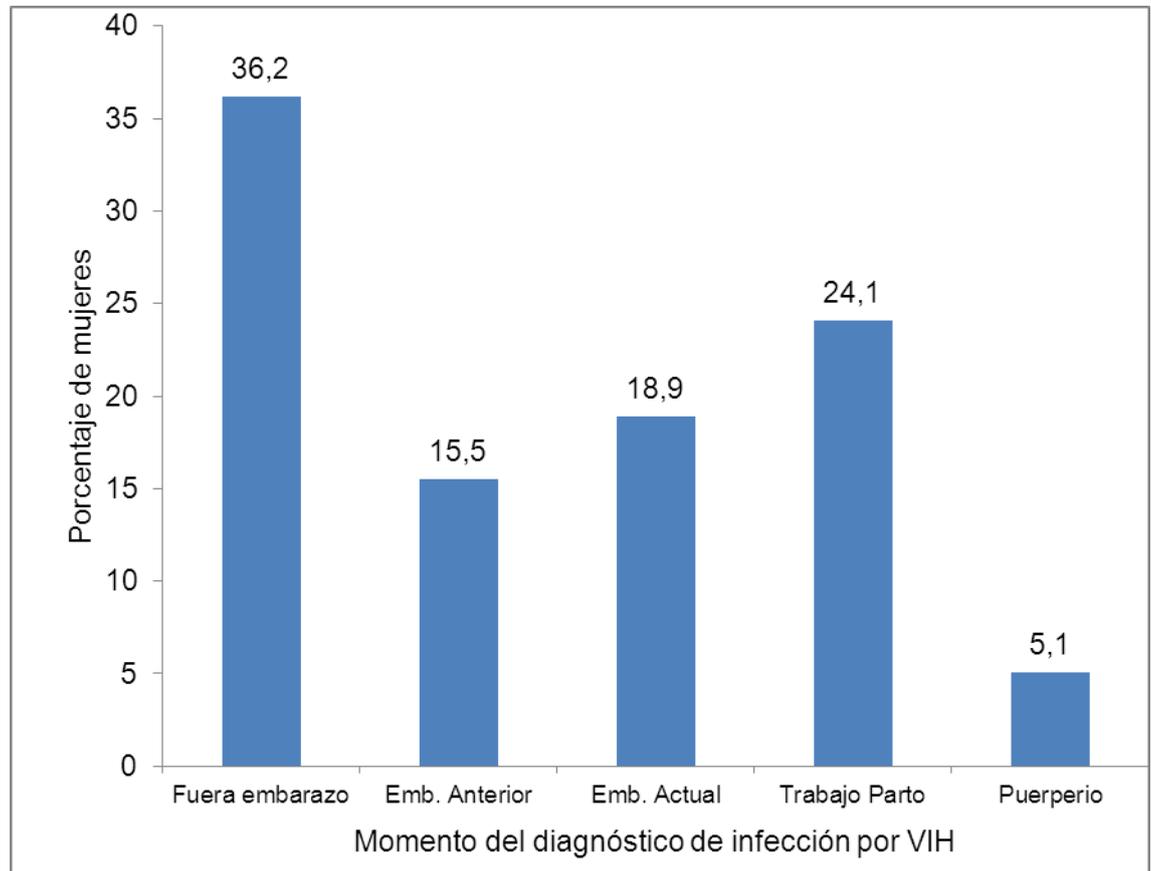
Figura N° 13. Obra social de las mujeres estudiadas en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=57



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Una gran mayoría de las mujeres tiene cobertura de salud a través del Estado, ya que el 87% carece de obra social.

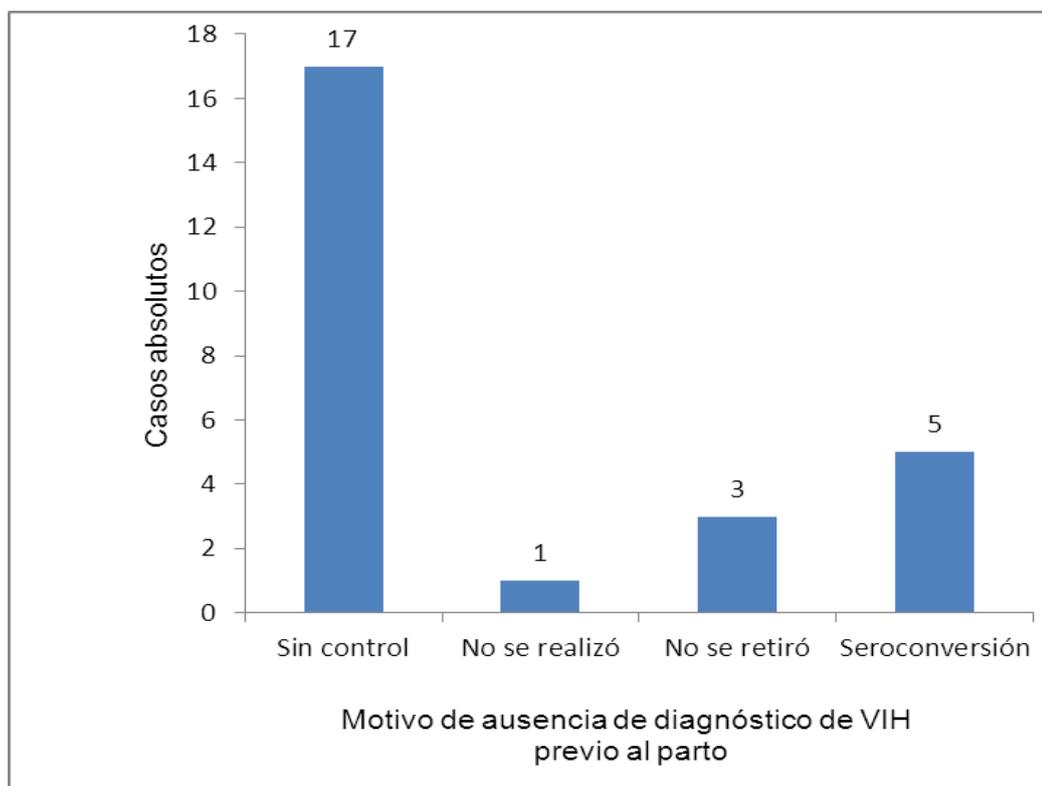
Figura N° 14. Momento del diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en relación al embarazo actual. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=58



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Aunque el 51,7% de los casos fueron diagnosticados fuera de un embarazo o durante un embarazo anterior, el 18,9% lo hizo durante el embarazo actual y el 29,2%, en el trabajo de parto o puerperio. Recordemos que la totalidad de las mujeres en esta investigación transmitieron el VIH a sus hijos.

Figura Nº 15. Motivos por los cuales no se realizó el diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana previo al parto, en números absolutos. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=26



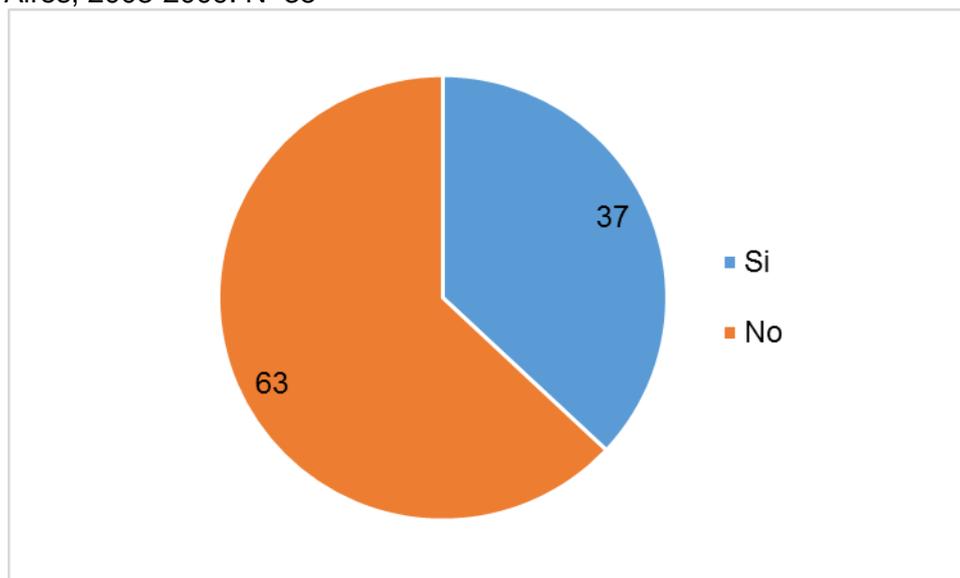
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Sobre los datos conocidos (40,0%), 17 mujeres no tuvieron control durante el embarazo, una mujer no realizó el test, 3 no retiraron el resultado y se diagnosticaron 5 seroconversiones.

Es relevante este último punto –las seroconversiones registradas–, ya que el momento de mayor replicación viral ocurre precisamente durante la primoinfección. Esto implica que en estos casos la carga viral es máxima. Se ha mencionado anteriormente que este factor, de todos los comentados en el marco teórico, es el más íntimamente ligado a la transmisión vertical. Estas mujeres se han infectado por el VIH durante el embarazo actual. Por este motivo, el hecho de haber hallado en la presente investigación 5 conversiones en 22 de las mujeres, en las que ese dato se obtuvo cuando no se hizo el diagnóstico previo al parto, significa que el 22,7% de las mujeres presentaron seroconversión durante el embarazo en estudio. Si en realidad,

hipotéticamente, tomamos la muestra total, el porcentaje de seroconversiones encontradas es de 7,6. De todos modos, es un número muy importante que se discutirá más adelante y servirá de reflexión para las conclusiones generales.

Figura Nº 16. Utilización del test rápido de diagnóstico, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=35



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

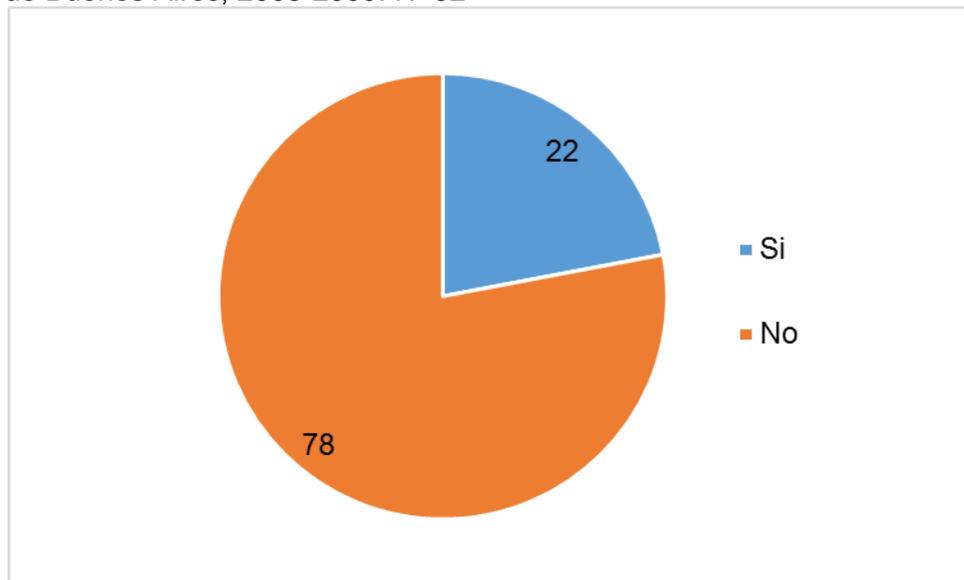
Se cuentan con datos de 35 mujeres (53,8% del total). De las 22 que no realizaron test rápido, 19 (86,3%) habían controlado su embarazo. De las 13 que sí hicieron test rápido, 4 tenían diagnóstico previo (30,7%), mientras que 7 (31,8%) no habían controlado su embarazo.

El razonamiento indicaría que las 19 mujeres que habían controlado su embarazo, y a quienes no se les realizó test rápido, no necesitaban TARV. Según los datos encontrados, de las 22 mujeres sin test rápido, 19 tenían control del embarazo, 2 recibían ARV previos al embarazo, 14 no tenían control y un caso resultaba desconocido.

Otros datos a tener en cuenta, ya que se describen como favorecedores o no de la TV del VIH, son que 15 mujeres (68,1%) recibieron ARV prenatales, 2 no y en el resto se desconoce. 14 (63,6%) de estas mujeres recibieron ARV en el parto, 1 no los recibió y en un caso se desconoce si lo hizo o no. Tampoco están descriptos los motivos. 12 (54,4%) tenían CD4 realizados durante el embarazo actual. 3 mujeres

(25%) tenían <200 CD4/mm³, o sea, cursaban una infección avanzada. 5 (41,6%) tenían entre 200 y 499/mm³; 4 (33,3%) tenían >500 CD4/mm³. Las mujeres con <200 CD4 se encontraban en tratamiento.

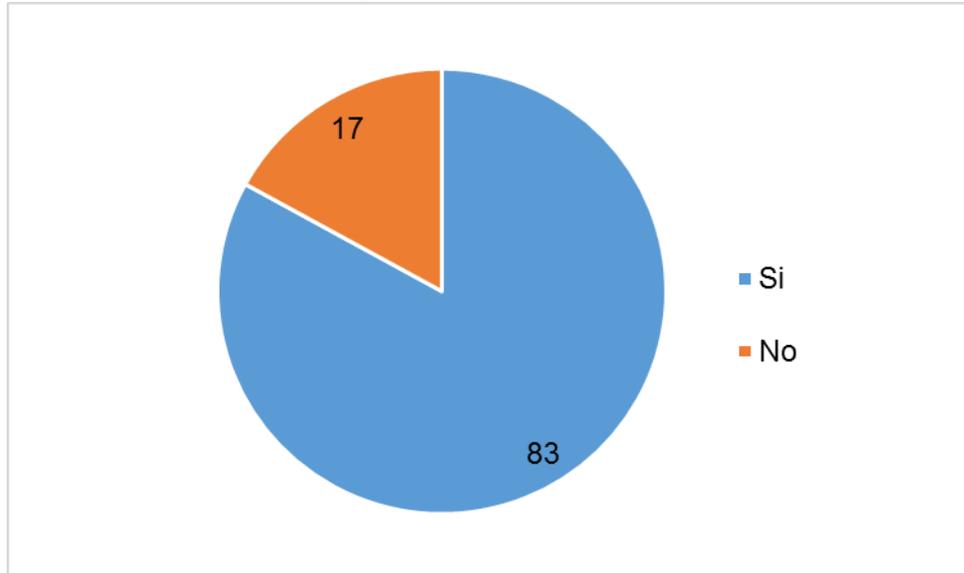
Figura N° 17 Testeo de la pareja al momento del embarazo actual, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=32



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Sólo se conocen en este estudio el 49,2% de los datos. O sea, se registraron datos de 32 parejas de las 65 mujeres. De estas parejas, el 78% no se había testeado para el VIH.

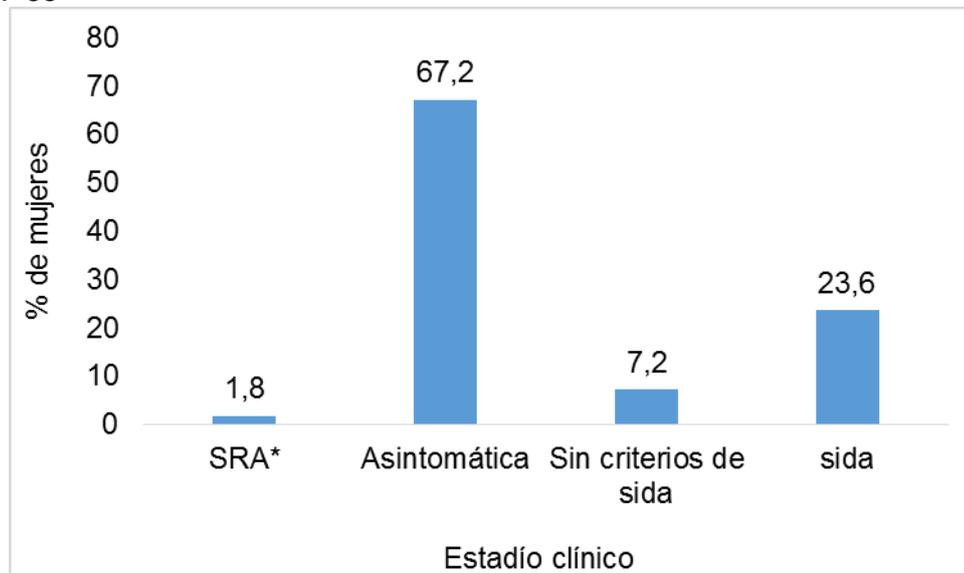
Figura Nº 18. Parejas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=33



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Se incluyen parejas actuales o pasadas. De las 33 mujeres de las cuales contamos con el dato, el 85% tenían o habían tenido una pareja con VIH.

Figura Nº 19 Estadio clínico al momento del diagnóstico. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=55



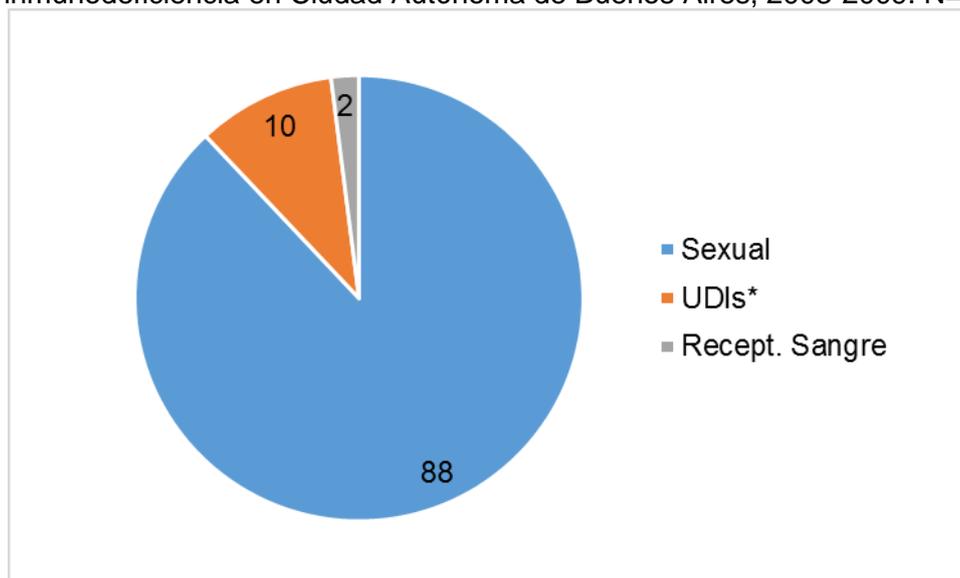
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

*SRA: síndrome retroviral agudo

Casi el 70% de las mujeres se encontraban asintomáticas. El 23,6% presentaban enfermedades marcadoras de sida. El 7,2% de los casos se encontraban sintomáticas pero sin criterios de sida y un solo caso (1,8%) manifestó haber tenido un síndrome retroviral agudo.

Entonces, la mayoría de las 55 mujeres en las que se conoce el dato –es decir, 37 mujeres– se encontraban sin ningún tipo de síntoma, 13 tenían enfermedades oportunistas que marcaban la progresión de la infección a una etapa avanzada (sida), 4 mujeres se encontraban dentro de la clasificación vigente internacionalmente como sintomáticas pero sin criterios de sida y 1 presentó síntomas compatibles con una primoinfección, cuadro conocido como síndrome retroviral agudo.

Figura N° 20. Vía de adquisición del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=65



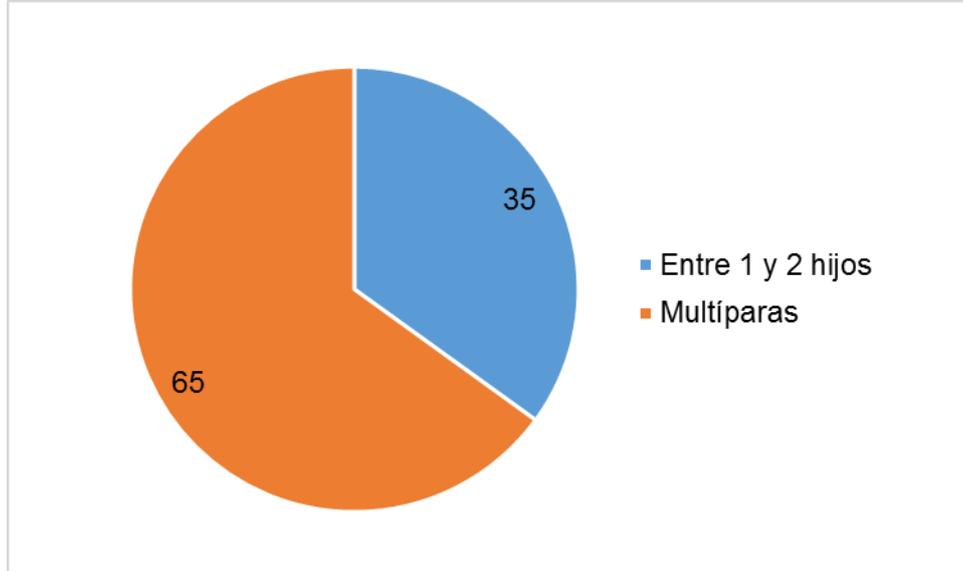
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

⁴UDIs

El 88% de las mujeres adquirieron su infección por vía sexual sin protección, el 10% eran usuarias de drogas inyectables y 1 sola mujer fue notificada como receptora de sangre infectada cuya hija nació en 2003.

⁴ UDIs: usuarias de drogas inyectables

Figura Nº 21. Número de gestaciones en las mujeres del estudio, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=43

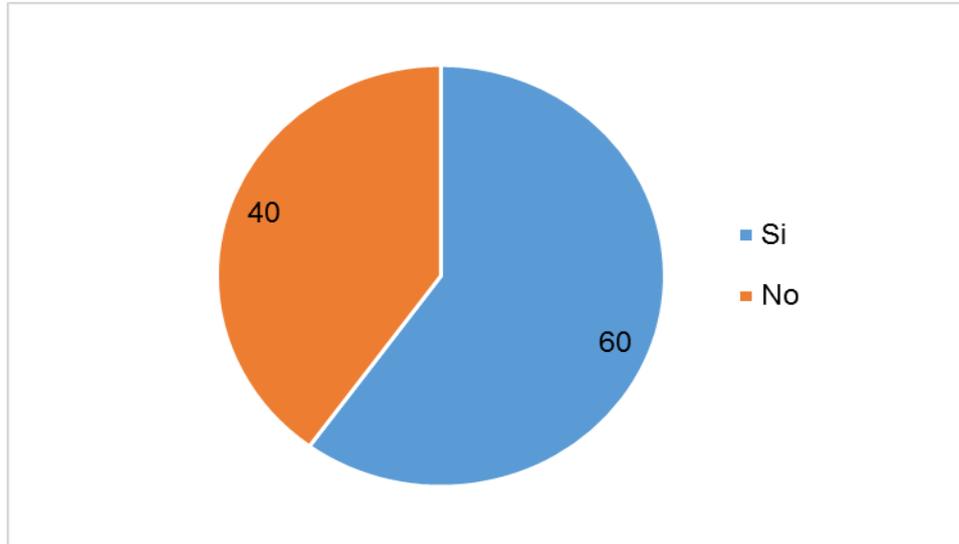


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

La multiparidad ha sido referida como un factor de riesgo para la transmisión vertical del VIH. Se define como multiparidad al hecho de haber tenido 3 gestaciones o más. Se reconoce como gran multipáras a la mujer que tuvo 5 gestaciones o más. La multipáras incluye a la gran multipáras.

De 43 mujeres con datos conocidos (66,1% del total estudiado), 15 (34,8%) tuvieron entre 1 y 2 hijos. 28 (65,1%) fueron multipáras (3 gestaciones y más) y de estas, 11 (39,2%) eran grandes multipáras.

Figura Nº 22. Control del embarazo en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=50

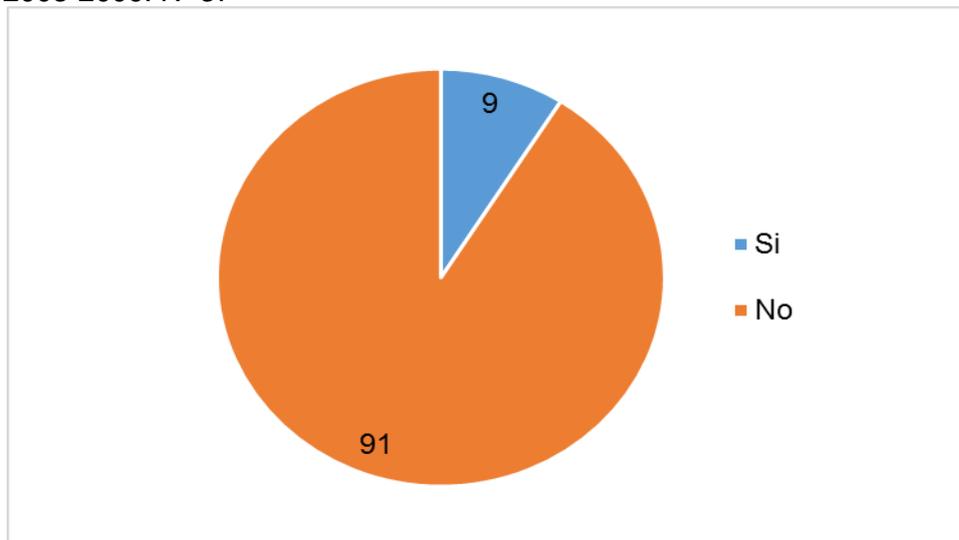


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Sobre el 76,9% de los casos donde el dato es conocido, el 40% de las mujeres no tuvieron controles prenatales. El 60% lo tuvieron, pero no se pudo obtener conocimiento acerca de la cantidad de controles que realizaron.

Para el Ministerio de Salud de la Nación, el número adecuado de controles durante el embarazo debe ser de 5 (DEIS, 2010).

Figura Nº 23. Ruptura prematura de membranas en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=37

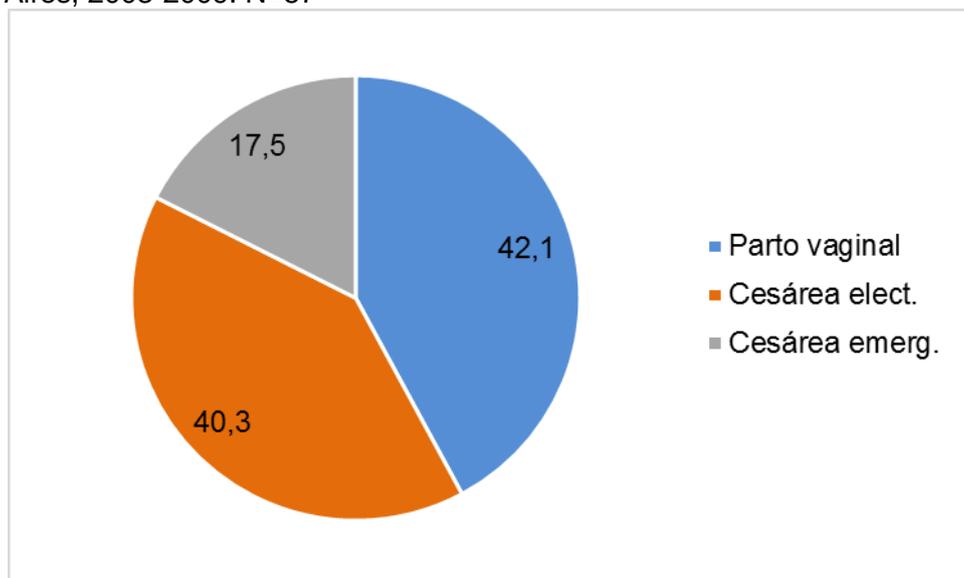


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Sobre el 56,9% de los casos donde se conoce este dato, la mayoría no presentó ruptura prematura de membranas (RPM). Como mencionamos anteriormente, las alteraciones de la integridad de las membranas ovulares facilitan el contacto del feto con la sangre y las secreciones cérvico-vaginales, con un riesgo fundamentalmente incrementado cuando existen más de 4 horas de ruptura de las membranas.

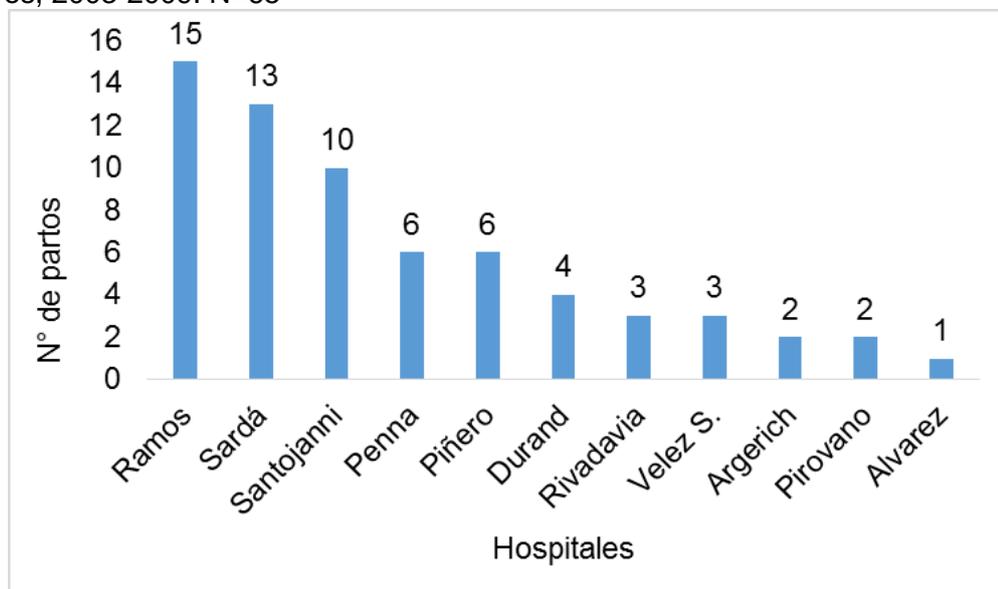
Los datos sobre el tipo de parto se conocieron en el 87,6% de los casos estudiados.

Figura N° 24. Modo de finalización del embarazo en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=57



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Figura N° 25. Institución donde ocurrió el parto en números absolutos. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=65



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

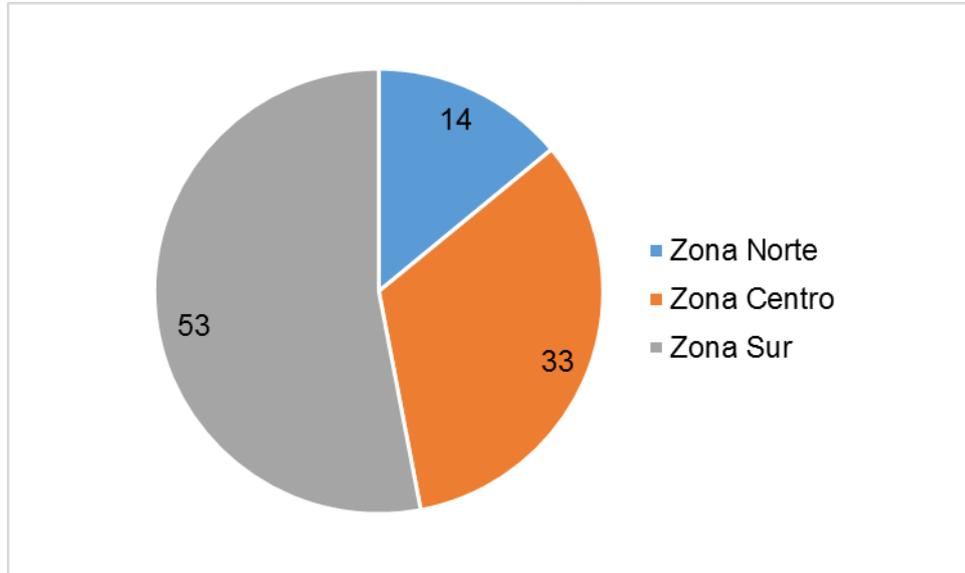
Consideramos dentro de la Zona Norte de CABA a los hospitales Fernández, Pirovano y Rivadavia. La Zona Centro incluye a los hospitales Álvarez, Durand, Ramos Mejía y Vélez Sarsfield. En tanto, en la Zona Sur están los hospitales Argerich, Penna, Piñero, Santojanni y Sardá.

El 56,9% de las mujeres tuvieron sus partos en hospitales de la Zona Sur de la CABA. El 35,3%, en la Zona Centro, representada en su mayoría por el Hospital Ramos Mejía y sólo el 7,6 % de los niños nació en hospitales de la Región Norte de la ciudad. Dentro de las explicaciones por las cuales hay una mayoría de partos en el Hospital Ramos Mejía, podemos mencionar su ubicación, que cuenta con múltiples vías de acceso a través del transporte público, tanto dentro de la propia ciudad como para personas que se trasladan desde el conurbano bonaerense. Otra variable podría ser la trayectoria de la atención de los equipos, la experiencia en la prevención de la TV del VIH, que llega con el tiempo a la difusión por el "boca a boca" y colabora con el volumen de atención de una práctica. A veces, como sucedía en otros años con el Hospital Durand, esto mismo motiva el incremento de posibilidades de concentrar más casos de TV, teniendo en cuenta además las condiciones de vulnerabilidad de las personas que consultan.

La Maternidad Sardá ha sido referente indiscutible en la atención de partos públicos en general y del conurbano bonaerense en particular. Las vías de acceso hacen que concurren mujeres básicamente de la Zona Sur. Esto explica también la concentración de casos producidos allí, de acuerdo con lo fundamentado hasta el momento.

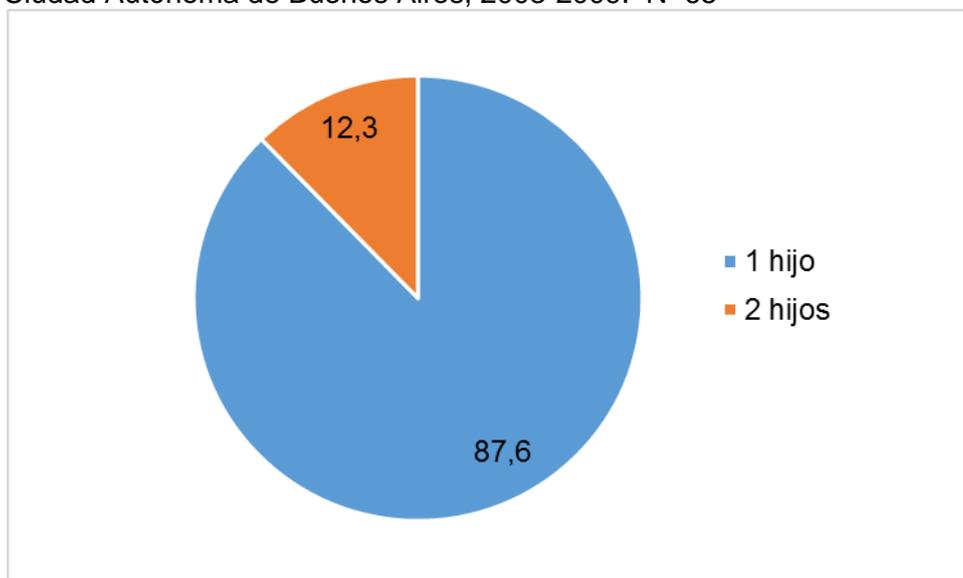
En cuanto al Hospital Santojanni, por el lugar geográfico donde se encuentra, brinda el 75% del total de su atención a personas que concurren desde el conurbano Oeste, fundamentalmente del Partido de La Matanza, muchas con condiciones de máxima vulnerabilidad. Cuenta con una población de 1.775.816 habitantes, casi el 10% del total de los habitantes de la provincia de Buenos Aires, con una densidad de 5497,9 (DEIS, censo 2010) Pertenece al conjunto de municipios del conurbano bonaerense, pero es el único que por su extensión forma parte simultáneamente del primer, segundo y tercer anillo de conurbación, con indicadores sociales, económicos y sanitarios que se encuentran debajo del nivel provincial. La Matanza muestra problemas en diferentes dimensiones desde el alto porcentaje de población NBI (20%) y donde prevalecen los indicadores vinculados a dificultades de vivienda y saneamiento. Por otra parte, el partido cuenta con 6 establecimientos con internación. (Rovere, M., Lourtou, G., 2011; Plan Estratégico Social Sanitario Municipio de la Matanza, 2007). En algunos de estos datos se puede fundamentarse la migración para la atención de las personas hacia los hospitales públicos de la CABA.

Figura Nº 26. Partos públicos en mujeres con VIH por maternidades según zona geográfica en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=65



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Figura Nº 27. Número de hijos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=65

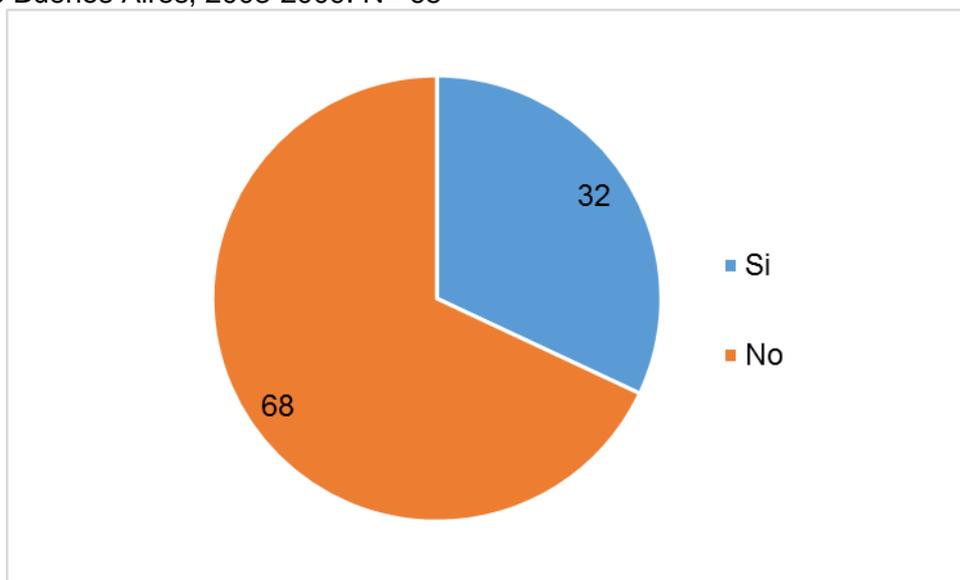


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

El 12,3% de las mujeres tienen 2 hijos con VIH, mientras que el 87,6% posee sólo uno. Es de hacer notar que de las 8 mujeres con más de 1 hijo, se encontraron 7

registros detallados en las historias sociales que condensan historias de vida de enorme vulnerabilidad.

Figura N° 28. Porcentaje de cargas virales realizadas durante el embarazo. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N= 65



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

La necesidad de controlar la carga viral en el embarazo es de suma importancia –resulta fundamentalmente crítica en el tercer trimestre– para poder determinar si la finalización del embarazo será por parto vaginal o por cesárea. Con menos de 1000 copias/ml puede indicarse parto vaginal, no así con cargas mayores, donde la indicación precisa es la cesárea programada en la semana 38.

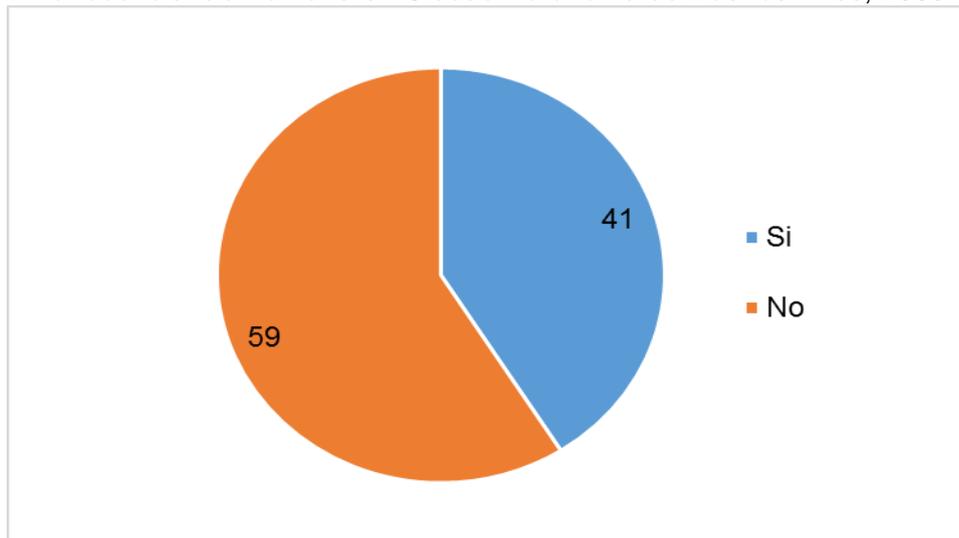
El 23% de las mujeres (N=15) contaron con CV durante el tercer trimestre, y los resultados fueron los siguientes.

Sólo 4 mujeres presentaron valores por debajo de 1000 copias/ml. 8 mujeres tuvieron valores de CV entre 1000 y 50000 copias/ml. 3 poseían valores mayores a 50000 copias/ml. 3 de las mujeres con CV menor a 1000 copias/ml tuvieron cesárea electiva como modo de finalización del parto. De las 11 mujeres con cargas virales altas, 7 tuvieron cesárea electiva como modo de finalización del parto, 2 tuvieron un parto vaginal (desconocemos si llegaron en período expulsivo) y 1 caso se trató de una cesárea de emergencia, que resultó un parto gemelar.

Sólo el 22% de las mujeres estaban tratadas previamente al embarazo con antirretrovirales (ARV)

Si cruzamos este dato con la variable del recuento de CD4, todas hubieran tenido indicada terapia ARV por su estado inmunológico, aunque no han llegado al control o no han tenido mecanismos de adherencia al tratamiento.

Figura N° 29. Tratamiento antirretroviral prenatal. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=61

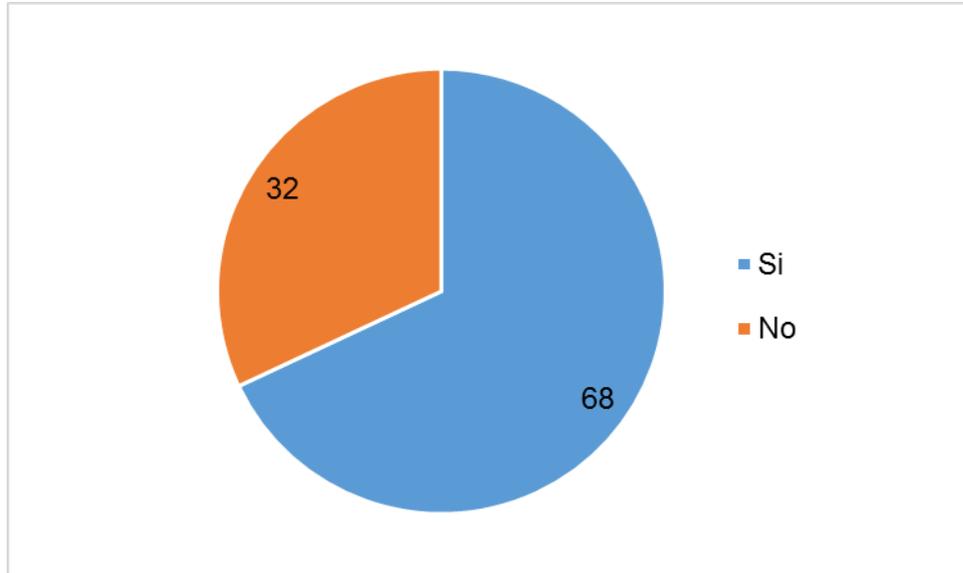


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

El 59% de las mujeres no recibieron ARV prenatales, mientras que sí lo hizo el 41%. La administración de ARV en etapas prenatales está claramente asociada a la baja probabilidad de TV, con mayores posibilidades de prevenirla si se comienza a partir de la semana 14.

De las mujeres con diagnóstico previo al parto, 12 recibían ARV antes del embarazo actual, mientras que 20 de ellas lo comenzaron durante esta gestación.

Figura Nº 30. Tratamiento antirretroviral durante el parto. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=59



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

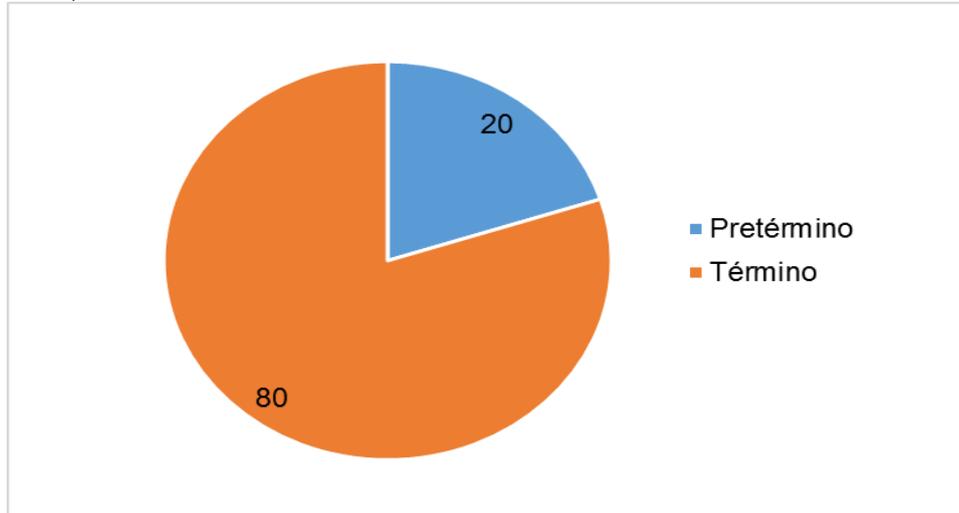
Durante el parto, el 68% de las mujeres recibieron tratamiento ARV, aunque un porcentaje alto (32%) no lo recibieron.

El diagnóstico de infección por VIH fue realizado durante el trabajo de parto en 14 mujeres, de las cuales 6 (42,8%) recibieron tratamiento en ese momento. 13 de los recién nacidos recibieron profilaxis, aunque hubo 3 casos (23%) en que hubo amamantamiento.

En 3 casos, el diagnóstico se realizó durante el puerperio y, lógicamente, ninguna de estas mujeres recibió tratamiento. En cambio, todos los recién nacidos realizaron la profilaxis neonatal, aunque en un caso existió amamantamiento.

6.2 Variables de los recién nacidos infectados. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia en CABA, 2003-2009. N=65

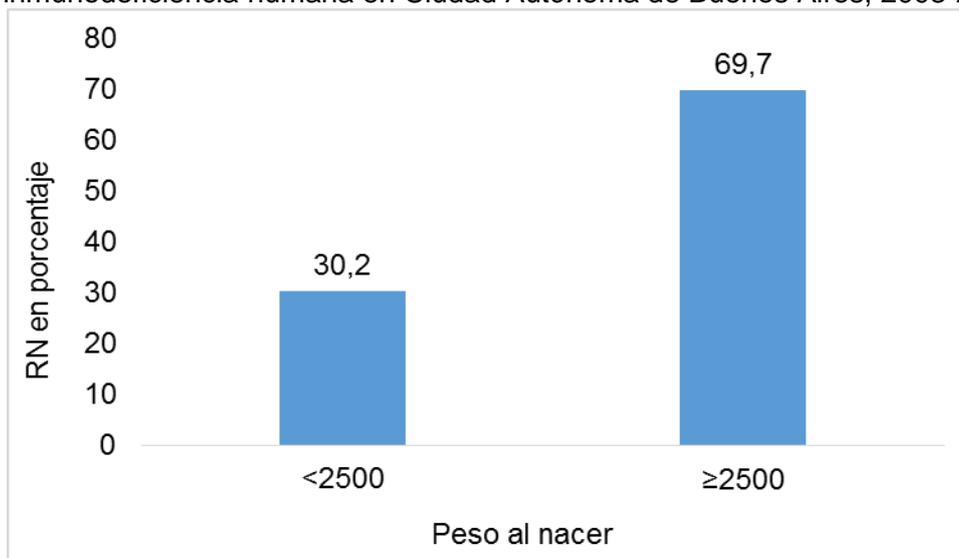
Figura N° 31. Edad gestacional al momento del parto en porcentaje. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=40



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Del 61,5% de los casos en que se conoce este dato, el 20% de los recién nacidos fueron pretérmino, otro factor asociado a la TV del VIH que será comparado durante la Discusión con los proporcionados por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

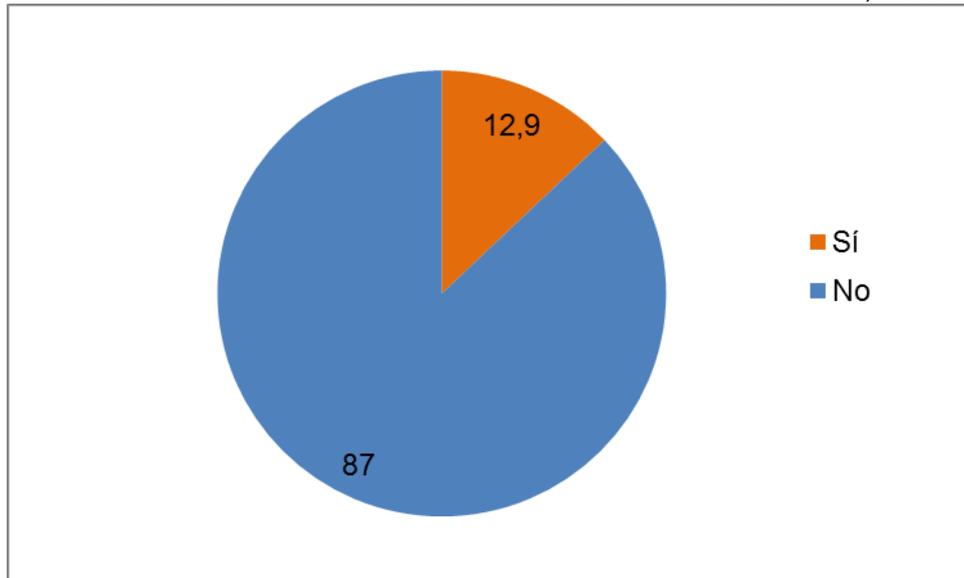
Figura N° 32. Peso al nacer en porcentaje. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=43



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Asimismo, el 30,2% de los recién nacidos pesaron <2500 kg, un indicador que permite considerar el bajo peso al nacer como otro factor asociado a la TV del VIH.

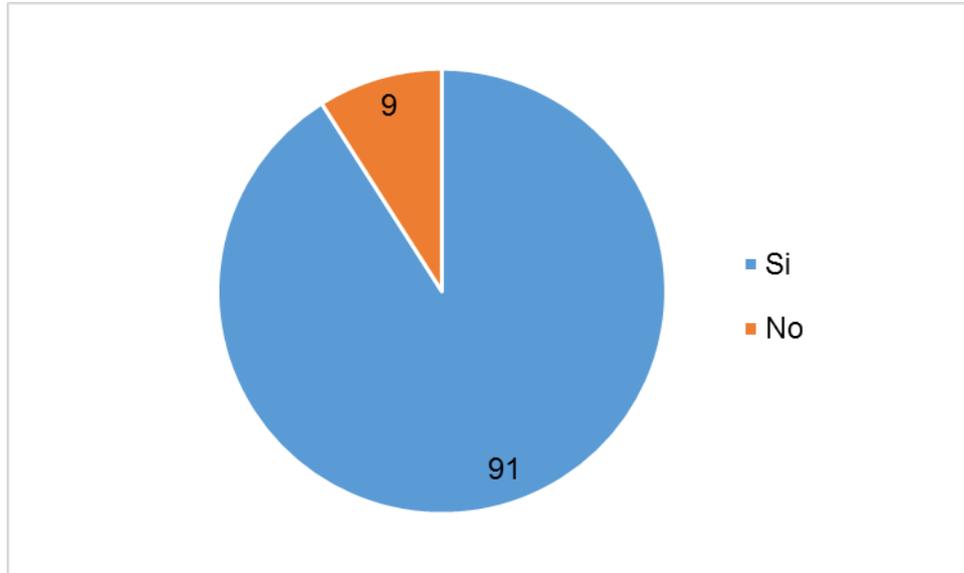
Figura N° 33. Lactancia, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=54



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Otro factor asociado a la TV del VIH es la lactancia materna. Aunque la mayoría de las mujeres no dieron de mamar a sus hijos, 7 (casi el 13%) sí lo hicieron, una cifra que evidencia el diagnóstico tardío. 3 mujeres tuvieron diagnóstico de infección por VIH durante el trabajo de parto y 1 durante el puerperio. En las restantes 3 mujeres, se desconoce el momento del diagnóstico. Ninguna de las 4 mujeres tuvo TARV durante el embarazo ni durante el parto.

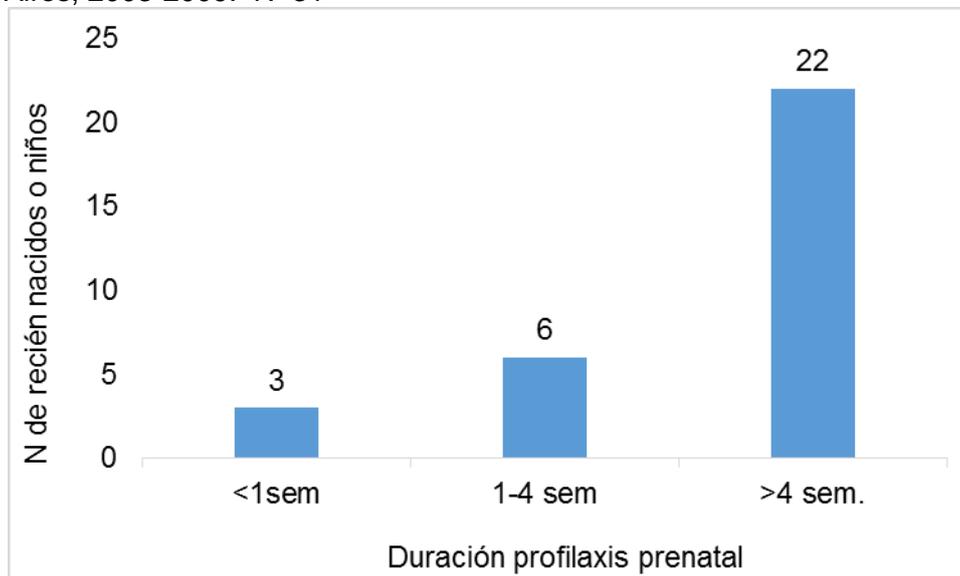
Figura N° 34. Profilaxis neonatal recibida, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=57



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

La profilaxis neonatal se realizó en la mayoría de los casos: sólo 5 niños (casi el 9% de los casos) no recibieron TARV. En tanto, 3 de estos recién nacidos recibieron lactancia materna.

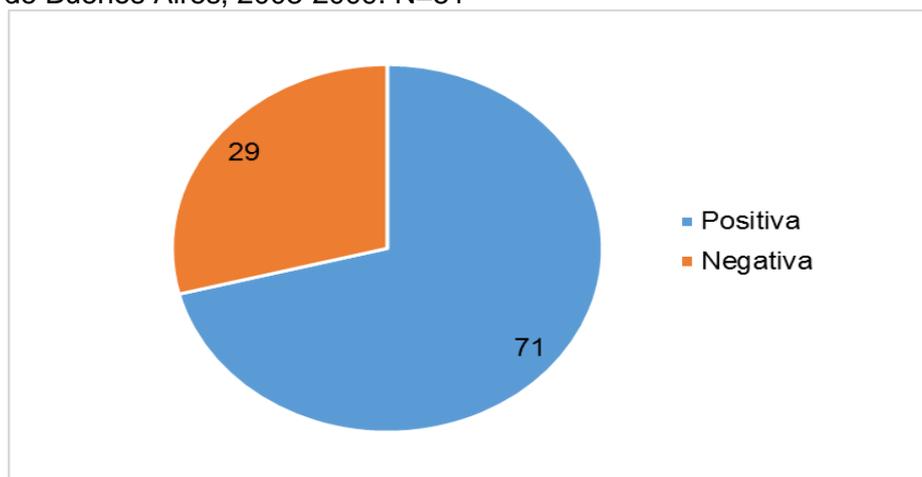
Figura N° 35. Duración de la profilaxis neonatal, números absolutos. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=31



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Este dato figura sólo en el 41,6% de los casos (31 niños). Para que la profilaxis sea efectiva es necesario que se administre por al menos 4 semanas, lo que sucedió en 22 casos.

Figura N° 36. Datos de la primera PCR realizada en los niños, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=51



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

La primera PCR (técnica utilizada para el diagnóstico en el recién nacido o los niños menores de 18 meses) se realiza entre las 24 y las 48 horas de nacido, cuando

el bebé aún está en la maternidad. Si la infección no ocurrió intraútero, generalmente es negativa. En este estudio se evidenció que la técnica se realizó en un rango que fue de las 48 horas a los 7 meses. De todos modos, el 79% de los casos lo realizó dentro del primer mes de vida, mientras que se retrasó en el 20,9% de los casos.

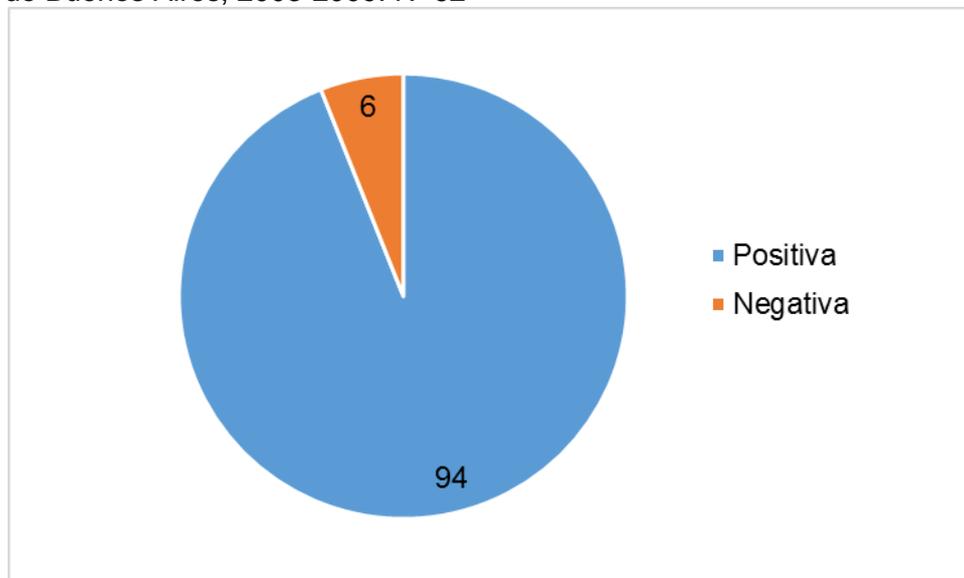
Tabla N° 5. Momento en que se realizó la primera PCR. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=43

Tiempo	N° absoluto
48 hs.	3
>48 hs -1 semana	11
15-20 días	9
1 mes	11
2 meses	6
4 meses	2
7 meses	1
Total	43 (66,10%)

Rango: 48 horas a 7 meses

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

Figura N° 37. Datos de la segunda PCR realizada en los niños, en porcentajes. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=62



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

La segunda PCR fue reactiva en el 94% de los casos. En tanto, los 4 niños con una segunda PCR negativa también lo fueron en la primera.

Tabla N° 6. Tiempo en que se obtuvo una segunda PCR en los niños. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=39

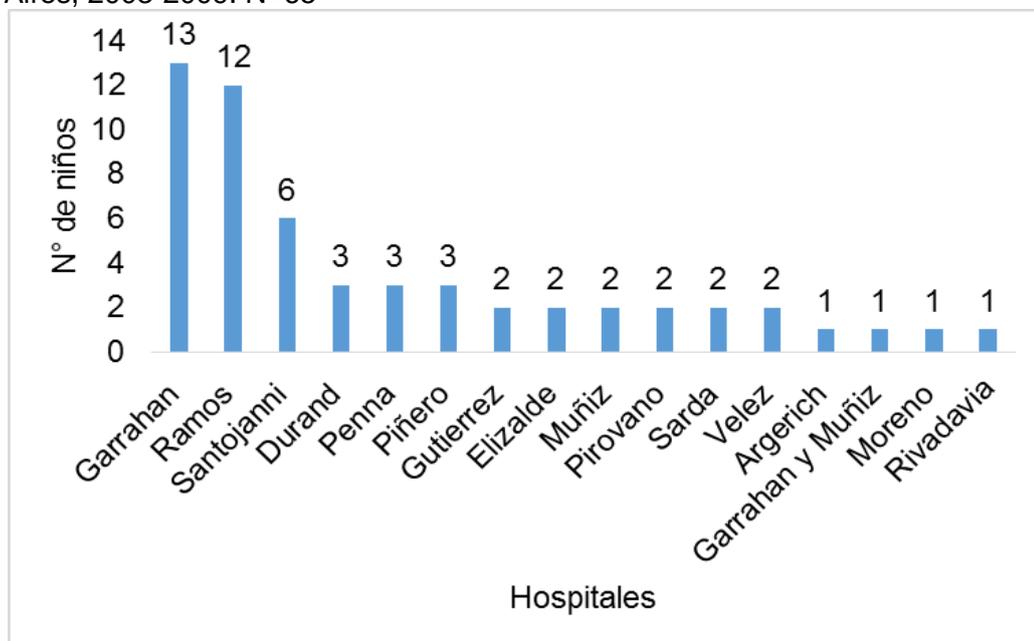
Tiempo	N° absoluto
<1 mes	3
1 mes	5
2 meses	15
4 meses	7
5 meses	3
6 meses	6
Total	39 (60%)
Rango: < 1 mes a 6 meses	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

En los niños en que fue necesario realizar una tercera PCR, 33 resultaron reactivos (50,7%).

Existen 8 registros de enzimoimmunosay (test de ELISA) realizados, todos con resultados reactivos. En 5 de los 65 casos de la presente investigación, no correspondía aún realizar ELISA, ya que no llegaban a los 18 meses de vida. Hay un registro de dosaje de RNA cualitativo.

Figura N° 38. Hospital de seguimiento del niño. Números absolutos. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=65

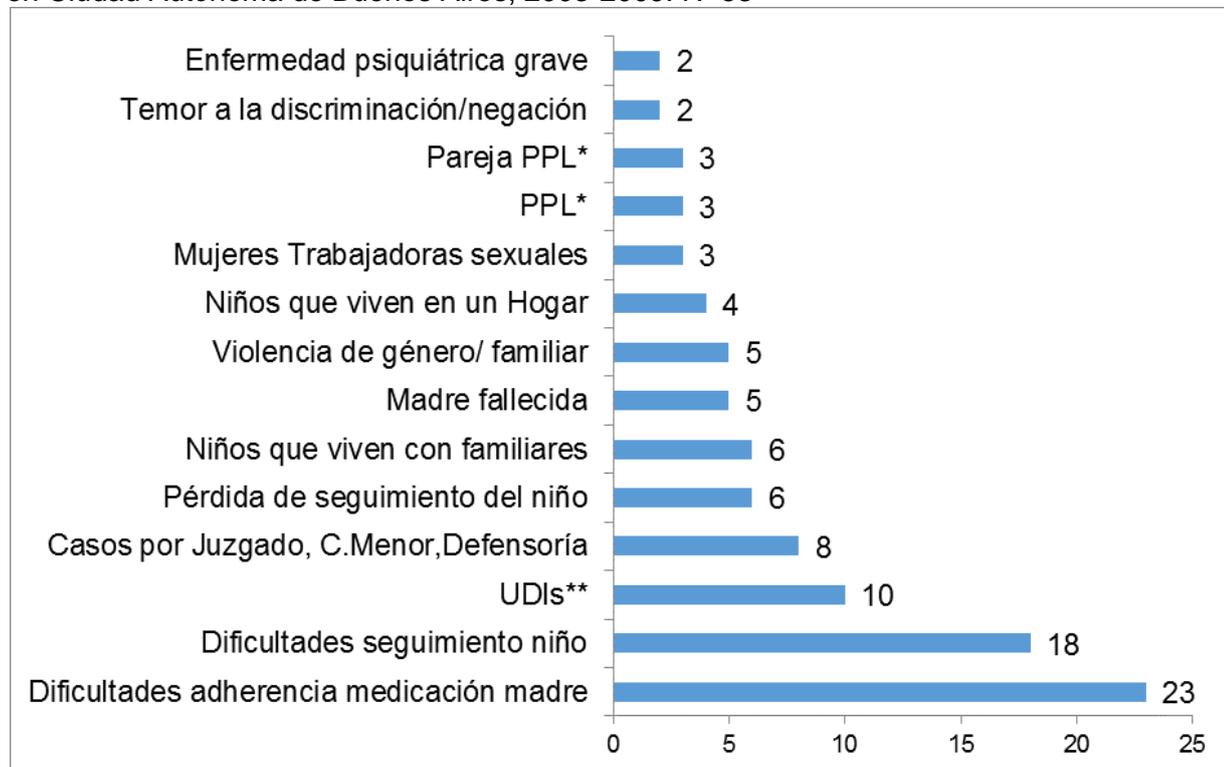


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

El caso del niño en seguimiento en el Hospital Mariano y Luciano de la Vega de Moreno puede explicarse porque el pediatra que atiende allí actualmente lo hacía previamente en el lugar de nacimiento del niño. Es común que el vínculo establecido con el médico de cabecera implique el traslado de la familia para el seguimiento del niño o que, por razones del lugar de residencia, sea geográficamente más accesible.

Cabe destacar que los equipos aportaron observaciones que podrán ser utilizadas para un análisis particular de algunas variables: se cuenta con datos en el 83% de los casos.

Figura N° 39. Datos maternos en números absolutos aportados por los equipos en el ítem “Observaciones”. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009. N=53



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la investigación actual

⁵ *PPL

⁶**UDIs

Tanto las definiciones de las variables utilizadas, sus valores y fuentes, como los resultados de los indicadores se encuentran detallados en el Apéndice B.

A modo de resumen de los hallazgos más relevantes obtenidos y relacionados con los factores que intervienen e incrementan la posibilidad de la TV del VIH, podrá observarse, dentro de los indicadores denominados sociodemográficos, que las mujeres son jóvenes, con un promedio de edad de 27,3; 12,3% de ellas son adolescentes, con bajo nivel de instrucción, casi sin cobertura de obras sociales ni ocupación formal.

⁵ Personas privadas de su libertad

⁶ Usuaris de drogas inyectables

En cuanto a los indicadores relacionados con el momento del diagnóstico, un 40% de las mujeres nunca controlaron su embarazo; casi el 19% tuvieron el diagnóstico de infección por VIH durante el embarazo actual; y un 29,2% de los casos recibió su diagnóstico de forma tardía (durante el trabajo de parto y/o el puerperio). El porcentaje de seroconversiones durante el embarazo actual fue de 19,2% y el de las mujeres con estadios clínicos avanzados (sida) fue del 23,6%.

En cuanto a los indicadores relacionados específicamente con los factores obstétricos y virológicos vinculados a la TV, las mujeres de la presente investigación tuvieron sus partos por vía vaginal en el 42,1% de los casos y el 17,5% finalizaron su embarazo con una cesárea de emergencia.

De los indicadores relacionados con la situación de las parejas, actuales o pasadas frente al diagnóstico de VIH, hubo una muy baja proporción de ofertas de testeo para VIH a las parejas actuales. El 84,8% de las parejas sexuales de estas mujeres, actuales o pasadas, fueron seropositivas.

El 65,1% de las mujeres fueron multíparas.

La accesibilidad y oportunidad para las técnicas de seguimiento de laboratorio, como cargas virales o recuento de CD4, fue escasa.

En referencia a los indicadores de tratamiento oportuno, la mayoría de las mujeres lo recibió durante el parto, lo que implica que la posibilidad de reducir la TV fue mucho menor. Cerca del 32% de las mujeres recibieron tratamiento antirretroviral durante el tercer trimestre del embarazo, aunque no pudo establecerse durante cuánto tiempo lo hicieron o si el mismo fue recibido correctamente.

Los recién nacidos y/o niños tuvieron mayor acceso al diagnóstico que sus madres. Por otra parte, un 91,2% recibieron profilaxis neonatal y en su mayoría fue durante >4 semanas, de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Los indicadores de prematuridad y/o de bajo peso según edad gestacional fueron respectivamente de 20% y 30,2%, números mucho mayores que los de la población general, ligados a la posibilidad de TV del VIH.

El 12,9% de las mujeres dio de mamar a su hijo/a.

7. DISCUSIÓN

Con los conocimientos actuales y el tiempo transcurrido, podemos decir que los equipos de salud reconocemos que la TV del VIH ha disminuido significativamente y parece continuar esa tendencia en el país y en el mundo, aunque existen inequidades regionales y cambios dinámicos permanentes. Desde ya que continúa siendo un reto y un desafío lograr mejores resultados, lo que implica la necesidad de conformar equipos y promover el desarrollo de espacios de intercambio y actualización entre quienes trabajan en el campo.

Asimismo, es imprescindible dotar a los servicios de insumos propiciando la adecuada utilización de los medios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento, así como fortalecer el sistema de información de vigilancia epidemiológica de los partos y de los recién nacidos de madres con VIH, entre otros.

Es de buena práctica compartir los datos y monitorear la aplicación de la normativa vigente.

En cuanto a los resultados obtenidos en la presente investigación, se observa que los datos menos consignados son aquellos relacionados con las variables sociales, tanto en las historias clínicas como en las historias sociales: grupo familiar, niños en edad escolar, aportantes al hogar, tipo de vivienda, tenencia de la vivienda, servicios sanitarios, agua, sistema de excretas, habitaciones de la vivienda. Aunque se trata sólo de una hipótesis, resulta llamativo que no quede registrado ninguno de estos datos en las historias de estas mujeres con situaciones complicadas de vida, fundamentalmente en la mayoría de las historias sociales.

Esta herramienta había sido incluida con la idea de obtener mayor cantidad de datos relacionados con la pregunta de la investigación. Quizá sirva como reflexión hacia dentro de los equipos de salud la falta de reseñas en este sentido. Es frecuente que los datos no sean consignados en las historias, o que los mismos no sean legibles y sí hayan sido recabados o sean conocidos por algún integrante de los grupos de atención. Este es un hecho que sucede con frecuencia. Otra cuestión posible es no haber investigado o formulado preguntas acerca de estas variables. (Basombrío y col., 2005).

Un dato muy poco consignado es el estado civil de las mujeres y el lugar de nacimiento.

Quizás es subjetivamente más esperable haber encontrado escasos relatos de episodios de discriminación o de estigmatización consignados. Sin embargo, cuando estos datos se obtuvieron, fue a través de las historias sociales y con extenso detalle, aunque también en algunas de las historias médicas pudo observarse ese mismo registro.

En cuanto a la variable “edad”, según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), se define como “riesgo” a la mayor probabilidad de producirse daño (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso, el primer año de vida). La edad materna es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño. Se considera de alto riesgo: menos de 20 años; intermedio >34; bajo, entre 20 y 34 (Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

En cuanto a los factores obstétricos, no pudo obtenerse de las historias clínicas un dato significativo del número de controles realizados durante el embarazo ni el tiempo de ruptura de membranas, en caso de que hubiera existido.

El 100% de las mujeres tuvieron una carga viral durante el embarazo, aunque muy pocas fueron realizadas durante el tercer trimestre. Tampoco fue posible obtener un porcentaje alto acerca de los resultados. Lo mismo que el recuento de CD4, que fue realizado en el 35,3% y su resultado se encuentra en el 23%.

Sí se obtuvo un altísimo porcentaje de datos acerca del tratamiento antirretroviral recibido por las mujeres y el lugar donde se produjo la finalización del embarazo.

Las observaciones cualitativas resultaron de interés y se consignan más adelante.

Continúo mencionando algunos aspectos que fueron presentándose en el desarrollo de la investigación y en la recolección de los datos.

En términos de vigilancia epidemiológica, se hallaron en la recolección de datos algunas incongruencias o errores, como cambios frecuentes en los códigos de los niños o códigos invertidos, tanto en las madres como en los hijos, que laboriosamente pudieron ser reconstruidos.

Hay datos en las historias sociales que figuran como desconocidos en las

historias clínicas médicas.

Sin embargo, como se ha mencionado en párrafos anteriores, es llamativa la escasa obtención de datos sobre las variables sociales que habían sido propuestas para la presente investigación. Ésta es una constante en todas las formas de registro, aun en las historias de los servicios sociales. Creo que éste es un punto a tener en cuenta a futuro, ya que la falta de información en relación con el tema debería ser analizada para intentar interpretar si estos datos, en términos generales, no se consideran de relevancia dentro de los equipos, o no revisten el suficiente interés como para quedar registrados y poder conocer más acerca de lo que les sucede a las personas en este proceso o en otros de su vida cotidiana.

No obstante, cuando se hallaron relatos de vida o aportes en ese sentido en las historias sociales, los mismos fueron detallados minuciosamente.

Como se mencionaba en el marco teórico, Almeida Filho (1999) ya marca una suerte de vacío de la información en referencia a las desigualdades sociales y su vinculación con los procesos de salud-enfermedad-atención.

Ayres (2005) plantea un inicio de diálogo productivo con otras ciencias y refiere que el conocimiento e intervención sobre los determinantes de las enfermedades exige una construcción interdisciplinaria, con contribución de las ciencias biomédicas y humanas con la mediación del método epidemiológico y de las técnicas de análisis estadístico. Además, menciona que los éxitos positivos y negativos de la epidemiología han sido muchos. Por un lado, se incrementó la capacidad de conocimiento y, por otro, se restringió el potencial de enriquecimiento creativo y solidario de saberes y prácticas relativas al espacio público de salud. Con la profundización del conocimiento, la epidemiología se ha vuelto progresivamente capaz de hacer inferencias cada vez más precisas y consistentes sobre aspectos de la realidad cuya génesis concreta conoce cada vez menos.

La consolidación de un campo de objetividad específicamente epidemiológico permitió a esta disciplina perfilarse entre los saberes que legítimamente sustentan la intervención sobre la salud en los modelos modernos.

Estas importantes consideraciones de Ayres pesan, como mínimo, a la hora de reflexionar y actuar sobre la necesidad de mejorar la calidad de la información que registramos en nuestras fuentes de datos como sector salud.

7.1 Variables sociodemográficas

En referencia a las “variables sociodemográficas” planteadas, se presentan para su comparación los datos de la Coordinación sida del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para el mismo período.

En cuanto al lugar de nacimiento, se obtuvo muy poca información, lo que evidencia que fue una de las variables consideradas como despreciables, por tener un N muy bajo para su análisis. Este es un dato que probablemente no aportaría demasiado acerca de los factores que intervienen en la TV del VIH, aunque no puede establecerse de ningún modo una conclusión al respecto.

En cambio, se obtuvo el 100% de los datos acerca del lugar de residencia.

Según el informe publicado por la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación, la epidemia continúa afectando principalmente los grandes conglomerados urbanos en todas las ciudades capitales del país. En el período 2007-2009, del total del país, el 40% de los nuevos diagnósticos seguía correspondiendo a residentes de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Tomando como unidad de análisis las jurisdicciones provinciales, el 70% de la epidemia se concentra en la provincia de Buenos Aires, en la ciudad de Buenos Aires, en Santa Fe y en Córdoba.

En contraste con los datos obtenidos, al compararlos con la distribución de los partos producidos en la CABA, según el Boletín Epidemiológico de la Ciudad de Buenos Aires de 2010, el 39,65% de los mismos se produjeron en mujeres residentes de la CABA (el 57,83%, habitantes del conurbano bonaerense y algo más del 3%, residentes de otras jurisdicciones).

Tabla N° 7. Comparación del lugar de residencia entre las mujeres que tuvieron sus partos en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2003-2009 y los resultados del trabajo actual, en porcentajes.

Lugar de residencia	CABA	Presente investigación
CABA	39,6	60
Conurbano bonaerense	57,8	33,9
Resto	3,0	6,1

Fuente: Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010; investigación actual

Existe una mayor proporción de partos producidos en mujeres residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en aquellos casos en que hubo TV del VIH, dato que en algún momento se hipotetizó que sería inverso, al plantear que las mujeres residentes del conurbano bonaerense tendrían condiciones de vida más vulnerables. Sin embargo, no se evidencia esta hipótesis en los registros actuales.

De hecho, un estudio de caso realizado por la Coordinación Sida en 2006, tomando el período 2003-2006, el 53,1% de las mujeres que transmitieron el VIH a sus hijos por TV eran residentes de la CABA (Durán A. y col., 2008).

Si bien no es posible comparar el lugar del conurbano bonaerense donde vivían estas mujeres, lo que podemos considerar es que, de los datos con que se cuenta en el presente trabajo –22 en total–, las mujeres se trasladaron desde el conurbano oeste y sur a tener sus partos en maternidades de la CABA. Cruzado con otras variables ya presentadas en los resultados, este dato indicaría que existe una mayor accesibilidad geográfica y de transporte hacia las Zonas Sur y Oeste de la CABA, donde se encuentran el Hospital Santojanni, el Penna, la Maternidad Sardá, entre otras, además de la amplia trayectoria de los equipos de estos hospitales en la atención de la salud en general. El caso del Hospital Ramos Mejía fue mencionado oportunamente.

Considero que no pueden establecerse otras hipótesis por carecer de fundamento como, por ejemplo, para afirmar que la atención en esas zonas geográficas del conurbano bonaerense se ve más dificultada. Sí puede mencionarse que en el conurbano bonaerense viven más de 14 millones de personas y que la capacidad de atención a la salud es menor, ya que, sobre todo en la Zona Oeste, se cuenta con pocos efectores en relación a la densidad poblacional y condiciones de vida, que puedan brindar las mismas prácticas. La infraestructura de servicios de salud a pesar de su magnitud se encuentra relativamente subdimensionada en relación a la velocidad de crecimiento y asentamiento poblacional del municipio y a la proporción de población sin obra social. (Rovere, M., Lourtou G., 2011; Plan Estratégico Social Sanitario Municipio de la Matanza, 2007).

En cuanto al nivel de instrucción de estas mujeres, dato que fue registrado en el 86,1% de los casos, mencionaremos que para el año 2009, del total de las mujeres infectadas por el VIH en CABA, la distribución del nivel de instrucción era la que relataremos a continuación, teniendo presente que fueron seleccionadas las personas mayores de 18 años, ya que si se consideraran menores de esa edad podrían aún estar cursando estudios, tanto primarios como secundarios y serían contabilizados en esta variable en forma errónea para su interpretación.

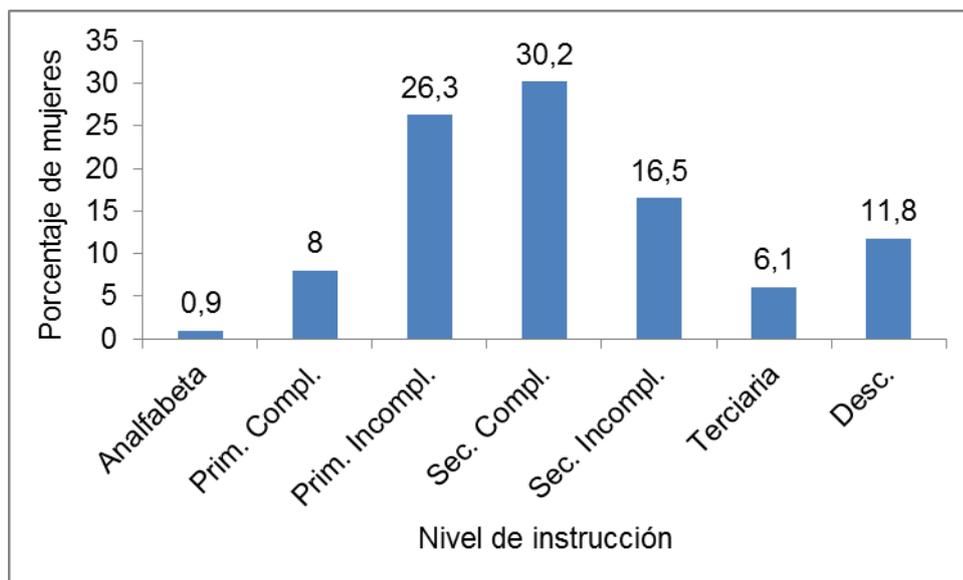
Tabla N° 8. Nivel de educación formal alcanzado en mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, mayores de 18 años, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009

Nivel de educación alcanzado	Mujeres, N absoluto y porcentaje
Hasta primaria completa	418 (43,4)
Secundaria incompleta	238 (24,7)
Secundaria completa o más	308 (32,0)
Total	964 (100)

Fuente: Coordinación sida, GCBA, 2010

Por otra parte, en la figura siguiente se describe la distribución del nivel de instrucción de las mujeres con VIH que tuvieron partos en maternidades públicas de la CABA en el período 2003-2009.

Figura N° 40. Distribución del nivel de instrucción de las mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana mayores de 18 años y que tuvieron partos en las maternidades públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en porcentaje. Período 2003-2009



Fuente: Coordinación Sida, GCBA, 2010

Como hemos podido observar en la investigación actual, el nivel de instrucción es marcadamente más bajo: el 60% de estas mujeres no ha ingresado a la escuela secundaria (estudios primarios completos o menos), el 32,1% no ha completado el ciclo secundario, mientras que sólo el 8,8% tiene el secundario completo o más.

El nivel de analfabetismo es llamativamente más alto que en las mujeres de CABA y que en las mujeres con VIH residentes en la CABA.

Tabla N° 9. Distribución del porcentaje de personas analfabetas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo, en residentes y comparación con la población global de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sexo	Población CABA	Población con VIH
Femenino	0,5%	1,6%
Masculino	0,4%	0,9%
Total	0,5%	1,1%

Fuente: DEIS, 2009, Coordinación Sida, CABA, 2003-2009

Este dato resulta relevante, dado que el porcentaje de analfabetismo en las mujeres que transmitieron el VIH a sus hijos es más del doble del porcentaje de los casos totales de mujeres con VIH en la ciudad y 7 veces mayor que la población general de CABA, tal como se observa en la tabla siguiente.

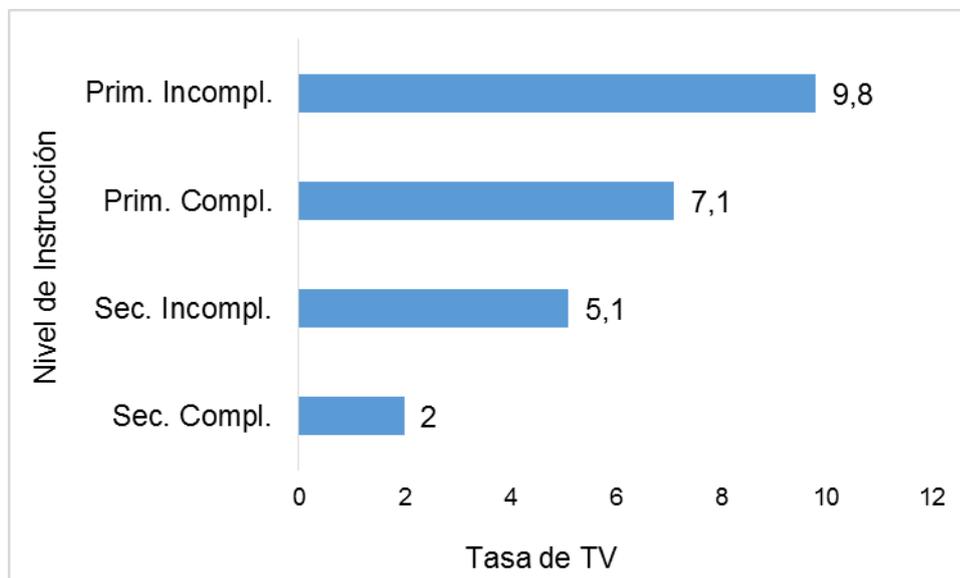
Tabla N° 10. Porcentaje de analfabetismo en la población de mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y en las mujeres de la presente investigación, 2003-2009

Mujeres con VIH de la CABA	Mujeres de la presente investigación
1,60%	3,50%

Fuente: Coordinación Sida, 2009, investigación actual, 2010

Sólo a modo de comentario, según la publicación de la DEIS sobre Indicadores Básicos de 2009, el porcentaje de personas analfabetas residentes en CABA es de 0.5%. Esta cifra, sin embargo, no puede ser comparada con la tabla anterior, ya que la misma corresponde a números del Censo del año 2001, así como ocurre con otros datos de cobertura publicados.

Figura Nº 41. Tasa de transmisión vertical según nivel de instrucción por 100, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2003-2010



Fuente: Coordinación Sida, GCBA, 2010

En este gráfico con datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se evidencia claramente la relación existente entre el menor nivel de instrucción alcanzado y la mayor proporción de TV del VIH.

Dado que hasta aquí hemos hablado de “factores de riesgo o más bien de factores que intervienen en la transmisión vertical del VIH”, consideramos preciso retomar conceptos de los autores Almeida y Ayres (2009) en su desarrollo sobre la noción de “riesgo”, descrito en el marco teórico. El concepto, fundamentalmente incluye la necesidad de un enfoque interdisciplinario, más allá y fuera del sujeto, finalmente propiedad de las poblaciones, siendo su referencia exclusivamente colectiva, con la necesidad de actualizarse en forma permanente.

Creemos que en este sentido deberíamos desarrollar nuevas maneras de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, como el tema que nos ocupa en esta tesis de Maestría, que, por otra parte, tiene dentro de sus finalidades contribuir al estado del conocimiento y a la capacidad de aportar a una mejora en la respuesta. Los datos observados y las comparaciones con otros estudios similares parecerían indicar que los “riesgos” o factores favorecedores de la transmisión vertical del VIH se encuentran vinculados a situaciones que parecen claras en su

observación, aunque no así en la manera de pensarlas y definir estrategias abarcativas de las diferentes circunstancias. Volvemos entonces a citar a Almeida y Ayres (2009), quienes exponen que tal vez no se encuentre oposición entre salud y enfermedad y que la realidad nos exija interpretar qué valores están siendo obstaculizados por nuestras propias miradas o interpretaciones.

En cuanto a las variables “ocupación” –dato que se obtuvo en el 65,1% de los casos– y “obra social” –a la que se accedió en el 93,8%–, se observó que la mayoría de las mujeres carecían de trabajo formal y/o de obra social.

Estas cifras coinciden con aquellas proporcionadas por la Coordinación Sida del Ministerio de Salud de la CABA (Situación epidemiológica del VIH-sida, 2010). El porcentaje de recuperación de datos es, en promedio, muy similar al encontrado durante esta investigación. Sólo el 30% de las personas notificadas durante el período al área de epidemiología de la Coordinación contaba con obra social o prepaga, lo cual marca una diferencia con respecto a las características de la población general de la CABA, cuya cobertura de obra social o plan de salud alcanza al 74%, según consignan los datos publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud en los indicadores básicos de 2009 (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación).

Al momento de interpretar estos datos, es importante considerar que las notificaciones recibidas corresponden en un 76% de los casos a personas que se atienden en el sistema público de salud, por lo cual la mirada sobre el subsector no estatal es parcial. El porcentaje de personas que trabajan supera ampliamente al que tiene obra social; por tal motivo, podríamos inferir que en esta población hay una parte importante de personas cuyas condiciones de trabajo son informales.

Estas dos variables recién referidas, junto al nivel de instrucción, brindan una información aproximada sobre el perfil socioeconómico de la población estudiada. Es decir, los datos encontrados en éste y otros estudios demuestran la relación entre mayores índices de pobreza o de falta de acceso a la educación y al trabajo con la mayor posibilidad de transmisión de infecciones como la del VIH, entre otras.

7.2 Variable “momento del diagnóstico”

Aunque el 50% de los casos fueron diagnosticados fuera de un embarazo o durante un embarazo anterior, el 18,9% recibió diagnóstico durante el embarazo actual y el 29,2%, en el trabajo de parto o puerperio. Claramente, el momento del diagnóstico es clave para la prevención de la TV del VIH y, en el caso de la presente investigación, es posible observar que el porcentaje de diagnósticos realizados en el trabajo de parto y el puerperio es muy elevado.

Creo necesario agregar que es también preocupante que se haya producido la TV del VIH en las mujeres que tenían diagnóstico de infección previo al embarazo actual. Por diversos motivos, no todos evaluables aunque supuesto, se perdieron oportunidades de prevención aun conociendo el estado de infección.

En el estudio de casos realizado por la Coordinación Sida 2003-2006 (Nan, M. y col., 2008), el porcentaje de mujeres con diagnóstico previo al parto y donde se produjo la TV, fue de 34,2%. Y el porcentaje de mujeres diagnosticadas durante el embarazo actual fue de 14,6%.

En este mismo estudio, el diagnóstico tardío de infección en el grupo de mujeres que transmitió el VIH por TV fue del 51,3%.

Hay mayor cantidad de mujeres con diagnóstico previo al embarazo y durante el mismo. Son mucho menores –aunque siempre tardíos– los diagnósticos realizados en el trabajo de parto y puerperio. De hecho, en estos grupos la transmisión fue menor cuando se efectuaron los análisis estadísticos correspondientes en un segundo estudio estratificado y comparativo, que no se presenta en esta instancia.

En la siguiente tabla se enumeran los porcentajes correspondientes al momento del diagnóstico de las mujeres con VIH notificadas a la Coordinación Sida en el período 2003-2009, de un total de 1.846 mujeres (Situación epidemiológica del VIH-sida, 2010).

En este caso, se halló que el 61,7% de las mujeres tenía el diagnóstico de VIH antes del parto y que el 8,7% tuvo diagnóstico tardío, ya sea durante el trabajo de parto o en el puerperio.

El momento del diagnóstico, en relación con el embarazo, fue uno de los factores con mayor impacto en la tasa de transmisión.

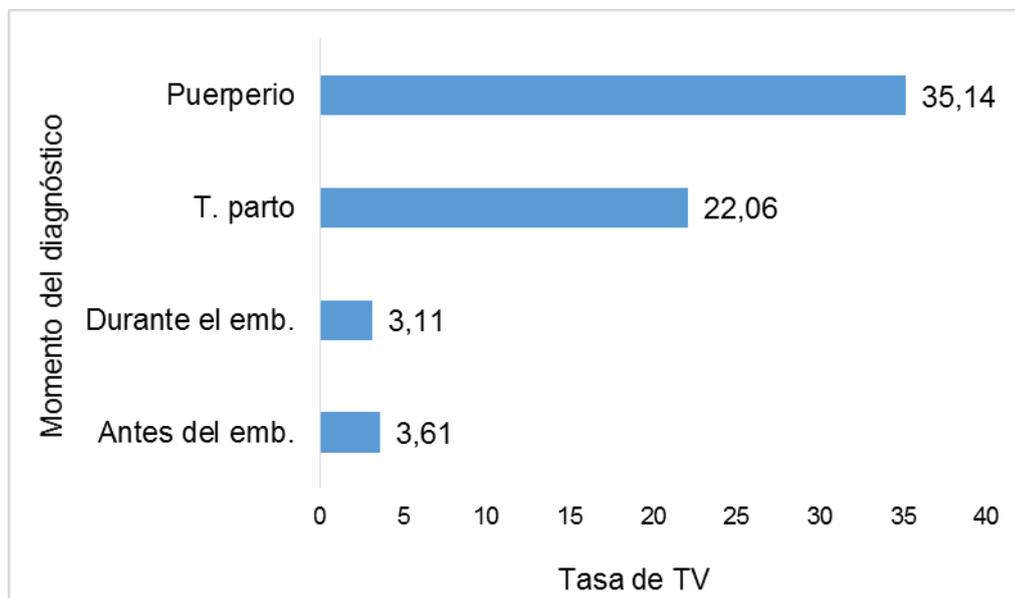
Tabla N° 11. Distribución de las mujeres de acuerdo con el momento del diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana respecto del embarazo. Situación en la CABA, 2003-2009. N=1846

Momento del diagnóstico	Porcentaje
Antes del embarazo	61,7
Durante el embarazo	27,9
Parto	5,4
Puerperio	3,3
Desconocido	1,7
Total	100

Fuente: Coordinación Sida, GCBA, 2010

La relación entre el momento del diagnóstico y la posibilidad de transmisión al feto o al recién nacido es también evidente en los datos publicados en el mismo Boletín por la Coordinación Sida (Situación epidemiológica del VIH-sida, 2010), como lo demuestra la tasa de TV según el momento del diagnóstico en las mujeres que tuvieron sus partos en la CABA.

Figura N° 42. Tasa de transmisión vertical según el momento del diagnóstico por 100 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. N=1846



Fuente: Coordinación Sida, GCBA, 2010

En cuanto a los datos nacionales, los mismos se muestran en la tabla que sigue a continuación (Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, 2010).

Tabla N°12. Momento del diagnóstico con relación al embarazo actual. Datos nacionales, 2009-2010

Momento del diagnóstico	Porcentaje
Antes del embarazo actual	56,5
Durante el embarazo actual	31,8
Trabajo de parto	4,9
Puerperio	3,3
Desconocido	3,5

Fuente: DSyETS, M. de Salud de la Nación, 2010

Otro estudio realizado por la doctora Adriana Durán en una Beca Carrillo-Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, que lleva como título “Análisis de las estrategias utilizadas para prevenir la transmisión vertical del VIH en una cohorte de neonatos, nacidos en hospitales de la zona sur de la CABA y cuyas madres infectadas no recibieron profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo”, la

autora incorpora una muestra de neonatos expuestos al VIH en forma perinatal, nacidos en seis hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires en el período 2003-2008 y muestra algunas conclusiones interesantes respecto del tema.

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la importancia de los factores que, considera, confluyen para definir una situación de particular vulnerabilidad en la población estudiada. Entre estos factores destaca el bajo nivel de instrucción materno, el control inadecuado del embarazo en el 73% de los casos, el diagnóstico de VIH tardío, el alto porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la interrupción del seguimiento posparto y la implementación de estrategias de judicialización de los menores y sus madres.

La inclusión prospectiva de 19 nuevos casos ocurridos durante el período del estudio permitió confirmar la asociación entre el control inadecuado del embarazo y el diagnóstico tardío de la infección por VIH.

El análisis retrospectivo del grupo de madres que no recibieron profilaxis durante el período 2003-2008 llevó a dos conclusiones importantes. La primera fue el alto índice de pérdida de seguimiento de los niños expuestos, lo cual es particularmente alarmante en esta población vulnerable. Este hallazgo motivó el desarrollo de una segunda etapa de investigación, no prevista en el diseño original del estudio y que permitió recuperar casi el 50% de los datos. La segunda conclusión fue el no hallazgo de diferencias significativas en cuanto al índice de transmisión vertical entre los distintos esquemas de antirretrovirales recibidos por los neonatos (Durán, A., 2008)

7.3 Variable “momento por el cual no tuvo diagnóstico previo al parto”

Sobre los datos conocidos (40,0%), 17 mujeres no tuvieron control durante el embarazo, 1 mujer no realizó el test, 3 no retiraron el resultado y se diagnosticaron 5 seroconversiones.

Es absolutamente relevante el número de seroconversiones registradas, ya que, como dijimos anteriormente, el momento de mayor replicación viral ocurre precisamente durante la primoinfección. Esto implica que en estos casos la carga viral es máxima. De todos los factores mencionados en el marco teórico, la carga viral materna es el más íntimamente ligado a la transmisión vertical. El hecho de

haber hallado 5 conversiones en la presente investigación en 22 de las mujeres en las que ese dato se obtuvo, significa que el 22,7% de las mujeres presentaron seroconversión durante el embarazo en estudio.

Estos datos pueden compararse con estudios realizados en la Coordinación Sida del GCBA, donde fueron encontrados resultados similares en el período estudiado (Nan, M. y col., 2008).

Asimismo, varios estudios internacionales ya citados en el marco teórico han demostrado el rol del valor de la carga viral materna en la TV del VIH (Mayaux y col., 1997; Leight y col., 1999; García P. y col. 1999).

7.4 Variable “test rápido”

Se cuenta con datos de 35 mujeres (53,8%). De las 22 que no realizaron test rápido, 19 (86,3%) habían controlado su embarazo. De las 13 que sí hicieron test rápido, 7 (31,8%) no habían controlado su embarazo.

Tal como se comentaba en la sección Resultados, el razonamiento indicaría que las 19 mujeres que habían controlado su embarazo y a quienes no se les realizó test rápido no necesitaban TARV. Según los datos encontrados, de las 22 mujeres sin test rápido, 19 tenían control del embarazo, 2 recibían ARV previos al embarazo, 14 no tenían control y en un caso resultó desconocido.

De todos modos, en términos generales, se trata de suposiciones. Ahora bien, lo que está probado y relatado en el marco teórico es que, dentro del sistema de salud, pueden seguirse procesos metódicos en la atención, como lo es el control de un embarazo. Es claro que esto debe revisarse al interior de los equipos entre quienes juegan un rol de acompañamiento y/o supervisión e inclusive de gestión, a la vez que resulta necesario reflexionar acerca de las oportunidades de prevención que pueden perderse.

En cuanto a las variables sociales involucradas en el acceso tardío a la atención, se evidencia la necesidad de fortalecer las nociones que ya tenemos, a la vez que resulta prioritario generar profundos diálogos interdisciplinarios e intersectoriales con el fin de lograr un mayor grado de conocimiento con relación al tema y prepararnos para colaborar en el cambio que necesitamos hacer.

En este punto, como en otros, queda de manifiesto la falta de fluidez en el circuito de atención. Una de las conclusiones de los equipos provinciales y

nacionales que participaron de los proyectos de prevención de la TV financiados por el Fondo Mundial fue la identificación de circuitos deficitarios dentro del sistema de salud para la atención de la mujer embarazada y sus hijos (Saavedra, L., 2007).

7.5 Variable “testeo de las parejas sexuales”

Como hemos visto, este dato se obtuvo en el 49,2% de los casos. En esta investigación, donde se estudian los niños nacidos con VIH, hijos de madres con VIH en el período 2003-2009, es posible comprobar que se ofreció la serología diagnóstica a las parejas de las mujeres sólo en el 22% de los casos.

En un estudio similar de la Coordinación Sida en el período 2003-2006 (Nan, M. y col., 2008), el porcentaje de solicitud de serología para VIH en las parejas de las mujeres estudiadas fue del 4,9%. En cierta medida, esta comparación entre ambos estudios evidencia la incorporación lenta, pero existente, del ofrecimiento del análisis a la pareja de la mujer embarazada.

Es de reconocer que en los primeros años en que comenzábamos a escribir recomendaciones acerca de la prevención de la TV del VIH en el país, proponíamos la realización del análisis diagnóstico a las mujeres embarazadas en lo posible –si habían llegado a tiempo como para poder solicitarlo– en el primer y en el tercer trimestre. Más adelante, reconocimos que era necesario tomar el tema en forma integral e incorporar al proceso de salud-atención-cuidado a la pareja de la mujer. No sólo para ofrecerle el testeo, sino como crecimiento hacia la atención integral y con una mirada más holística.

Puntualmente, cerca del año 2004 comenzamos a difundir la idea de ofrecer la serología para VIH a las parejas de las mujeres que consultaban ante un embarazo. Sin embargo, así como la Ley Perinatal mostró un fuerte impacto en el ofrecimiento de la serología a las mujeres embarazadas a lo largo de estos años, no se logró universalizar el ofrecimiento del testeo a su pareja.

En cuanto a la variable “parejas sexuales con VIH”, se incluyen parejas actuales o pasadas de la mujer estudiada. En esta investigación, el 83% de estas parejas, actuales o pasadas, se encontraban infectadas por el VIH. Este dato pudo ser consignado en 33 de los casos estudiados. Realmente, aunque no podemos de ningún modo generalizar ni extrapolar estos resultados, se hace evidente que hubo

oportunidades perdidas en la prevención de la TV y de la captación y oferta de seguimiento y acompañamiento a algunas de las personas afectadas.

7.6 Variable “estadio clínico”

En la gran mayoría de los casos, las mujeres se encontraban asintomáticas al momento del diagnóstico de infección por VIH, aunque llama la atención la proporción de mujeres en etapa de sida (23,6%) en comparación con los datos expresados por el nivel nacional, que es del 5% incluyendo eventos clínicos relacionados.

En el estudio realizado en CABA en el contexto de los proyectos del Fondo Global del año 2006, el porcentaje de mujeres con sida fue del 19,5% (Nan, M. y col., 2008).

Un estudio propio y de colaboradores (Basombrío, A. y col., 2004), realizado con financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación a través de una Beca Carrillo-Oñativia del año 2003, indicó que, para analizar los recursos utilizados y los costos generados en el manejo ambulatorio y hospitalario de las personas con VIH-sida, fueron relevados datos de 1.230 pacientes de la CABA y del conurbano bonaerense. 50 mujeres se encontraban embarazadas (11,8% del total de mujeres incorporadas en edad fértil). El 21% de ellas se encontraban en estadio C (enfermedad avanzada, sida).

De todas maneras, como en el resto de los estudios realizados y la totalidad de los reportes epidemiológicos recibidos en las diferentes jurisdicciones, la gran mayoría de las mujeres embarazadas con VIH se encuentran asintomáticas (67,2% en el presente; 58,5% en el estudio de caso de CABA 2003-2006 [Nan, M. y col., 2008]; 87%, informado por el Boletín Nacional de Sida [Boletín sobre el VIH-sida en Argentina, 2010]; 71% según el informe propio mencionado [Basombrío, A. y col., 2004]). Esto se debe, fundamentalmente, a la universalización de la oferta del testeo en las mujeres embarazadas desde el año 1997.

Se puede suponer que las mujeres de la presente investigación, en una proporción no menor (23,6%), han llegado al diagnóstico con una enfermedad avanzada, en una etapa conocida como diagnóstico tardío, por diferentes motivos. O algunas, como indican las observaciones de los registros, no han recibido o realizado correctamente el tratamiento para controlar la multiplicación del virus en forma

suficiente como para no producir la transmisión vertical. De las 13 mujeres con sida, 2 fallecieron poco más tarde del parto y 8 tenían historias de vida de gran vulnerabilidad.

Cabe mencionar la presencia de una mujer con síndrome retroviral agudo, que es la manifestación clínica de la primoinfección (infección recientemente adquirida), al tiempo que consideramos importante recordar que hubo 5 seroconversiones en el presente estudio.

7.7 Variable "vía de adquisición"

En el Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina del año 2010, en los datos del período 2007-2009, se observa que el 87,5% de las mujeres notificadas han adquirido la infección por vía sexual. El 3,6% lo han hecho por TV, el 1,5% son usuarias de drogas inyectables y se refiere un 0,4% de infectadas a través de transfusiones/hemofilia.

En los datos presentados por la Coordinación Sida de CABA en 2010 (Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010), el 91,8% de las mujeres se han infectado por vía sexual. El 2,4 son usuarias de drogas inyectables y el 2,2% se infectaron por TV. Todos datos similares a los registrados en la presente investigación.

Es decir, la vía de transmisión más frecuente es aquella originada en las relaciones sexuales sin protección, lo que significa sin uso de preservativo o con un uso incorrecto. En las mujeres referidas, las relaciones son heterosexuales en el 100% de los casos. Del porcentaje aún presente de usuarias de drogas inyectables, se trata de personas que se han infectado en años anteriores, en su mayoría. De hecho, la vía inyectable para el consumo de sustancias ha disminuido en forma significativa en la última década, cuando en los primeros años de la epidemia resultó un medio de infección muy frecuente. En cuanto a la infección por vía transfusional, todavía existe un mínimo porcentaje, generado seguramente hace varios años.

7.8 Variables relacionadas con los antecedentes obstétricos

7.8.1 Número de gestaciones

Se considera multiparidad a las mujeres que han tenido 3 gestaciones y más, una condición que ha sido referida como un factor de riesgo para la transmisión vertical del VIH.

En el presente estudio, tal como mencionamos en los resultados, de 43 mujeres con datos conocidos, el 65,1% fueron multíparas y de éstas, el 39,2% eran grandes multíparas (5 gestaciones y más).

A partir de los datos aportados por la Dirección de Estadísticas y Censos del Ministerio de Salud de la República Argentina, para el año 2010 las multíparas representaron el 30,3% para el total de nacidos vivos, mientras que en las grandes multíparas, la cifra fue del 3,6%.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las multíparas representaron el 19,3% y las grandes multíparas, el 3,1%.

Estos últimos datos sólo se mencionan a modo de ilustración. Los mismos no pueden ser comparados dado que sus denominadores son diferentes. Los aportados por la DEIS se refieren a número de nacidos vivos.

7.8.2 Control del embarazo actual

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Se considera un control adecuado un número de 5 evaluaciones durante el embarazo (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

Sin duda, el control prenatal brinda una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico reciban asesoría y cuidados.

Este dato se encontró casi en el 77% de los casos en estudio, aunque no se conoce cuántos controles tuvo cada mujer durante el embarazo. El 60% fue atendido por el equipo de salud, lo que significa que el 40% llegó al parto sin control de salud previo.

En la investigación realizada por la Coordinación Sida sobre el proyecto de prevención de la TV del VIH 2003-2006 (Nan, M. y col., 2008), se encontraron los siguientes datos: el 51% de las mujeres no tuvieron control durante el embarazo; el 32% tuvo un control adecuado; el 15% fue inadecuado y el 2% fue desconocido. Se consideró como control adecuado a 5 o más evaluaciones durante el embarazo.

Entre las mujeres que no realizaron el control o lo hicieron en forma inadecuada, se suma el 66% de los casos.

En cuanto a la ruptura prematura de membranas –otro factor favorecedor de la TV del VIH–, 9 (24,3%) de las 37 mujeres en las que se contó con el dato presentaron ruptura prematura de las membranas ovulares, desconociéndose la cantidad de horas en que se dio esta situación.

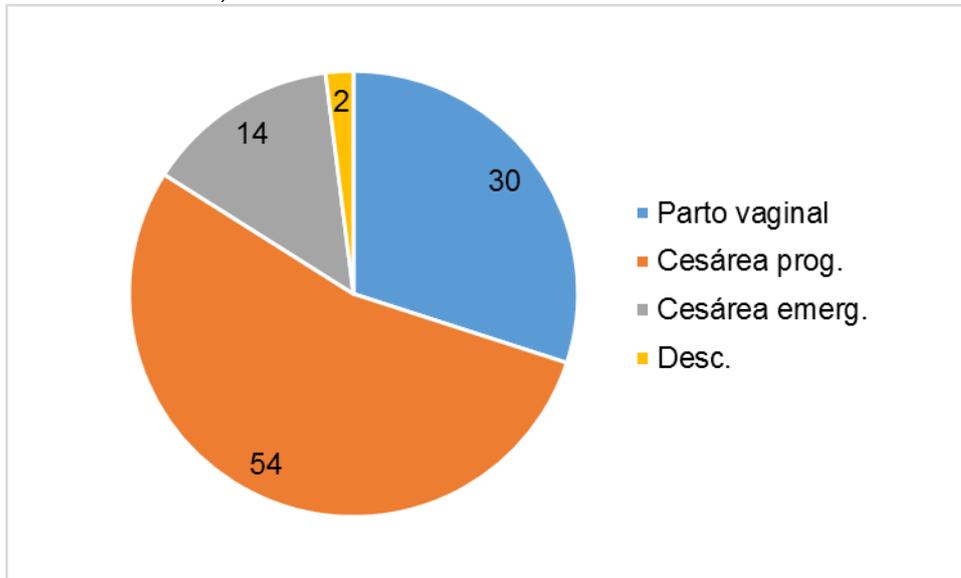
7.8.3 Tipo de parto

Como hemos mencionado en el marco teórico, el tipo de parto incide en la posibilidad de incrementar la TV del VIH. Este factor se encuentra asociado a la carga viral materna, aunque en la presente investigación no se pudo conocer si hubo relación estadísticamente significativa entre la elección del método de finalización del embarazo y la carga viral de las mujeres. Esto se debió a la escasa cantidad de datos obtenidos en cuanto a la carga viral materna en etapas finales del embarazo.

Conocemos que, de 57 mujeres en las que se cuenta con el dato de finalización del embarazo, 24 tuvieron un parto vaginal, 23 una cesárea programada y 10, cesárea de emergencia. Este último ítem está asociado a una mayor transmisión.

A continuación, se presentan los porcentajes en la distribución del tipo de parto que, según la publicación oficial –Situación epidemiológica del VIH-sida en CABA, 2010–, correspondieron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el período 2003-2009.

Figura N° 43. Tipo de parto. Situación de la transmisión perinatal en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010



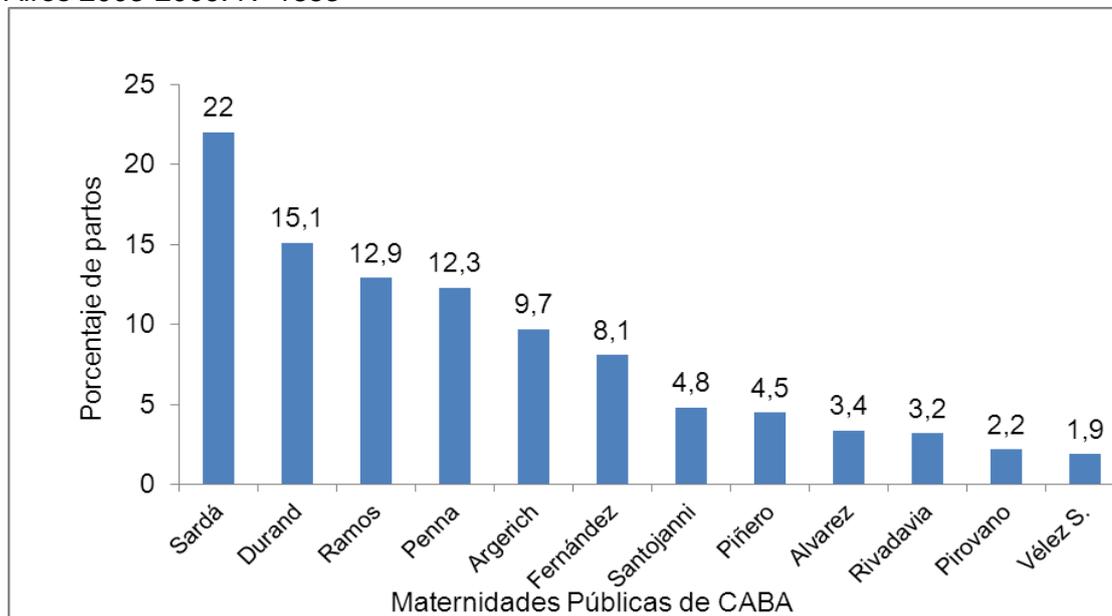
Fuente: Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010

El porcentaje de cesáreas programadas o electivas es mucho mayor que en la presente investigación y es bastante similar el porcentaje de cesáreas de emergencia. Cabe mencionar que hay una tendencia mundial al incremento del número de cesáreas en términos generales en toda la población, como se observa a lo largo de los años.

7.8.4 Lugar donde se realizó el parto

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de partos en los hospitales públicos de la CABA.

Figura Nº 44. Distribución de partos en mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2003-2009. N=1853

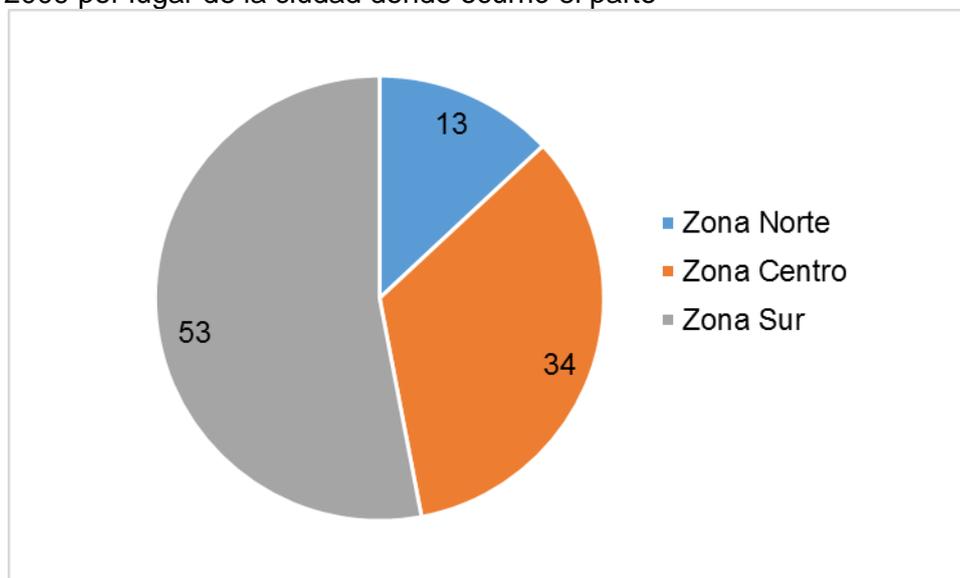


Fuente: :Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010

La clasificación de partos por institución es bastante similar en la presente investigación, lo mismo que la distribución por zona geográfica de la ciudad, arbitrariamente definida. La Zona Norte está constituida por los hospitales generales de agudos Juan Fernández, Ignacio Pirovano y Bernardino Rivadavia. La Zona Centro, por los hospitales Teodoro Álvarez, Carlos G. Durand, José M. Ramos Mejía y Dalmacio Vélez Sarsfield. La Zona Sur, por los hospitales Cosme Argerich, José A. Penna, Parmenio Piñero, Donación F. Santojanni y el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Veremos en el siguiente gráfico la distribución de partos por zona.

Figura N° 45. Datos sobre 1.852 partos producidos en mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009 por lugar de la ciudad donde ocurrió el parto



Fuente: Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010

Estos datos son casi exactamente iguales a los partos producidos en mujeres con VIH en las maternidades de la CABA en el período 2003-2009.

7.9 Antecedentes relacionados con los hijos

El N° de hijos con VIH fue en su mayoría 1 (uno), aunque 8 mujeres (12%) de las 65 tienen 2 hijos con VIH. Hemos comentado en los resultados que estas mujeres condensan historias de vida de enorme vulnerabilidad, que serán detalladas y analizadas más adelante.

7.10 Variables relacionadas con el monitoreo diagnóstico

7.10.1 Datos sobre la carga viral

Este tema, tan importante para la prevención de la TV, nos muestra en el trabajo actual que las mujeres tuvieron a su alcance el monitoreo de la carga viral en el 32% de los casos en algún momento de su embarazo. Durante el tercer trimestre sólo lo tuvieron el 23%. 4 de las mujeres tuvieron cargas virales menores a 1000 copias/ml. Esto ha sido uno de los factores que favoreció la transmisión.

Además, marca una dificultad en el acceso a la prestación o en llegar a tiempo con los resultados. Son múltiples las causas que pueden estar operando.

Hace ya varios años que la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación ha establecido como una urgencia la realización de la carga viral en las mujeres embarazadas y ha facilitado enormemente la posibilidad de contar con el estudio. Sin embargo, es evidente que están actuando otros factores, posiblemente temas de accesibilidad relacionados con las condiciones de vida de las personas. Es real también que esto se enmarca en el contexto de un escaso control del embarazo.

Según un estudio efectuado en CABA en 2006 (Nan, M. y col., 2008), 75% de las mujeres realizaron 1 carga viral en el embarazo. 20% en el primer trimestre, 33,3% en el segundo trimestre y 4,6% en el tercer trimestre (el más importante para decidir el modo de parto). De todos modos, en relación con la presente investigación, han tenido en este caso mayor acceso a la prestación. Un cuarto de las mujeres presentaron cargas virales < 1000 copias/ml.

Para octubre de 2014, a la hora de definir el modo de parto se recomiendan cargas virales indetectables.

7.10.2 Variable “recuento de CD4”

En un estudio de caso de 2006, de las 20 mujeres con diagnóstico previo o durante el embarazo, el 55% realizaron al menos un recuento de CD4 y un cuarto de ellas tenían <200 CD4. En el presente estudio sólo 15 mujeres realizaron el recuento de CD4.

Según el Boletín sobre el VIH-sida en Argentina del año 2010, una de las dos regiones que mostraron cambios en la proporción de personas a quienes se les autorizaron estudios en relación con el total del país fue la CABA, que descendió del 42% al 34% entre 2003 y 2009. Las demás regiones, excepto Cuyo, mostraron un incremento en la gestión de estudios de seguimiento (carga viral y recuento de CD4). Además, la cantidad de personas diagnosticadas aumentó en estos años. Es posible que en el caso de CABA hayan existido otros canales de realización de estudios de seguimiento.

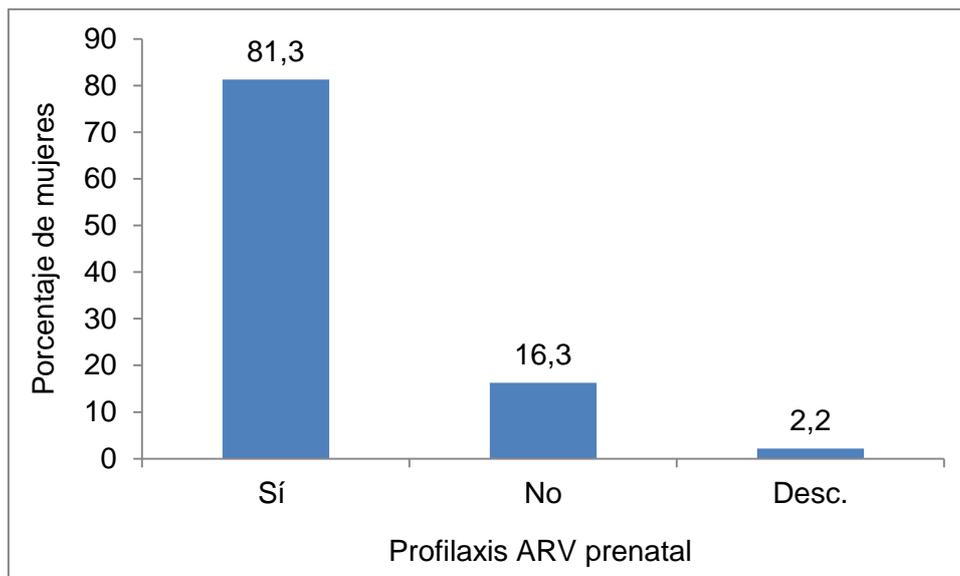
7.11 Datos sobre tratamientos

7.11.1 TARV prenatal

También hemos mencionado en varias oportunidades que el tratamiento ARV temprano, en relación con el tema que nos ocupa, resulta crucial para la prevención.

En este caso, el 59% no tuvo tratamiento ARV prenatal y el 32% recibió TARV durante el parto. Al comparar estos datos con los publicados por la Coordinación Sida, se observa una fuerte diferencia (Situación epidemiológica del VIH-sida en CABA, 2010).

Figura N°46. Profilaxis prenatal recibida. Mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009



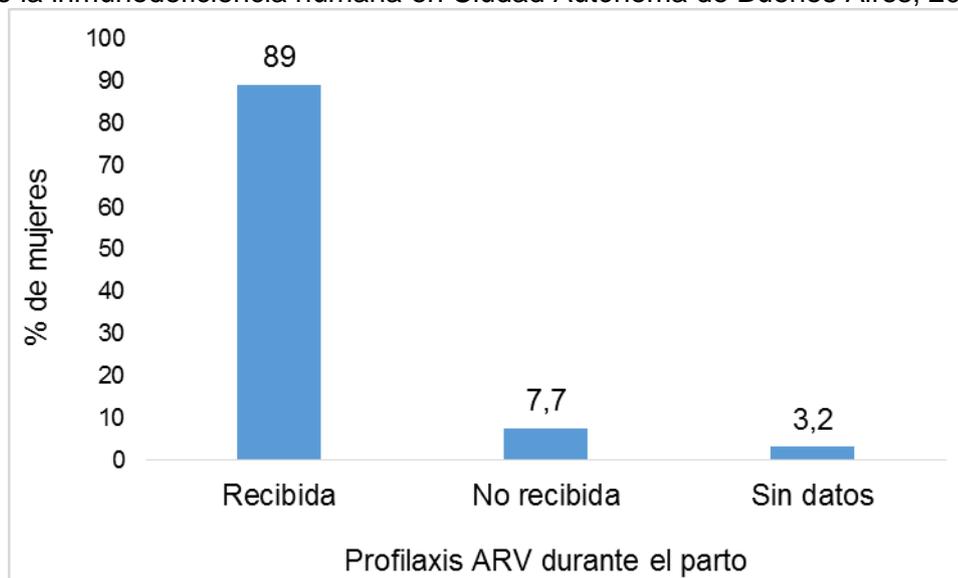
Fuente: Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010

7.11.2 Profilaxis durante el parto

El 68% de las mujeres recibieron profilaxis con ARV durante el parto.

En los datos publicados por la Coordinación Sida, los resultados mostraron una mayor proporción de ARV recibidos durante el parto que en el presente estudio.

Figura N° 47. Profilaxis recibida durante el parto. Mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009



Fuente: Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010

7.12 Variables relacionadas con factores afectivo-emocionales

Aquí hemos considerado los episodios de discriminación, estigmatización o violencia sufridos por las mujeres.

Para comenzar con este análisis, es necesario comentar que uno de los datos que debemos mencionar es que en varias de las historias clínicas y en las historias sociales se hace mención al diagnóstico de infección de la persona con la frase “fecha desde que es HIV”. Desde hace muchos años se ha trabajado intensamente en el lenguaje utilizado para desalentar la discriminación o, dicho de otra manera, para que las personas no se vean ni se sientan diferentes a otras por la situación de estar infectados, ya que no lo son.

El término de “ser HIV” no es explicable, dado que una persona no es el virus, sino que está infectada por él. El término fue variando a lo largo de los años, siempre con la intención de no ser nunca despectivos frente a la situación a través de la manera de hablar, o inclusive la gestual. En una época no muy lejana se hablaba de personas que viven con el virus, aunque ahora existe una tendencia a utilizar el término persona con VIH. Y en cuanto a las siglas del virus, se prefiere la de VIH, ya

que son las primeras letras del virus de la inmunodeficiencia humana en castellano y no en inglés (HIV, por *human immunodeficiency virus*).

José Ricardo Ayres y col. han publicado en 2006 un artículo denominado “Vulnerabilidad, derechos humanos y necesidad de atención integral de la salud en jóvenes que viven con VIH”. Los autores han buscado identificar y comprender las necesidades de cuidado de la salud de personas jóvenes que viven con VIH o sida, especialmente en términos de su bienestar psicosocial. Para ello, condujeron un análisis cualitativo incluyendo personas con VIH y sus cuidadores, y se focalizaron en las implicancias de un diagnóstico de dichas necesidades.

El estigma fue un ítem recurrente que apareció en las entrevistas realizadas y se hizo evidente que los jóvenes habían sido privados de muchos derechos para el cuidado de su salud. En el estudio, los autores concluyen que los jóvenes deben recibir atención integral de su salud con un enfoque de derechos humanos y han establecido una serie de recomendaciones prácticas para los programas de salud.

Este dato, en la presente tesis, ha sido muy poco consignado en las historias clínicas y sociales, tanto que ha sido considerado despreciable. En las observaciones, tomadas fundamentalmente de las historias sociales, podremos observar que los resultados de la investigación de Ayres establecen puntos de contacto entre ambas.

Los datos, tomados como se mencionó, del instrumento de recolección de los mismos, lejos de ser presentados como factores en sí mismos estigmatizantes, nos hablan de historias de vida de mucha vulnerabilidad. En estas mujeres y en estas familias, convergen varias de las situaciones mencionadas.

En el estudio actual se mencionan en 23 casos dificultades de la mujer en la adherencia al tratamiento; 8 casos de niños tomados por el Juzgado, Consejo del Menor o la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes; 6 pérdidas de seguimiento del niño; 6 niños que viven con familiares; 5 casos en que la madre ha fallecido; 5 casos relatados de violencia familiar o de género; 4 niños que viven en un hogar de menores; 3 mujeres que ejercen el trabajo sexual; en 3 casos, las mujeres se encuentran en situación de privación de la libertad, 3 parejas en la misma situación; 2 relatos expresados de temor a la discriminación o la negación; 2 casos de enfermedad psiquiátrica grave.

Ayres, J.R. y col. llevaron adelante una investigación en jóvenes que vivían con VIH en 2006, donde el estigma fue un tema recurrente en las encuestas realizadas a las personas entrevistadas.

De las 22 entrevistas realizadas, 11 adolescentes contrajeron la infección por transmisión vertical y de éstos, 7 estaban a cargo de familiares directos (que no eran ni el padre ni la madre) o de padres adoptivos y 2 se encontraban institucionalizados. En esto encuentro similitudes con la presente investigación.

Se resume en la tabla siguiente el modo de exposición de estas personas incorporadas, su género, edad y el cuidador.

Cuadro N°3. Datos de las encuestas realizadas por Ayres y col. Investigación año 2006.

Modo de exposición al VIH	Género	Edad	Cuidador
TV	F	13	Padre
TV	F	13	Abuela
TV	F	14	Padres adoptivos
TV	F	14	Padres adoptivos, hermanos
Desconocido	M	14	Tíos, abuelos, primos
TV	F	14	Institución
TV	F	15	Abuelos, hermanos
Desconocido	M	15	Padre, madre
TV	F	15	Tíos, abuelos, primos
TV	F	15	Tíos y otros familiares
TV	M	16	Hogar
Transfusión	F	16	Hogar
Desconocido	M	16	Parientes y hermana
TV	M	17	Abuelos y tía
Sexual	F	17	Institucional
Desconocido	M	17	Parientes, hermanos
Sexual	F	18	Padre, hermanos
Sexual	M	18	Madre, padre, hijos de la madre
TV	M	18	Padre, hermanos
Sexual	M	19	Parientes, hermanos.
Sexual	F	20	Marido, madre PPL, hermanas
Desconocido	M	20	Madre, padre, hijos de la madre

Fuente: Ayres, J.R. y col., 2006

7.13 Variables del niño

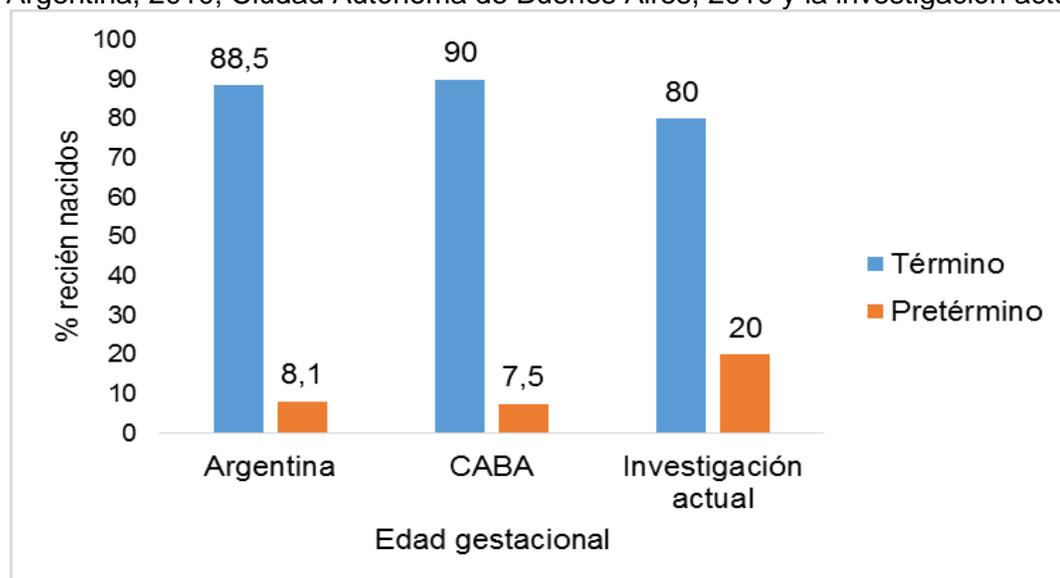
7.13.1 Edad gestacional al momento del parto

Dos de las variables del recién nacido relacionadas con una mayor probabilidad de TV del VIH son el pretérmino y el bajo peso al nacer.

En cuanto a datos generales, podemos resaltar que los nacidos vivos totales en la Argentina en el año 2009 fueron 745.336. El porcentaje de niños nacidos a término fue del 88%, aquellos considerados pretérmino, del 8%; postérmino un 0,6% y sin especificar un 2,5%

En los dos gráficos que siguen se establece un cuadro comparativo entre los datos de la República Argentina, los de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los de la investigación actual, donde se observan diferencias entre ellos.

Figura N° 48. Comparación de la variable “edad gestacional” según datos de la Argentina, 2010; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010 y la investigación actual



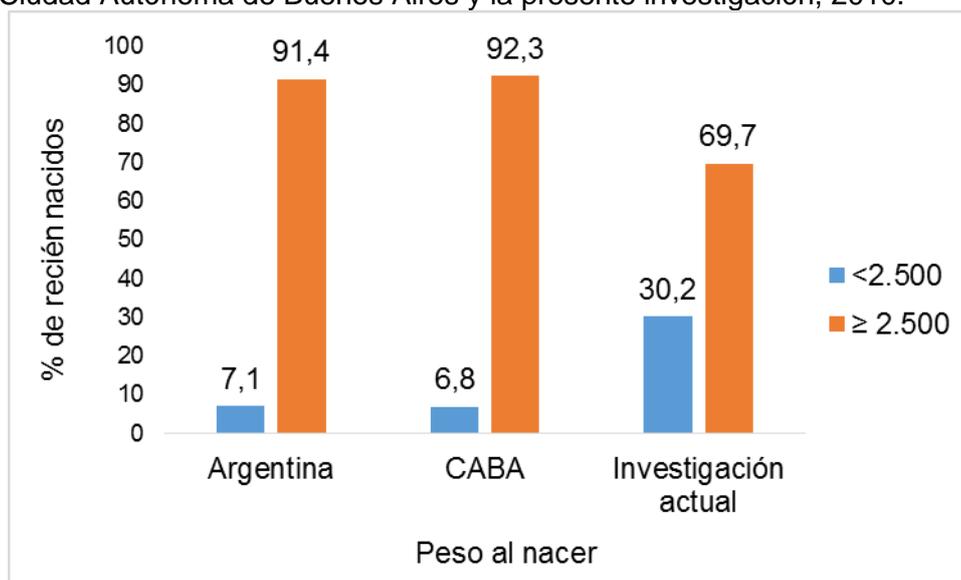
Fuente: DEIS, 2010; Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010; Investigación actual.

En la CABA es aún mayor el porcentaje de recién nacidos a término, y un 7,5% fueron pretérmino. Claramente se observa un porcentaje mucho mayor en los datos actuales (20% pretérmino), lo que indica la existencia de otro factor que ha operado como favorecedor de la TV del VIH en los 65 casos conocidos entre los años 2003-2009. El dato se registró en el 61,5% de los casos.

7.13.2 Peso al nacer

También aquí hemos elaborado un cuadro comparativo, como mencionamos anteriormente.

Figura N° 49. Comparación entre los datos de peso al nacer en Argentina, 2010; Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la presente investigación, 2010.



Fuente: DEIS, 2010; Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010; investigación actual, 2010

El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en los datos globales argentinos es del 7,1%, mientras que en la CABA es algo menor, el 6,8%, en tanto que en el estudio actual asciende al 30,2%.

También aquí se hace evidente que ha sido otro factor favorecedor de la TV del VIH en este último grupo.

7.13.3 Lactancia

La posibilidad de transmisión del VIH a través de la lactancia es de alrededor del 16% y se incrementa en determinadas condiciones, como el tiempo de amamantamiento, las mastitis, abscesos mamarios o grietas del pezón.

En este estudio, de los casos en que se conoce el dato (N=54), 7 mujeres (casi el 13%) dieron de mamar a sus hijos, una cifra que pone de manifiesto principalmente el diagnóstico tardío. Tres mujeres tuvieron diagnóstico de infección

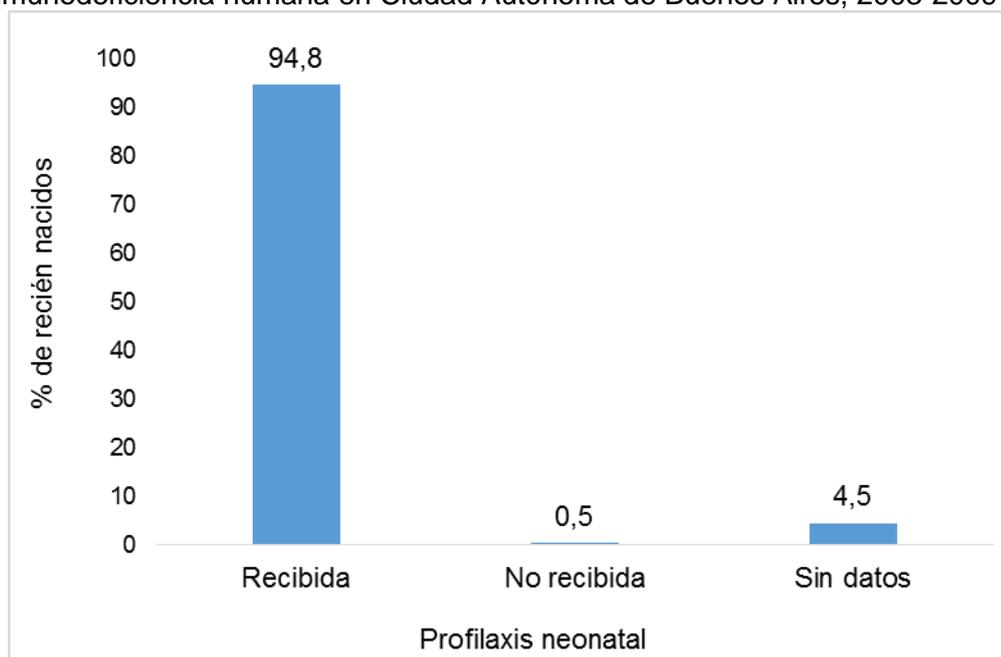
por VIH durante el trabajo de parto y 1 durante el puerperio. En las restantes 3 mujeres se desconoce el momento del diagnóstico. Ninguna de estas 4 mujeres tuvo TARV durante el embarazo ni durante el parto.

7.13.4 Profilaxis neonatal

El 91% de los niños recibieron profilaxis neonatal. Una minoría de los casos lo hizo en forma completa.

En el siguiente gráfico, se observan los datos presentados por la Coordinación Sida para 2010.

Figura N° 50. Profilaxis neonatal recibida. Mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2009



Fuente: Coordinación Sida. Ministerio de Salud, GCBA, 2010

En el estudio de CABA 2003-2006, el porcentaje de profilaxis neonatal recibida fue del 97,4. En este caso, los datos son similares.

7.13.5 Diagnóstico del niño

En el niño, el diagnóstico se realiza con la búsqueda de partículas virales presentes en el suero. En términos generales, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se realiza en las primeras 24 o 48 horas, cuando la mujer se encuentra aún internada, aunque si la infección se produjo durante el parto se encontrará aún en período de ventana. De todos modos, suele realizarse como oportunidad de prevención.

En este caso, la primera PCR fue reactiva en el 70,5 % de los casos y el rango en que se realizó fue de las 48 horas a los 7 meses.

La segunda PCR fue reactiva en el 94% de los casos y el rango para su realización varió entre <1 mes a 6 meses.

En los niños en que fue necesario realizar una tercera PCR, 33 resultaron reactivos (50,7%).

Estos períodos prolongados para la realización del diagnóstico en el niño pueden estar relacionados con la pérdida de seguimiento del niño por un tiempo, la dificultad de la/del madre/padre para llevarlos a la consulta y muchas veces la resistencia a la extracción de sangre del niño.

Existen 8 registros de enzimoimmunoassay (test de ELISA) realizados: todos fueron reactivos. En 5 de los 65 casos de la presente investigación, no correspondía aún realizar ELISA, ya que no llegaban a los 18 meses de vida. Hay un registro de dosaje de RNA cualitativo.

En la presente investigación quedan planteadas el retraso en el momento del diagnóstico del niño y las aparentes dificultades para su atención.

7.13.6 Lugar de seguimiento del recién nacido/n niño

El hospital de seguimiento más frecuentemente elegido es el Garrahan, seguido por el Ramos Mejía y luego por el Santojanni. Probablemente en estos dos últimos hospitales hayan continuado la atención con el equipo de transmisión perinatal adecuado para el seguimiento.

Un porcentaje de casos no se encuentra en seguimiento, o bien, este dato se desconoce.

8. CONCLUSIONES

En primer lugar, y en relación con el objetivo general de la presente tesis (identificar y describir variables que estuvieron relacionadas con la TV del VIH en niños infectados nacidos en el sistema público de salud de la CABA en el período 2003-2009), se ha logrado recabar información que aporta al estado del conocimiento en la materia.

Muchas de las variables elegidas para el análisis y la observación han sido recolectadas y analizadas, así como comparadas con otros estudios y datos generales de la epidemia de VIH en la Argentina y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y muchas veces arrojaron resultados contundentes sobre algunos factores que favorecen la transmisión vertical del VIH en la ciudad.

Las variables que se consideraron despreciables cuando se obtuvieron menos del 20% de los datos fueron fundamentalmente aquellas vinculadas con los factores sociales y de condiciones de vida. Esto amerita revisar nuestros registros, es decir, los del sistema de salud. Este hallazgo –la falta de información en estos aspectos– coincide con otros estudios encontrados en la literatura.

En función de este apartado y de aquellos datos que sí fueron registrados y aportaron al estado del conocimiento, es de mencionar y considerar que la vigilancia epidemiológica debe ser sostenida, y aun mejorada, a través del tiempo. Para esto ha sido de máxima utilidad el contacto con los equipos y el acompañamiento continuo.

En cuanto a las variables epidemiológicas estudiadas sobre las mujeres –cuyo primer objetivo específico considerado fue describir las características epidemiológicas de la población de mujeres embarazadas con VIH que transmitieron el virus a sus hijos en el período 2003-2009 en la CABA–, los hechos más relevantes encontrados fueron los siguientes.

Se observó una alta proporción de mujeres adolescentes, y un mayor porcentaje (>70%) de mujeres casi una década más jóvenes que las descritas en los datos generales de la situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el año 2010.

En acuerdo con los datos brindados por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, la mayor proporción de personas con VIH notificadas residen en la CABA y el conurbano bonaerense. Es de hacer notar que el

60% de las mujeres que transmitieron el VIH a sus hijos en la presente investigación residen en la CABA y el porcentaje restante, en el conurbano bonaerense, dato que es mayor a otros publicados y ya mencionados.

Un dato muy importante es el nivel de instrucción, marcadamente más bajo que en otros estudios y los datos generales: el 60% de estas mujeres no han ingresado a la escuela secundaria (estudios primarios completos o menos), el 32,1% no ha completado el ciclo secundario, el 8,8% tiene el secundario completo o más. El porcentaje de analfabetismo triplica las proporciones de la población sin VIH y duplica o más la de las mujeres con VIH notificadas al organismo oficial del Ministerio de Salud la CABA.

La mayoría de las mujeres carecían de trabajo formal y/o de obra social.

Estas tres últimas variables recién mencionadas brindan una información aproximada sobre el perfil socioeconómico de la población estudiada. Es decir, los datos encontrados en éste y otros estudios demuestran la relación entre mayores índices de pobreza o de falta de acceso a la educación y al trabajo con la mayor posibilidad de transmisión de infecciones como la del VIH, entre otros.

El momento del diagnóstico es otro elemento clave para la prevención de la TV del VIH. En este estudio, el 29,2% de las mujeres recibieron su diagnóstico de infección por VIH durante el trabajo de parto o el puerperio.

Por otra parte, se registraron 5 seroconversiones, una de las situaciones más favorecedoras de la transmisión, ya que la replicación viral es máxima durante la primoinfección.

Durante el embarazo actual fue pobre el ofrecimiento del testeo a la pareja de la mujer estudiada. De la recolección de datos -escasos de las parejas actuales y la mayoría de las parejas pasadas-, se pudo conocer que el 83% de las parejas eran reactivas al VIH.

En cuanto al estadio clínico, el 23,6% de las mujeres presentaron etapas avanzadas de la enfermedad en el embarazo actual. De las 13 mujeres con sida, 2 fallecieron poco más tarde del parto y 8 tenían historias de vida de gran vulnerabilidad.

Casi todas estas mujeres adquirieron el virus por vía sexual, salvo una pequeña proporción de usuarias de drogas inyectables y una mujer que contrajo la infección durante una transfusión.

Un dato llamativo y también favorecedor de la TV del VIH es el gran porcentaje de multiparidad observado en las mujeres de la presente tesis. De las que se obtuvo el dato (66,1%), las cifras de multiparidad, que incluyen grandes múltiparas, duplicaron y triplicaron las encontradas en los datos oficiales nacionales y de la ciudad de Buenos Aires.

Un 24,3% de las mujeres tuvieron ruptura prematura de membranas, también descrito como factor favorecedor de la transmisión, aunque no pudo establecerse el tiempo de la RPM.

El número de controles del embarazo encontrados fue bajo. Sabemos que el 60% de las mujeres realizaron un control al menos una vez.

En cuanto al modo de finalización del parto, se encontró un alto porcentaje de cesáreas de emergencia, favorecedoras de la TV del VIH. Más de la mitad de las mujeres tuvieron una cesárea programada.

El lugar donde se realizó el parto fueron las maternidades de la Zona Sur en un 53% de los casos, donde las condiciones de vida reúnen mayores condiciones de vulnerabilidad; un 34% en maternidades de la Zona Centro de la ciudad y el porcentaje restante, en la Zona Norte.

En cuanto al número de hijos con VIH, 12,3% de las 65 mujeres tienen 2 hijos infectados y, de ellas, todas condensan historias de vida de enorme vulnerabilidad.

El acceso a los estudios de seguimiento de laboratorio específicos fue bajo en términos generales, interesándonos fundamentalmente la carga viral y, en lo posible, en el tercer trimestre del embarazo. Esto sucedió sólo en el 23% de los casos.

Otro factor fundamental demostrado es el tratamiento antirretroviral prenatal recibido, que en este estudio fue alrededor del 41% de los casos, sin certeza sobre el momento prenatal en que lo comenzó. Durante el parto, lo recibieron el 68% de las mujeres, un número bajo para disminuir la TV del VIH.

Al tomar en consideración los datos de las observaciones registradas en las historias sociales y en algunas pocas historias médicas –a pesar de que los datos puntuales sobre violencia, estigma y discriminación no pudieron ser recolectados en forma sistemática por no tenerlos disponibles–, se observa una tendencia a la concentración de factores de gran vulnerabilidad en estas mujeres y sus familias, de acuerdo con lo relatado tanto en los resultados como en la discusión.

En cuanto al segundo objetivo específico planteado –describir las características epidemiológicas de los niños infectados por el VIH por TV en el período 2003-2009 en CABA–, también han sido relevantes los hallazgos que hablan una vez más de los factores involucrados en la transmisión. El 20% de los recién nacidos lo hicieron pretérmino, mientras que el 30,2% de los recién nacidos pesaron <2.500 kg. Ambos factores relacionados con la transmisión vertical son mucho mayores a lo observado en datos nacionales y jurisdiccionales.

El 12.9% de los recién nacidos estuvieron expuestos a la lactancia materna.

La mayoría de los neonatos recibieron la profilaxis posterior al nacimiento, aunque un número escaso lo hizo en forma completa.

El diagnóstico de infección en el niño se realizó en alrededor de 7 meses. Indudablemente, todos han cumplido la definición de caso, el comentario que debemos hacer es que los procesos diagnósticos fueron algo retrasados en tiempo y casi no existe el dato serológico de los 18 meses.

El lugar de seguimiento del niño sigue la lógica de los hospitales de referencia de esta infección.

El tercer y cuarto objetivo específico –describir la prevalencia de variables conocidas y relacionadas mundialmente con la TV en los casos en estudio, como variables maternas, obstétricas, fetales/neonatales, virales, obtenidas a partir de documentos, y explorar los circuitos de atención sanitaria de las mujeres embarazadas con VIH cuyos hijos se infectaron por TV– han sido descriptos en forma conjunta con los anteriores, ya que se articulan entre sí mismos.

Dentro de las conclusiones de la presente tesis, considero necesario reflexionar acerca de uno de los conceptos vertidos en el capítulo del libro *Hechos y palabras* de la Coordinación Sida. En 2007, al escribir el capítulo de prevención de la TV, lo titulamos “TV: un logro del sistema de salud”. Hoy no lo titularía así. Entiendo que el equipo de salud ha realizado enormes esfuerzos, tanto desde el punto de vista netamente epidemiológico como en lo asistencial; en menor medida en la actividad comunitaria. Sin embargo, la prevención de la TV, como todo, implica un esfuerzo compartido. Las personas que consultan al equipo de salud toman decisiones: si se realizan el análisis para conocer su estado de infección, si desean o logran escuchar el asesoramiento y la información que se les brinda –esperando sea cada vez más adecuada a sus necesidades–; en el caso de diagnosticarse la infección por VIH,

serán esas personas quienes deban tomar sistemáticamente la medicación, mantenerla, sostenerse emocionalmente, vivir con la mayor plenitud posible... Creo que si mejoramos la situación actual, la prevención de la TV del VIH será un logro compartido por los equipos de salud y por las personas que realizan sus propios cuidados acompañados y fortalecidos por las personas que conforman los equipos, los familiares que puedan incorporarse al proceso, los amigos, y la apuesta a que cada vez construyamos una sociedad con menos carga de discriminación.

Por otra parte, nos resulta importante hacer una consideración respecto de la posibilidad de que la presente tesis sirva como base para nuevas investigaciones que continúen aportando al estado del conocimiento y que puedan profundizar los aspectos vinculados a las desigualdades sociales, probablemente realizadas desde o junto a otras disciplinas. Los aspectos biológicos son ya bien conocidos y han logrado reafirmarse y completado en la presente tesis. Si bien hemos podido recabar observaciones y datos indirectos sobre factores que operan en el contexto de la TV del VIH que no están exclusivamente relacionados con las variables clásicas maternas, fetales/neonatales, obstétricas y virales, entre otras ya largamente descritas, es de esperar que nuevas investigaciones tengan a su alcance mejorar la comprensión del rol de los factores –por así llamarlos– sociales y de inequidad. De su complejo y desafiante abordaje entre varios sectores que profundicen con pensamiento renovado, creemos, depende el alivio de situaciones humanas dolorosas como ésta.

8.1 A modo de recomendaciones y sugerencias

Es evidente la importancia del diagnóstico temprano del embarazo y del testeo, dentro de lo posible en etapas preconcepcionales. Es necesario continuar fomentando y facilitando la estimulación del testeo para VIH para que las personas conozcan su estado de infección o de no infección, brindando información en cualquiera de las dos situaciones. Dentro de estas estrategias, se encuentra la conformación de centros para favorecer el testeo, en diferentes espacios y con la propuesta del test rápido, que brinda información precisa en tiempo breve, junto al acompañamiento requerido según el caso.

Asimismo, es parte de nuestro compromiso continuar realizando asesoramiento para las mujeres y sus parejas, tanto como para la población general.

No puede faltar la dotación a los servicios de insumos propiciando la adecuada utilización de los medios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Lo mismo para los circuitos de atención de los equipos de salud. Debemos revisar los circuitos del sistema de salud: la atención médica, la del laboratorio, de la farmacia, de enfermería, de trabajo social, de salud mental, entre otros. Intentar identificar problemas y obstáculos en cada lugar que limitan el abordaje integral, de manera de ir mejorando la posibilidad de encontrar menores brechas para no continuar perdiendo oportunidades de prevención.

Esto, a la vez que preocupa, invita al desafío de mejorar tanto los circuitos de atención como a pensar mejores estrategias para lograr el mejor control del embarazo, la incorporación de la pareja de la mujer a la atención y a tener una mirada más abarcativa de los problemas que colaboran con la situación en la que nos encontramos. El VIH probablemente sea el menor problema que tienen estas personas y que antes les han pasado muchas cosas que devienen en la situación descrita en esta tesis, pero que van mucho más allá del propio virus y su posibilidad de transmisión.

Hay puntos básicos muy conocidos sobre la prevención de la TV del VIH y tantas otras infecciones de transmisión sexual. Sabemos que es una de las vías de transmisión de infecciones que puede llegar a disminuirse al mínimo; que requiere de conocimientos médicos y comunitarios que están bien establecidos; que se necesita compromiso de los gestores, de los trabajadores de la salud, de la sociedad civil y de la sociedad en general.

La práctica acumulada en este aspecto ha permitido establecer intervenciones específicas y costo-efectivas.

El hecho de promover el desarrollo de espacios de intercambio y actualización entre quienes trabajan en el campo es uno de los ejes a trabajar y profundizar. Aunque en algunos casos parece que las capacitaciones sobran y quienes nos dedicamos al tema muchas veces nos frustramos, ya que no parecen suficientes los resultados obtenidos (me refiero a la falta de interés o compromiso de otras personas en sumarse a las actividades), siempre hay gente que se incorpora y que necesita de renovados entrenamientos. Es posible que, dado que hay avances

permanentes en el abordaje de la epidemia en su conjunto y de temas particulares, sea necesario capacitar en forma periódica a los integrantes de los equipos. Cada vez se hace más evidente que estas formaciones deben ser acompañadas por la práctica. Es decir, luego de brindar un mínimo y correcto contenido de conocimiento sobre el tema, invitar a las personas a acompañarnos en los consultorios, los espacios de asesoramiento, las actividades masivas, entre otros.

La prevención de la TV del VIH es altamente sustentable con acciones realizadas por el Estado. Es necesario articular estas acciones, de hecho ya se mencionó el déficit en el trabajo interprogramático e intersectorial en secciones de la presente tesis.

Sin duda, la epidemia de VIH ha repercutido en un trabajo creciente sobre los ya tensos sistemas de atención de salud. Teniendo en cuenta la importante carga de morbilidad que pesa sobre los países con pocos recursos, la necesidad de efectuar intervenciones eficaces y poco costosas es capital. Las respuestas generales comprenden una amplia gama de actividades de prevención y asistencia.

El trabajo conjunto de los equipos suma saberes y produce ajustes en los circuitos, por lo cual es fundamental apelar a nuestra habilidad para crear caminos alternativos a los procedimientos que se están haciendo.

En relación con un tema no menor, como lo es la distribución de los recursos destinados a la prevención y al fortalecimiento de la atención, hay muchos factores que contribuyen a las decisiones acerca de esta distribución; entre ellos, figuran los problemas de la sensibilidad, aceptabilidad, igualdad y eficiencia. A través de la utilización de ciertos indicadores pueden medirse consecuencias directas, indirectas y tangibles, o bien una combinación de las tres.

Las consecuencias directas se refieren al impacto del programa en las personas y los ahorros en los costos del tratamiento. Las consecuencias indirectas incluyen otros beneficios secundarios, como por ejemplo la reducción de otras infecciones transmitidas sexualmente como resultado de un aumento en la tasa de uso del preservativo.

Las consecuencias intangibles son las que están asociadas con un dolor y un sufrimiento menores. Esos efectos constituyen una parte importante de los objetivos de los servicios, pero son en general poco cuantificables.

Es necesario desarrollar programas para reducir el número de nuevas infecciones, tanto en los no infectados como en las personas ya en tratamiento. También resulta trascendente reiterar la necesidad de sostener y profundizar las medidas de prevención y de promoción de la salud, particularmente las que han demostrado ser más efectivas.

La profundización de acciones sociales para mejorar la adherencia al tratamiento requiere intervenciones interdisciplinarias y desde diferentes instancias institucionales. El cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento y controlar una variabilidad terapéutica ajustada a las mismas es un factor importante para mantener una efectividad en la atención y para ordenar la disponibilidad de medios y recursos para sostener los programas.

Es significativo considerar el tema de accesibilidad, para lo cual se requieren estudios para comprender cuáles son los elementos más importantes en esta área. Es probable que debamos considerar la disponibilidad de recursos, las limitaciones para proporcionar el nivel adecuado de atención que establecen las recomendaciones, el papel que juega la gestión en los diferentes hospitales, la implementación de procedimientos de calidad y la condición subjetiva y objetiva del paciente en el momento de sugerir los tratamientos.

El monitoreo de las acciones debe ser también articulado desde los programas de salud con otros sectores de gobierno y con la sociedad civil.

Según manifiesta Alleyne en un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 1998, durante el último decenio, varios de los principales indicadores de salud de las Américas han mostrado una considerable mejoría, resultante de factores sociales, culturales y tecnológicos favorables, así como de una mayor disponibilidad y acceso a los servicios y programas de salud. Sin embargo, la mejoría no ha sido igual para todos los países, ni para todos los grupos humanos de un país cualquiera. Estos conceptos, en nuestro parecer, continúan vigentes. Diversas publicaciones documentan estas desigualdades

El logro de la equidad en salud es fundamental en la región de las Américas, en particular en América Latina y el Caribe, cuya distribución del ingreso es la más inequitativa del mundo. La disminución de las desigualdades constituye un desafío y un compromiso para los gobiernos, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos e instituciones que actúan en este campo. La obtención de evidencia

objetiva sobre las diferencias en las condiciones de salud y de vida representa el primer paso para distinguir las inequidades en salud. Desigualdad e inequidad no son sinónimos: la inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y por ello es un concepto crucial para la definición de políticas públicas de salud. El análisis de las inequidades requiere un conocimiento de sus causas determinantes y un juicio acerca de la evitabilidad y la probable injusticia de dichas causas (Alleyne, G, G. y col., OPS, 1998).

Para finalizar, consideramos oportuno cerrar la presente investigación con una de las reflexiones de Almeida Filho, N. Castiels, D., Ayres, J. R. (2009), que nos invita a continuar sin pausa la búsqueda de nuevas maneras de pensar y actualizar aquellas situaciones que creemos identificar como problemas.

La respuesta tal vez no esté en la oposición entre salud y enfermedad. La construcción de la salud posiblemente necesitará siempre de los problemas, de los obstáculos, de los daños, para que pueda asimilar los propios intereses y medios de alcanzarlos, pero esa asimilación podrá ser favorecida y potenciada si tales problemas y obstáculos fueran tratados como "objetos contrafácticos". Es decir, no es necesario abandonar la conceptualización de las enfermedades para producir conocimiento sobre salud, sino que indudablemente resulta necesario interpretar y tematizar activamente qué valores están siendo obstaculizados por las patologías y riesgos, tal como los percibimos, conceptualizamos y transformamos". (Almeida Filho, N., Castiels, D., Ayres, R. 2009, pp. 341-342)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adaszco A. y col. Trayectorias de mujeres infectadas con VIH en maternidades públicas de la CABA, 2003/2008. II Congreso Nacional de Sida. Abstract N°.25280. Salta, Argentina; 2009.
- Agarwal P. y col. Perinatal drug abuse in KK women's and children's hospital. *Ann Acad. Med. Singapore*; 28(6): 795-9; 1999.
- Alazraqui, M., y col. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro*, 23 (2):321-330, 2007.
- Alleyne, G. y col. La medición de las desigualdades en salud: algunos ejemplos de la región de las Américas. OPS; 1998.
- Almeida Filho, N. Inequalities in health based on living conditions. Washington DC, OPS-OMS; 1999.
- Almeida Filho, N. Castiel, L., Ayres, J. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5, (3): 323-344; 2009.
- Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. Antiretroviral pregnancy registry international interim report for 1 Jan 1989- 1 Jan 2011. Wilmington, NC: Registry Coordinating Center; 2011.
- Ayres, J. R. Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología. Lugar Editorial; 2005.
- Ayres, J.R. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 96, (6): 1001-1006; 2006.
- Basombrío, A., Durán, A., Vila, M. Infección por VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Situación actual y tendencias. *Actualizaciones en Sida. Buenos Aires*, 17 (65): 106-111; 2009
- Basombrío, A. y col. Prevención de la TV: un logro del sistema de salud; en *Hechos y palabras: la experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires*. Primera edición. Coordinación Sida/Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina, 306-315; 2007.
- Basombrío A. y col. Guía de procedimientos con alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento ambulatorio y de internación de personas viviendo con VIH/Sida. Diagnóstico, tratamiento y costos. Beca de investigación Ramón Carrillo-Arturo Oñativía, 2003. Ediciones ISALUD; 2005.
- Basombrío, A. y col. Perinatal HIV transmission in Buenos Aires (CABA): looking for new approaches. 4th. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention incorporating the 19 th. ASHM Conference. Abstract N°. TUPEC047. Sydney, Australia; 2007.
- Basombrío, A. y col. Capacitación en procesos de gestión, cuidado y asistencia en prevención de la TV del VIH. CABA, Coordinación Sida y Hospital. Durand, 2008. Poster presentado en el II Congreso Nacional de Sida, Salta, Argentina; 2009.
- Situación de la transmisión perinatal del VIH en el sistema público de la CABA, Poster presentado en el III Congreso Argentino de Sida, San Juan; 2011.

- Basombrío A. y col. Prevención de la transmisión vertical del VIH: gestión pública en la Ciudad de Buenos Aires. Actualizaciones en SIDA, Buenos Aires, 17 (66): 136-142; 2009.
- Becquet, R. y col. The challenges of preventing mother-to-child transmission of HIV in Africa. *Press Med*; 36 (12.3):1947-57; 2007.
- Belvedere, C. De sapos y cocodrilos. La lógica elusiva de la discriminación social. Biblos, Buenos Aires, Argentina: 29-62; 2002.
- Biagini, G. y col. Embarazo y VIH/sida: vivencias del proceso salud-enfermedad-atención: un estudio de casos de mujeres seropositivas embarazadas atendidas en efectores públicos seleccionados. Ubatec SA., Buenos Aires, Argentina, 2008. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/sida/publicaciones/investigaciones>.
- Bloch, C. (comp). Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires. Coordinación Sida/Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina: 9-15; 2007.
- Bloch, C. y col. Fortalecimiento de la prevención de la transmisión Vertical del VIH: Poster presentado en el IV Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/Sida e ITS. Buenos Aires, Argentina; 2007.
- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. Año XII, Nº 26; 2009.
- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, Dirección de sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación: año XIII, 27; 2010. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/direts/boletinepidemiologico> Ultimo acceso 18/07/14.
- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, Dirección de sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación: año XIV, 28; 2011. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/direts/boletinepidemiologico> Ultimo acceso 18/07/14.
- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, Dirección de sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación: año XV, 29; 2012. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/direts/boletinepidemiologico> Ultimo acceso 18/07/14.
- Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, Dirección de sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación: año XVI, 30; 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/direts/boletinepidemiologico> Ultimo acceso 18/07/14.
- Boletín Uruguayo de VIH. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud- Depto. De Vigilancia en Salud. Programa de VIH, ITS y sida, 2013. Disponible en www.msp.gub.uy/sites/informe epidemiológico VIH. Ultimo acceso 16 de mayo de 2015.
- Borrel, C. Desigualdades y Servicios de Salud. Saúde e Sociedade, San Pablo, Brasil: 15, (2): 9-22; 2006.
- British HIV Association and Children's HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women. *HIV Medicine*, 9: 452–502; 2008.
- Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol*: 105(8):836-848; 1998.

- Bursztyn, I, Kurschnir, R. Notas para el estudio de atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados: network for Health System and Services Research in the Southern Cone of Latin America. Agenda de Salud para las Américas, Washington, USA: 31; 2007.
- CDC. Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS among Adolescents and Adults; 1993. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>. Último acceso 21/11/2010
- CDC. Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. Perinatal Counseling and Guidelines Consultation MMWR 2001 November 9; 50(RR19):59-86, Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis.: 40(3):458-465; 2005..
- Ceriotto, M. Actualizaciones en SIDA. Actualización en profilaxis de la transmisión vertical del VIH. Buenos Aires: 18, (67): 1-5; 2010.
- Cechini, D. y col. Prevención de la transmisión vertical del VIH en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública: 30 (3): 189-95; 2011.
- Cheynier R. y col. Cytotoxic T lymphocyte responses in the peripheral blood of children born to human immunodeficiency virus -1-infected mothers. Eur J Immunol.: 22(9): 2211-7; 1992.
- Comisión Nacional del sida. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile. Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, agosto 2005.
- Conner SD, y col. Risk of birth defects associated with nelfinavir exposure during pregnancy. [Abstract 114]. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston; 2003.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recomendaciones para la prevención de la del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes: éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH, 2004. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/publicaciones/recomendaciones_transmision_vertical.pdf. Última modificación 10/06/2005. Último acceso 05/04/2010
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA. Fortalecimiento de la prevención de la TV del VIH: informe final Proyecto N° 252 de prevención de la transmisión vertical del VIH entregado a Ubatec S. A., receptor principal del Proyecto "Actividades de Apoyo para la Prevención y el Control de VIH-sida en la Argentina", financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; 2007.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA: Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico, Buenos Aires, Argentina; 2009. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida>. Último acceso 14/12/2014.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA: Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico, Buenos Aires, Argentina; 2010. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida>. Último acceso 14/12/2014.

- Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA: Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico, Buenos Aires, Argentina; 2011. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida>. Último acceso 14/12/2014.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA: Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico, Buenos Aires, Argentina; 2012. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida>. Último acceso 14/12/2014.
- Coovadia y col. Mother to child transmission of HIV1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life an intervention cohort study. *Lancet*, 31; 369 (9567): 1107-16; 2007.
- Cotter AM y col. Is antiretroviral therapy during pregnancy associated with an increased risk of preterm delivery, low birth weight, or stillbirth? *J Infect Dis.*: 193: 1195 – 201; 2006.
- Cowan FM y col. Maternal Herpes simplex virus type 2 infection, syphilis and risk of intra - partum transmission of HIV - 1: results of a case control study. *AIDS*: 22: 193 – 20; 2008.
- Datta P. y col. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: report from the Nairobi study. *J Infect Dis.*: 170(5): 1134-40; 1994.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina: 2010. Definiciones y conceptos en estadísticas de salud. Disponible en <http://www.deis.gov.ar> Último acceso 30/05/10
- Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires período 2000-2011, 2012. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/ir_2012_499.pdf. Último acceso 22 de mayo de 2015.
- Dirección de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal; 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/promin>. Último acceso 14/12/2014.
- Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Censo Nacional 2010. Disponible en www.estadistica.buenosaires.gob.ar/Censo_2010. Último acceso 15/07/14
- Durán, A. y col. Epidemiologic Surveillance of mother to child transmission in Buenos Aires City 2003/2007 - XVII International AIDS Conference (AIDS 2008), Abstract N° CDC0317. Ciudad de México, México; 2008.
- Durán, A. y col. Transmisión Vertical del VIH en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) durante el período 2003-2007. Coordinación Sida, Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA. Poster comentado. Congreso Nacional de Sida, Paraná, Entre Ríos; 2007.
- Durán, A. Análisis de las estrategias utilizadas para prevenir la transmisión vertical del VIH en una cohorte de neonatos, nacidos en hospitales de la zona sur de la CABA y cuyas madres infectadas no recibieron profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo. Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia a nivel de Servicios de Salud, Categoría Perfeccionamiento, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga; 2008.
- Durán, A. y col. Situación de la transmisión perinatal del VIH en el sistema público de salud de la CABA. III Congreso Nacional de Sida. N°0344. San Juan, Argentina; 2011.

- European Collaborative Study, Swiss Mother and Child HIV Cohort Study. Combination antiretroviral therapy and duration of pregnancy. *AIDS* 2000; Schulte J y col. 14(18):2913-2920; 2007.
- Farmer, P. Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes: papeles de población, N° 23. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, pp 181-201, 2009.
- Farmer, P. Desigualdades Sociales y Enfermedades Infecciosas Emergentes: *Emerging Infectious Diseases*, CDC: 2, N° 4; 1996.
- Fazeley F, y col. Infection of human placental fibroblast with HIV-1, HIV-2 and SIV. *Arch Virol*: 142(11): 2237-48; 1997.
- Figari, C., Pecheny, M., Jones, D. Aula 602 - Desigualdad y Diversidad en América Latina y el Caribe: consejo latinoamericano de ciencias sociales, Informe de gestión. IIGG-FCS- Universidad de Buenos Aires, Argentina; 2008.
- Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria Disponible en www.theglobalfund.org. Último ingreso 17/09/14.
- Ford N, y col. Safety of efavirenz in first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis of outcomes from observational cohorts. *AIDS*: (10):1461-70; 2010
- Gallo, RC. Historical essay. The early years of HIV/AIDS. *Science*; 298: 1728-30 ; 2002.
- Galtung, J. Cultural Violence. *Journal of Peace Research*: 27, (3), 291-305; 1977.
- García, P. y col. Maternal levels of plasma HIV type 1RNA and the risk of perinatal transmisión. *N Eng J Med*; 341:385-9; 1999.
- Gaymente: Desigualdad social y Sida. Newsletter electrónico. Segunda temporada. Categoría Salud; 2006.
- GESIDA/Seimc, España. Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada; 2001. Disponible en <http://www.msc.es>.
- Goffman, I. Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina; 2001.
- Grinberg, M. Narrativas del cuerpo: experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH, en Cuadernos de Antropología Social N° 17, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires: 79-99; 2003.
- Grmek, M.: Historia del Sida. Siglo XXI Editores, España; 1992.
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Transmisión vertical [En línea] 2009. Último ingreso 16 de mayo de 2015. Disponible en: http://gtt-vih.org/cuidate/transmision_del_vih/transmision_vertical. Último ingreso 16 de mayo de 2015.
- Hernández, B., Velasco Mondragón, H. Actualizaciones. *Salud Pública de México*: 42, (5); 2000.
- Hooper, E. *The River: A Journey to de Source of HIV and AIDS*. Hardcover; 1999
- INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2010. Disponible en <http://www.indec.mecon.gov.ar> Último ingreso 09/07/10.
- John, G., Kreiss, J.: *Epidemiol.Rev.* 18 (2) 149-157, 1996.

- Kalipeni, E., Graddock, S., Opping, J. HIV AIDS in Africa: beyond epidemiology. Blackwell Publishing, Lavoisier Livraire, Francia: 301-352; 2004.
- Karlsson K. y col. Late postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 infection from mothers to infants in dar es salaam, Tanzania. *Pediatr Infect Dis J.*: 16 (10):963-7; 1997.
- Knowles, J., Leighton, Ch., Stinson, W. LACRSS Iniciativa Reforma del sector Salud: Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud; 1997. Disponible en www.lachealthsys.org. Ultimo acceso 30/06/2010.
- Kourtis A. y col. Mother to child transmission of HIV-1 timing and implications for prevention. *Lancet Infect. Dis.*: 6, (11): 726-732; 2006.
- Kroeger, A., Luna, R. "comp". Atención primaria de salud. Principios y métodos; aspectos programáticos de la atención primaria de la salud a nivel nacional e internacional. Serie Paltex OPS: 5-19, 1992.
- Lagaye S. y col. Cell- to-cell contact results in a selective translocation of maternal human immunodeficiency virus type 1 quasi especies across a trophoblastic barrier by both transcytosis and infection. *J Virol.*; 75(10): 4780-91; 2001
- Landesman, S. y col.: (1996) Obstetrical factors and the transmisión of HIV type 1 from mother to child. *N Engl J Med*: 334:1617-23; 1996.
- Larrúa Rodríguez, L. Algunos aspectos sociales en la epidemiología de la infección por VIH. *Rev. Hum. Med.* v.6 n.3 Ciudad de Camagüey; 2006.
- Last JM, editor. A Dictionary of Epidemiology. Nueva York: Oxford University Press; 1989.
- Leight F., J. The contribution of maternal HIV seroconversion during late pregnancy and breastfeeding to mother to child transmission of HIV. *Journal of acquires inmunodeficiency syndromes*, Europe PMG Founders; 1999.
- Loannidis, JPA, y col. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads < 1000 copies/ml. *J Infect Dis*: 183:539-45; 2001.
- Mac Donald KS. y col. Influence of HLA supertypes on susceptibility and resistance to human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Infect. Dis.*: 181: 1581-9; 2000.
- Mahmoud, MM. Knowledge and attitude toward HIV voluntary counseling and testing services among pregnant women attending an antenatal clinic in Sudan. *J Med Virol.*: 79(5):469-73; 2007.
- Matheson PB. y col. Does sexual behavior during pregnancy affect the risk of perinatal transmission of HIV-1. *AIDS*: 10(11): 1249-56; 1996.
- Mayaux, M.J. y col. Maternal virus load during pregnancy and mother to child transmission of HIV type 1: the French perinatal cohort studies. *J. Infect. Dis.*:175:172-5; 1997.
- MMWR: (1994) Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less Than 13 Years of Age. 43(RR-12); 1-10. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr>. Ultimo ingreso 21/11/2010.
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Unidad Ejecutora en VIH-sida: Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH; 2002.

- Mofenson LM. Interaction between timing of perinatal human--immunodeficiency virus infection and the design of preventive and therapeutic interventions. *Acta Paediatr Suppl.*: 421:19; 1997.
- Montagnier L. Historical essay: a history of HIV discovery. *Science*: 298: 1727-8; 2002.
- Mognetti B. y col. HIV-1 co-receptor expression on trophoblastic cells from early placentas and permissivity to infection by several HIV-1 primary isolates. *Clin Exp Immunol.*: 119(3): 486-92; 2000.
- Nan, M. Transmisión Vertical en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): Mirando nuevas estrategias. 9º Congreso Argentino de Perinatología – Jornadas de Actualización para Obstétricas – Seminario de Enfermería Perinatal “Nacimiento oportuno...el desafío perinatal”. Bs. As.; 2007.
- Nan, M. y col. Mother to Child Transmission. Social limite to an effective biomedical response. Associated factors with de vertical transmission in Buenos Aires City, 2003/2006. XVII International AIDS Conference (AIDS 2008), Abstract N°. MOPE0527. Ciudad de México, México; 2008.
- Nduati, R. y col.: Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA*; 283:1167-74; 2000.
- Newell, M.L. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH: retos para la década entrante. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de Artículos N° 6. Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Oliveira, Regiani Nunes de. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes: the practice of health to reduction the mother to child transmission of HIV in Unit Basic Care: reality and determine. São Paulo; Brasil, s.n; 126; 2004.
- OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
- OMS. Pregunta al experto. Disponible en www.who.int, OMS; 2005. Último acceso 30/06/2010.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPBA. La Alimentación Infantil. Pautas para los tomadores de decisiones; 2003. Ultimo acceso 25/09/13.
- OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA: HIV Transmission Breastfeeding. A Review of Available Evidence; 2007 update.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPBA. Actualización basada en la reunión consultiva técnica realizada en nombre del equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en embarazadas, madres y niños. Ginebra; 2006.
- ONUSIDA- OMS Informe sobre la epidemia mundial de Sida; 2009, Disponible en www.unaids.org Último acceso 13/7/10.
- ONUSIDA. Situación Epidemiológica Mundial, Informe; 2011. Disponible en www.unaids.org. Ultimo acceso 10/6/2014.
- ONUSIDA: Violaciones a los derechos humanos. Estigma y discriminación relacionados con el VIH. Colección prácticas óptimas; 2005. Disponible en www.unaids.org. Último acceso 21/11/2010.

- ONUSIDA. Indicadores sobre estigma y discriminación relacionados con el VIH; 2009. Disponible en www.unaids.org .Último acceso 16/11/ 2010.
- OPS: Plan Estratégico Regional para el Control de la infección por VIH/sida e ITS. CSP28/INF/3(23-30), 2006-2015
- Patterson, KB. Y col. Frequent detection of acute HIV infection in pregnant women. *AIDS*; 21(17):2303-8; 2007.
- Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force: Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States: 1-90; 2009. Disponible en www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf. Último acceso 30/05/10.
- Pessoa, Fernando. Hablas de civilización y de que no debe ser. Poemas inconjuntos, 1913-1915.
- Portnoy, F. y col. ¿Por qué no sigue bajando la tasa de transmisión vertical (TV) en la ciudad de Buenos Aires? Estudio sobre variables asociadas a la TV del VIH. II Congreso Nacional de Sida, Salta, Argentina; 2009.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; 2013. Disponible en www.undp.org.ar. Último acceso 17/09/14.
- Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1- Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Disponible en www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf.
- Ramos F. y col. Determinantes de la del VIH en Cataluña (1997-2001): ¿es posible su eliminación? *Gaceta Sanitaria*: 17 (4) Barcelona, España; 2003.
- Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH. Unidad Coordinadora en VIH/SIDA/ETS. Ministerio de Salud, Argentina; 2001.
- Recomendaciones para el tratamiento de la infección por VIH en adolescentes y adultos, Sociedad Argentina de Infectología, Subcomisión de SIDA; 2011. Disponible en <http://www.sadi.org.ar/publicaciones>.
- Repullo, J., Iñesta, A. Sistemas y Servicios Sanitarios en Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Editorial Díaz de Santos, España; 2006.
- Rhodes, T. Risk theory in epidemics times: sex, drugs and the social organization of “risk behaviour”. *Sociology of Health and Illness*: 19, (2): 208-227; 2008.
- Romanelli de Castro, R. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Rev. bras. saúde matern. infant*; 6(3):329-334; 2006.
- Rovere, M., Lourtau,G. Programa de Estudio Medicina, Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), Pág. 9-16, 2011.. Disponible en www.UNLaM.gov.ar. Último acceso 22 de mayo de 2015.
- Plan Estratégico Social Sanitario del Municipio de la Matanza, 2007. Disponible en www.lamatanza.gov.ar/pages/saludpublica. Último acceso 22 de mayo de 2015.

- Saavedra, L.; Kukurutz, A.; Calvi, G. Sistematización de Experiencias del Proyecto País 2007. Ubatec S.A., 2008. Disponible en www.msal.gov.ar/sida/publicaciones/investigaciones
- Samaja, J.: Elementos para una teoría de la investigación científica, pp.159-196, 1993. Eudeba, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina.
- Shah, I, Katira, BS. Seroprevalence of HIV infection in hospitalized paediatric patients at a tertiary care centre in western India, HIV Med. May; 8(4):265-6; 2007.
- Schulte J y col. Pediatric Spectrum of HIV Disease Consortium .Declines in low birth weight and preterm birth among infants who were born to HIV infected women during an era of increased use of maternal antiretroviral drugs: Pediatric Spectrum of HIV Disease, 1989-2004. Pediatrics: 119: 900-6; 2007.
- Sperling, R. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. Safety of the maternal-infant zidovudine regimen utilized in the Pediatric AIDS Clinical Trial Group 076 Study. AIDS: 12 (14):1805-1813; 1998.
- Solano, F, Patiño P, Rugeles, MT. Factores que influyen en la transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1), Infectio, Revista Colombiana de Infectología. Infectio 7(1): 30-37; 2003.
- The European Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection: Lancet; 343:1464-7; 1994.
- The International Perinatal HIV Group. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. AIDS; 15:357-68; 2001.
- The Working Group on Mother-To-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies. J Acquir. Inmune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol: 8(5):506-10; 1995.
- Thorne C, y col. for the European Collaborative Study. HIV-1 infected pregnant women and mother-to-child transmission in Europe: characteristics of the epidemic in Western, Central and Eastern Europe. Program and abstracts of the 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment; Rio de Janeiro, Brazil. Abstract TuOa0301; 2005.
- Ubatec S.A.; 2006. Disponible en <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial>. Ultimo acceso 17/09/14.
- Vila, M., Maulen, S. Vigilancia epidemiológica: una herramienta estratégica. Infosida 3, (3), Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2003.
- Vila, M., Nan, M., Bloch, C. La epidemiología, del conteo al apoyo de la gestión. Hechos y palabras; la experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires. Primera edición. Coordinación Sida/Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina: 131-152; 2007.
- Villasis Keever, A. A 20 años del descubrimiento del VIH. Revista de investigación clínica: 56 (2): 122-123. México; 2004.
- Wasik TJ. y col. Protective role of beta-chemokines associated with HIV-specific The responses against perinatal HIV transmission. J Immunol. : 162(7): 4355-64; 1999.

Basombrío, A. Transmisión vertical del VIH en el sistema público de salud de la CABA, 2003-2009. Observación y análisis de variables que influyen en su persistencia. Período 2003-2009 [Tesis para la obtención del título de Magister]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2014.

155

- Weller, S. y col. ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir? Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. Dirección de Sida y ETS Ministerio de Salud de la Nación, Ubatec S.A., Buenos Aires; 2009. Disponible en www.msal.gov.ar/sida/publicaciones/investigaciones.
- WHO. Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV, 2007. <http://www.who.int>. Último acceso 21/11/2010.
- Ynoub, R.: Examen del proceso de investigación. Libro en preparación. Metodología de la Investigación. Sistema Académico de Grado. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 2009. www.academica.psi.uba.ar Último acceso 30/05/10.

GLOSARIO: A partir de la página 156

APÉNDICES: A partir de la página 158

GLOSARIO

AZT: Zidovudina. Antirretroviral de la familia de los inhibidores nucleósidos.

CARGA VIRAL: cantidad de virus circulante en la sangre de una persona infectada, en este caso del VIH. Se mide en copias por mililitro.

CD4: tipo de linfocito T que ayuda a coordinar la respuesta inmunitaria del organismo humano. Cuenta con una marcación específica para que el virus de la inmunodeficiencia humana pueda proceder a su replicación, lo que implica una destrucción progresiva de este tipo de linfocito. Se mide en cantidad de CD4 por milímetro cúbico de sangre.

CCR-5: receptor de quimoquina tipo 5, proteína que muy probablemente tenga un rol en la respuesta inflamatoria a la infección por VIH.

HEPATITIS C: hepatitis crónica producida por virus C.

HLA: Human leukocyte antigen (antígeno leucocitario humano). Son moléculas que se encuentran en los glóbulos blancos y en la superficie de casi todas las células de los seres humanos. Cumplen funciones en la respuesta inmunitaria.

INCIDENCIA: número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada en un período determinado.

LAMIVUDINA o 3TC: antirretroviral de la familia de los inhibidores nucleósidos.

LOPI/r: Lopinavir/ritonavir. Antirretrovirales de la familia de los inhibidores de proteasa.

NVP: Nevirapina. Antirretroviral de la familia de los inhibidores no nucleósidos.

ODDS RATIO: estimación del riesgo relativo o razón de productos cruzados. En términos generales, compara la frecuencia con la que ocurre un daño entre los que tienen un “factor de riesgo” y quienes no lo tienen.

PACTG 076: protocol AIDS Clinical Trials Group 076. (Protocolo del Grupo de Ensayo Clínico 076 para la prevención de la transmisión vertical del VIH). Primer ensayo clínico en el mundo que demuestra la efectividad de la utilización de zidovudina para la prevención de la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana.

PCR: reacción en cadena de la polimerasa. Técnica utilizada en este caso para realizar el diagnóstico de infección por VIH en el/la niño/a.

PREVALENCIA: proporción del número de casos conocidos de una determinada enfermedad en una población y en un período determinado.

PROFILAXIS: conjunto de medidas y/o acciones para prevenir la aparición de una enfermedad.

SEROCONVERSIÓN: situación en la cual puede comprobarse, a través de análisis de sangre, que una persona comienza a producir anticuerpos para el VIH en forma reciente, es decir, aproximadamente un mes.

SEROPOSITIVAS: se denomina de este modo a las personas que tienen un análisis de VIH reactivo o positivo.

SINCICIOS: conjunto de células que se funden perdiendo parte de su membrana y formando una única masa citoplasmática.

TEST RÁPIDO: técnica de laboratorio denominada rápida, en este caso, para diagnóstico de infección por VIH, que se realiza en alrededor de 30 minutos.

TRANS: término utilizado para referirnos a personas travestis, transexuales y transgénero.

APÉNDICES

APÉNDICE A: Instrumentos e instructivos de recolección de datos de las historias médicas y sociales.....	159
APÉNDICE B: Variables e indicadores utilizados.....	173
APÉNDICE C: Agradecimientos.....	195

APÉNDICE A. Instrumentos e instructivos de recolección de datos de las historias médicas y sociales

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE MUJERES CON VIH QUE TUVIERON SUS PARTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA CABA Y DE LOS NIÑOS QUE SE INFECTARON - Período: 01/01/03 AL 31/12/09

HISTORIAS CLÍNICAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y/O PEDIÁTRICAS

DATOS DE LA MUJER

Código ____ _ / ____ _ / ____ _ .

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD ____

LUGAR DE NACIMIENTO

1- CABA ____ 2- Conurbano Bonaerense: ____ Municipio: _____

3- Resto pcia. de Bs. As. _____ 4. Otra provincia _____

5- Otro país _____ 6- Desconocido _____

LUGAR DE RESIDENCIA

1- CABA ____ 2- Conurbano Bonaerense: ____ Municipio: _____

3- Resto pcia. de Bs. As. _____ 4. Otra provincia _____

5- Otro país _____ 6- Desconocido _____

NIVEL DE INSTRUCCION ALCANZADO

1- Analfabeto _____ 2 -Prim. Incompleta _____ 3 -Prim. Completa _____

4- Sec. Incompleta _____ 5- Sec. Completa _____ 6 -Terc. Incompleta _____

7 -Terciaria Completa _____ 8-Univ. Incompleta _____ 9- Univ. Completa _____

10 -Desconocido: _____

OCUPACIÓN

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

COBERTURA DE OBRA SOCIAL

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

VARIABLES RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO

MOMENTO DE DIAGNOSTICO DE SEROPOSITIVIDAD PARA VIH

1- Fuera de un embarazo ___ 2- Durante un embarazo anterior _____ 3- Durante el embarazo actual: _____ 4- Trabajo de parto: _____ 5- Puerperio _____ 6- Desconocido

MOTIVO POR EL CUAL NO TUVO DIAGNÓSTICO DE VIH PREVIO AL PARTO

1 - No controló su embarazo ___ 2 -No fue solicitado el test: _____ 3 - No fue realizado ___
4 - No fue retirado ___ 5- No presenta el protocolo ___ 6 - Lo realizó y fue no reactivo ___
7 – Desconocido _____

TEST RÁPIDO DE VIH

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido _____

TESTEO DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

PAREJAS SEXUALES CON VIH

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

PAREJA ACTUAL CON VIH

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

ESTADIO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO:

1-Síndrome retroviral agudo ___ 2-Infección asintomática _____ 3- Infección sintomática sin criterios de sida ___ 4 – Sida ___ 5 Desconocido ___

VÍA DE ADQUISICIÓN DEL VIRUS

1- Sexual: _____ 2- Uso de drogas inyectables: _____ 3- Receptora de sangre o derivados: _____ 4- Accidente laboral: _____ 5- Hija de madre VIH reactiva: _____ 6- Desconocido: _____

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

NÚMERO DE GESTACIONES

Cantidad: _____

NÚMEROS DE PARTOS

Cantidad: _____

CONTROL DEL EMBARAZO ACTUAL

1-Controló: _____ 2- No controló: _____ 3- Desconocido: _____

NÚMERO DE CONTROLES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

1- De 0 a 3: _____ 2- Cuatro o más: _____ 3- Desconocido: _____

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL EMBARAZO ACTUAL

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS EN EL EMBARAZO ACTUAL

1- < de cuatro horas: _____ 2- > de cuatro horas: _____ 3- Desconocido: _____

FECHA DE PARTO

____/____/____.

TIPO DE PARTO

1- Parto vaginal: _____ 2- Cesárea electiva: _____ 3- Cesárea de emergencia: _____

4- Desconocido

HOSPITAL DONDE SE REALIZÓ EL PARTO: _____**ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LOS HIJOS****NÚMERO DE HIJOS CON DIAGNÓSTICO DE VIH**

Cantidad: _____

NÚMERO DE HIJOS FALLECIDOS

Cantidad: _____

VARIABLES RELACIONADAS CON EL MONITOREO DIAGNÓSTICO**CARGAS VIRALES DURANTE EL EMBARAZO**

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

NÚMERO DE CARGAS VIRALES REALIZADAS DURANTE EL EMBARAZO

1- Una: _____ 2- Dos: _____ 3- Tres: _____ 4- Desconocido: _____

CARGA VIRAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

VALORES DE LA CARGA VIRAL REALIZADA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE

1- < 1000 copias/ml: _____ 2- De 1001 a 50.000: _____ 3- >50.000: _____ 4- Desconocido:

NÚMERO DE RECuentOS DE CD4 REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

1- Una: _____ 2- Dos: _____ 3- Tres: _____ 4- Desconocido: _____

VALORES DE LOS CD4 REALIZADOS EN EL TERCER TRIMESTRE1- >200/mm³: _____ 2- De 200 a 499: _____ 3- >500: _____ 4- No realizó: _____ 5- Desconocido _____

PROFILAXIS/TRATAMIENTO

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PREVIO AL EMBARAZO

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PRENATAL

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

DURACIÓN DE LA PROFILAXIS PRENATAL

Fecha de inicio y/o semana	Fecha de suspensión y/o semana	Causa de suspensión

TRATA
MIENT
O**ANTIRETROVIRAL DURANTE EL PARTO**

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

VARIABLES RELACIONADAS CON FACTORES AFECTIVO-EMOCIONALES

EPISODIOS DE DISCRIMINACIÓN O ESTIGMA PADECIDOS

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

EPISODIOS DE VIOLENCIA PADECIDOS

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

DATOS DEL RECIÉN NACIDO O NIÑO EXPUESTO DE MADRE VIH RECTIVA

Código ____ / ____ / ____.

EDAD

1- <= 1 mes: ____ 2- Entre 2 y 3 meses: ____ 3- Entre 7 y 18 meses: ____ 4- => 19 meses: ____ 5- Desconocido: ____

EDAD GESTACIONAL

1- Pretérmino: ____ 2- A término: ____ 3- Postérmino: ____

PESO AL NACER

1- < 2.500 gramos: ____ 2- => 2.500 gramos: ____ 3- Desconocido: ____

LACTANCIA

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

TIEMPO QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA

1- = < 1 mes: _____ 2- Entre 2 y 3 meses: _____ 3- Entre 4 y 6 meses: _____ 4- > 6 meses: _____ 6- Desconocido: _____

PROFILAXIS RECIBIDA**PROFILAXIS NEONATAL RECIBIDA**

Si ___ No ___ Desconocido ___

DURACIÓN DE LA PROFILAXIS NEONATAL

1- Menos de 1 semana _____ 2- Entre 1 y 4 semanas _____ 3- Más de 4 semanas _____ 4- Desconocido _____

DIAGNÓSTICO**Controles de Laboratorio:**

Resultado 1° PCR: Positivo _____ Negativo _____ Fecha: __/__/__

Resultado 2° PCR: Positivo _____ Negativo _____ Fecha: __/__/__

Resultado 3° PCR: Positivo _____ Negativo _____ Fecha: __/__/__

Elisa Reactivo.- Fecha de realización: __/__/__

LUGAR DE SEGUIMIENTO DEL NIÑO

Institución: _____

**INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS,
NEONATALES Y/O PEDIÁTRICAS**

**MUJERES CON VIH QUE TUVIERON SUS PARTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE
SALUD DE LA CABA Y DE LOS NIÑOS QUE SE INFECTARON**

Período: 01/01/03 AL 31/12/09

DATOS DE LA MADRE

CÓDIGO: Código universal para VIH. Código: sexo (F o M) + las dos primeras letras del nombre y apellido + la fecha de nacimiento en el formato por ejemplo, 07-12-1963.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD: cantidad de años cumplidos al **momento del embarazo actual**

LUGAR DE NACIMIENTO: localización geográfica donde **nació** la mujer. Variables detalladas en grilla

LUGAR DE RESIDENCIA: localización geográfica donde **reside** la mujer. Variables detalladas en grilla

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: variables detalladas en grilla

OCUPACIÓN: se refiere a si la mujer se encuentra o no trabajando en la **actualidad**

COBERTURA DE OBRA SOCIAL: define si la persona pertenece o no a un sistema de atención de la salud relacionado con el trabajo en relación de dependencia

VARIABLES RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO

MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH: en relación al embarazo actual. Variables detalladas en grilla

MOTIVO POR EL CUAL NO TUVO DIAGNÓSTICO DE VIH PREVIO AL PARTO: Variables detalladas en grilla

TEST RÁPIDO PARA VIH: Se refiere a si se realizó o no el test rápido para VIH

TESTEO DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO: define si la pareja actual de la mujer se realizó el test de VIH durante el embarazo actual

PAREJAS SEXUALES CON VIH: define si la mujer tuvo alguna vez una pareja con VIH.

PAREJA ACTUAL CON VIH: define si la pareja sexual actual de la mujer se encuentra infectada por el VIH o no.

ESTADÍO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN: se refiere al estadio clínico durante el embarazo actual, siguiendo la clasificación de los criterios del CDC 1993. Variables detalladas en grilla

VÍA DE ADQUISICIÓN DEL VIRUS: define el modo más probable de adquisición del virus por la mujer. Variables detalladas en grilla

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

NÚMERO DE GESTACIONES: cantidad – en números absolutos – de veces en que la mujer estuvo embarazada, incluyendo el embarazo actual

NÚMERO DE PARTOS: cantidad – en números absolutos – de partos (vía vaginal o cesárea) que tuvo la mujer, incluyendo el embarazo actual

CONTROL DEL EMBARAZO ACTUAL: define si la mujer realizó o no control del embarazo actual

NÚMERO DE CONTROLES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL: define el número de veces que la mujer controló su embarazo actual. Variables detalladas en grilla.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL EMBARAZO ACTUAL: define si hubo o no rotura de membranas ovulares después de la semana 21 de edad gestacional.

TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS EN EL EMBARAZO ACTUAL: duración de la ruptura de membranas ovulares, medida en horas. Variables detalladas en grilla.

FECHA DE PARTO: Día, mes y año en que se produjo la finalización del embarazo actual

TIPO DE PARTO: define el modo de finalización del embarazo actual. Variables detalladas en grilla.

ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LOS HIJOS

NÚMERO DE HIJOS CON DIAGNÓSTICO DE VIH: cantidad de hijos con VIH que tiene la mujer, incluyendo el actual, en números absolutos.

NÚMERO DE HIJOS FALLECIDOS: cantidad de hijos fallecidos que tiene la mujer, en números absolutos.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL MONITOREO DIAGNÓSTICO

CARGAS VIRALES DURANTE EL EMBARAZO: define si realizó o no cargas virales durante el embarazo actual

NÚMERO DE CARGAS VIRALES REALIZADAS DURANTE EL EMBARAZO: define la cantidad de cargas virales realizadas durante el embarazo actual, en números absolutos

CARGA VIRAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE: define si la mujer realizó o no carga viral durante el tercer trimestre.

VALORES DE LA CARGA VIRAL REALIZADA EN EL TERCER TRIMESTRE: Variables detalladas en grilla.

NÚMERO DE RECUENTOS DE CD4 REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO: Variables detalladas en grilla.

VALORES DE LOS CD4 REALIZADOS EN EL TERCER TRIMESTRE: Variables detalladas en grilla.

PROFILAXIS/TRATAMIENTO

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (ARV) PREVIO AL EMBARAZO: define si la mujer recibió o no tratamiento ARV antes del embarazo actual.

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PRENATAL: define si la mujer recibió tratamiento ARV durante el embarazo actual

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DURANTE EL PARTO: define si la mujer recibió tratamiento ARV durante el parto actual

DURACIÓN DE LA PROFILAXIS PRENATAL: tabla de referencia en grilla.

VARIABLES RELACIONADAS CON FACTORES AFECTIVO-EMOCIONALES

EPISODIOS DE DISCRIMINACIÓN O ESTIGMA PADECIDOS Variable definida como cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto con independencia que exista o no alguna justificación para tal medida

Estigma: Variable definida como un proceso de devaluación y desacreditación de un individuo ante los ojos de los demás.

Consignar, según su conocimiento y consideración, si los hubo o no.

EPISODIOS DE VIOLENCIA PADECIDOS: Variable definida como una acción ejercida por una o varias personas donde la mujer pudo haber sido sometida de manera intencional y en forma directa al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atentara contra la integridad tanto física como psicológica y/o moral

Consignar, según su conocimiento y consideración, si los hubo o no.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO O NIÑO EXPUESTO DE MADRE VIH RECTIVA

CÓDIGO: Código universal para VIH. Código: sexo (F ó M) + las dos primeras letras del nombre y apellido + la fecha de nacimiento en el formato por ejemplo, 07-12-1963.

EDAD: ver variables de talladas en grilla

EDAD GESTACIONAL: considerar pretérmino < de 37 semanas completas; término de 37 a 41 semanas completas; posttérmino a 42 semanas completas o más.

PESO AL NACER: ver variables detalladas en grilla

LACTANCIA: define si el niño fue alimentado con leche materna o no

TIEMPO QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA: variables detalladas en grilla

PROFILAXIS RECIBIDA

PROFILAXIS NEONATAL RECIBIDA: define si el neonato recibió o no profilaxis ARV

DURACIÓN DE LA PROFILAXIS PRENATAL: se refiere al tiempo de duración en semanas que el recién nacido o niño recibió profilaxis ARV. Variables consignadas en grilla.

DIAGNÓSTICO

CONTROLES DE LABORATORIO: Se refiere al diagnóstico de infección en el niño, tanto de PCR, con fechas y resultados, como ELISA luego de los 18 meses. Ver variables en grilla.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE MUJERES CON VIH QUE TUVIERON SUS PARTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA CABA Y DE LOS NIÑOS QUE SE INFECTARON - Período: 01/01/03 AL 31/12/09

HISTORIAS SOCIALES

DATOS DE LA MUJER

Código: ____ _ / ____ _ / ____ _ .

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD ____

LUGAR DE NACIMIENTO

1- CABA ____ 2- Conurbano Bonaerense: ____ Municipio: _____

3- Resto pcia. de Bs. As. _____ 4. Otra provincia _____

5- Otro país _____ 6- Desconocido _____

LUGAR DE RESIDENCIA

1- CABA ____ 2- Conurbano Bonaerense: ____ Municipio: _____

3- Resto pcia. de Bs. As. _____ 4. Otra provincia _____

5- Otro país _____ 6- Desconocido _____

NIVEL DE INSTRUCCION ALCANZADO

1- Analfabeto _____ 2 -Prim. Incompleta _____ 3 -Prim. Completa _____

4- Sec. Incompleta _____ 5- Sec. Completa _____ 6 -Terc. Incompleta _____

7 -Terciaria Completa _____ 8-Univ. Incompleta _____ 9- Univ. Completa _____

10 –Desconocido: _____

ESTADO CIVIL

1- Soltera ____ 2- Casada _____ 3- Separada _____ 4- Divorciada _____

5- Viuda _____ 6- En concubinato _____ 7- Desconocido _____

OCUPACIÓN

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

COBERTURA DE OBRA SOCIAL

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

GRUPO FAMILIAR Y/O CONVIVIENTE

Cantidad de personas adultas y menores: _____

Nº DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN CON LA MUJER

Cantidad: _____

Nº DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN CON LA MUJER Y QUE CONCURREN A LA ESCUELA

Cantidad: _____

Nº DE PERSONAS ADULTAS QUE VIVEN CON LA MUJER Y QUE APORTAN A LOS INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR.

Cantidad: _____

TIPO DE VIVIENDA

1- Habitación: _____ 2- Departamento: _____ 3- Casa: _____ 4- Hotel: _____

5- Inquilinato: _____ 6- Otras: _____ 7- Desconocido: _____

TENENCIA DE LA VIVIENDA1- Propia: _____ 2- Propia sobre terreno fiscal: _____ 3- Alquilada: _____ 4- Cedida: _____
5- Otros: _____ 6- Desconocido: _____**DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS SANITARIOS**

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

DISPONIBILIDAD DE AGUA1- Agua corriente: _____ 2- Canilla pública: _____ 3- Bomba: _____ 4- Otros: _____
5- Desconocido: _____**SISTEMA DE EXCRETAS**

1- Dentro de la vivienda: _____ 2- Fuera de la vivienda: _____ 3- Desconocido: _____

HABITACIONES DE LA VIVIENDA1. Una: _____ 2- Dos: _____ 3- Tres: _____ 4- Cuatro o más: _____ 5- Desconocido: _____

VARIABLES RELACIONADAS CON FACTORES AFECTIVO-EMOCIONALES

EPIODIOS DE DISCRIMINACIÓN O ESTIGMA PADECIDOS

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

EPIODIOS DE VIOLENCIA PADECIDOS

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

OBSERVACIONES

DATOS DEL RECIÉN NACIDO O NIÑO EXPUESTO DE MADRE VIH REACTIVA
--

Código: ____ _ / ____ _ / ____ _

LACTANCIA

1- Sí _____ 2. No _____ 3- Desconocido

TIEMPO QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA1- =< 1 mes: ____ 2- Entre 2 y 3 meses: ____ 3- Entre 4 y 6 meses: ____ 4- >6
meses: ____ 6- Desconocido: ____**OBSERVACIONES**

INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS SOCIALES**MUJERES CON VIH QUE TUVIERON SUS PARTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA CABA Y DE LOS NIÑOS QUE SE INFECTARON****Período: 01/01/03 AL 31/12/09****DATOS DE LA MADRE**

CÓDIGO: Código universal para VIH. Código: sexo (F o M) + las dos primeras letras del nombre y apellido + la fecha de nacimiento en el formato por ejemplo, 07-12-1963.

EDAD: cantidad de años cumplidos al **momento del embarazo actual**

LUGAR DE NACIMIENTO: localización geográfica donde **nació** la mujer. Variables detalladas en grilla

LUGAR DE RESIDENCIA: localización geográfica donde **reside** la mujer. Variables detalladas en grilla

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: variables detalladas en grilla

ESTADO CIVIL: variables detalladas en grilla

OCUPACIÓN: se refiere a si la mujer se encuentra o no trabajando en la **actualidad**

COBERTURA DE OBRA SOCIAL: define si la persona pertenece o no a un sistema de atención de la salud relacionado con el trabajo en relación de dependencia

GRUPO FAMILIAR Y/O CONVIVIENTE: cantidad de personas - en números absolutos- que viven con la mujer en el domicilio actual

NÚMERO DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN CON LA MUJER: cantidad de niños en edad escolar - en números absolutos - que viven con la mujer en el domicilio actual

Nº DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN CON LA MUJER Y QUE CONCURREN A LA ESCUELA: se refiere a la cantidad - en números absolutos- de niños en edad escolar que viven con la mujer y que concurren a la escuela

Nº DE PERSONAS ADULTAS QUE VIVEN CON LA MUJER Y QUE APORTAN A LOS INGRESOS ECONÓMICOS AL HOGAR: se refiere a la cantidad - en números absolutos - de personas adultas (> a 19 años) que viven con la mujer en el domicilio actual y que aportan a los ingresos económicos al hogar

TIPO DE VIVIENDA: Variables detalladas en grilla

TENENCIA DE LA VIVIENDA: Variables detalladas en grilla

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS SANITARIOS: define la presencia de servicio sanitario o no en la vivienda

DISPONIBILIDAD DE AGUA: Variables detalladas en grilla

SISTEMA DE EXCRETAS: Variables detalladas en grilla

HABITACIONES DE LA VIVIENDA: define la cantidad de habitaciones o piezas con que cuenta la vivienda excluyendo baño y cocina

EPISODIOS DE DISCRIMINACIÓN O ESTIGMA PADECIDOS Variable definida como cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto con independencia que exista o no alguna justificación para tal medida

Estigma: Variable definida como un proceso de devaluación y desacreditación de un individuo ante los ojos de los demás

EPISODIOS DE VIOLENCIA PADECIDOS: Variable definida como una acción ejercida por una o varias personas donde la mujer pudo haber sido sometida de manera intencional y en forma directa al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atentara contra la integridad tanto física como psicológica y/o moral

OBSERVACIONES: todo dato con que se cuente y pueda ser considerado de interés para la presente investigación

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

LACTANCIA MATERNA: define si el niño fue alimentado con leche materna o no

TIEMPO QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA: variables detalladas en grilla

OBSERVACIONES: todo dato con que se cuente y pueda ser considerado de interés para la presente investigación

APÉNDICE B. Variables e indicadores utilizados

APÉNDICE B.1

Variables epidemiológicas de las mujeres con VIH que tuvieron sus partos y transmitieron el VIH a sus hijos/as 2003-2009 en CABA.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Sociodemográficas			
Edad	Variable cuantitativa - agrupada en escala ordinal- definida como la cantidad de años cumplidos al momento del embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007; DEIS, 2010)	1 De 15 a 19 años 2. De 20 a 24 años 3. De 25 a 29años 4. De 30 a 39 años 5. 40 años y más	3
Lugar de Residencia	Variable nominal, definida como la localización geográfica donde reside la mujer (DEIS, 2010)	1. CABA 2. Conurbano bonaerense: por municipio 3. Otros 4. Desconocido	1, 4

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Nivel de instrucción alcanzado	Variable ordinal definida como el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país (DEIS, 2010)	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Terciaria incompleta 7. Terciaria completa. 8. Universitaria incompleta 9. Universitaria completa 10. Desconocido	3, 4
Ocupación	Variable nominal que define si la mujer se encuentra o no trabajando en la actualidad (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007; INDEC, 2010)	1. Si 2. No 3. Desconocido	3, 4
Cobertura de obra social	Variable nominal que define si la persona pertenece a un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (INDEC, 2010)	1. Si 2. No 3. Desconocido	1, 4

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Variables relacionadas con el diagnóstico			
Momento de diagnóstico de seropositividad para VIH	Variable ordinal precisada como el momento en que se realizó el diagnóstico de infección por VIH respecto del embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fuera de un embarazo 2. Durante un embarazo anterior 3. Durante el embarazo actual 4. Trabajo de parto 5. Puerperio 6. Desconocido 	1, 3
Motivo por el cual no tuvo diagnóstico de VIH previo al parto	Variable nominal definida como los motivos por los cuales la mujer no tuvo el diagnóstico de infección por VIH previo al parto actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	<ol style="list-style-type: none"> 1. No controló su embarazo 2. No fue solicitado el test 3. No fue realizado 4. No fue retirado 5. No presenta el protocolo 6. Lo realizó y fue no reactivo 7. Desconocido 	3

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Test rápido de VIH	Variable nominal que define si se realizó a la mujer el test rápido de VIH durante el parto actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. No 2. Si 3. Desconocido	3
Testeo de la pareja durante el embarazo	Variable nominal que define si la pareja actual de la mujer se realizó el test de VIH durante el embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	3
Estadio clínico de la infección al momento del diagnóstico de VIH	Variable nominal que define el grado de enfermedad al momento del embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007; CDC, 1993)	1. Síndrome retroviral agudo 2. Infección asintomática 3. Infección sintomática sin criterios de sida 4. Sida 5. Desconocido	1, 3
Parejas sexuales con VIH	Variable nominal que define si la mujer tuvo alguna vez una pareja VIH + (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	3
Pareja actual con VIH	Variable nominal que define si la pareja sexual actual se encuentra infectada por el VIH o no (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	3

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Vía de adquisición del virus			
Vía de adquisición del VIH	Variable nominal definida como el modo más probable de adquisición del virus (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Sexual 2. Uso de drogas inyectables 3. Receptora de sangre o derivados 4. Accidente laboral 5. Hija de madre VIH+ 6. Desconocido	1, 3
Variables relacionadas con factores afectivo- emocionales			
Episodios de discriminación o estigma padecidos	Variable definida como cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto (...) con independencia que exista o no alguna justificación para tal medida (ONUSIDA, 2005) Estigma: Variable definida como un proceso de devaluación y desacreditación de un individuo ante los ojos de los demás (Goffman, 2001)	1. Sí 2. No 3. Desconocido	3,4

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Episodios de violencia padecidos	Variable definida como una acción ejercida por una o varias personas donde la mujer pudo haber sido sometida de manera intencional y en forma directa al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atentara contra la integridad tanto física como psicológica y/o moral (Galtung, 1990)	1. Sí 2. No 3. Desconocido	3,4
Variables relacionadas con los antecedentes obstétricos			
Número de gestaciones	Variable numérica que define la cantidad de veces que la mujer estuvo embarazada, incluyendo el embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007; DEIS, 2010)	De 0 a 99	3
Número de partos	Variable numérica que define el número de partos vaginales o cesárea que tuvo la mujer incluyendo el actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007; DEIS, 2010)	De 0 a 99	3
Control del embarazo actual	Variable nominal definida como la realización del conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi mortalidad materna y perinatal (DEIS, 2010)	1. Controló 2. No controló 3. Desconocido	3
Ruptura prematura de membranas en el embarazo actual	Variable nominal definida como la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto (DEIS, 2010)	1. Si 2. No 3. Desconocido	3

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Fecha de parto	Día, mes y año en el que se produjo la finalización del embarazo (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) 2. Desconocido	3
Tipo de parto	Variable nominal definida como el modo de finalización del embarazo actual (DEIS, 2010)	1. Parto vaginal 2. Cesárea electiva 3. Cesárea de emergencia 4. Desconocido	1, 3
Variables de algunos antecedentes relacionados con los hijos			
Número de hijos con diagnóstico de VIH	Variable numérica que define los hijos con VIH de cada mujer del estudio (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	De 0 a 99	3, 4
Variables relacionadas con el monitoreo diagnóstico			
Cargas virales durante el embarazo	Variable nominal que define si la mujer realizó la cuantificación de carga viral de VIH en sangre durante el embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3- Desconocido	1, 3
Carga viral durante el tercer trimestre	Variable nominal que define si la mujer realizó una carga viral en el tercer trimestre durante el embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	1, 3

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE
Valores de la carga viral realizada en el tercer trimestre	Variable numérica (agrupada en escala ordinal) que mide el valor en copias por ml de carga viral plasmática en el tercer trimestre del embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. <1.000 2. 1.001-50.000 3. > 50.000 4. Desconocido	1, 3
Variables relacionadas con la profilaxis/tratamiento			
Tratamiento ARV previo al embarazo	Variable nominal que define si la mujer recibía tratamiento antirretroviral antes del embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	1, 2
Tratamiento antirretroviral prenatal	Variable nominal que define si la mujer recibió tratamiento antirretroviral durante el embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	1, 3
Tratamiento antirretroviral durante el parto	Variable nominal que define si la mujer recibió tratamiento antirretroviral durante el parto actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	1, 3
Duración de la profilaxis prenatal	Variable numérica que se refiere al tiempo en semanas en que la mujer recibió tratamiento durante el embarazo actual (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Entre 1 y 9 semanas 2. Entre 10 y 18 semanas 3. Entre 19 y 27 semanas 4. Desconocido	1, 2
VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES DE LA VARIABLE	FUENTE

Institución			
Institución donde se realizó el parto	Variable nominal que indica la maternidad donde se produjo el nacimiento (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	Listado de instituciones	1, 3

Fuentes de datos:

1. Base de la Coordinación Sida de la CABA para la vigilancia epidemiológica de partos producidos en mujeres con VIH
2. Base de datos de niños expuestos del mencionado organismo
3. Revisión de historias clínicas de atención de mujeres embarazadas y sus hijos
4. Revisión de las historias sociales.

APÉNDICE B.2

Indicadores seleccionados para las mujeres estudiadas en la presente investigación.

Indicadores socio demográficos

Con estos indicadores se pretendió evaluar la frecuencia de las variables relacionadas con condiciones de fragilidad favorecedores de la TV, como los rangos etáreos, el lugar de residencia, el tipo de vivienda, la cobertura de obra social, el nivel de instrucción alcanzado, entre otros.

- Mediana, rango, media y desvío estándar de la edad de las mujeres con VIH que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y que transmitieron el VIH a sus hijos.

Este dato se obtuvo en el 100% de los casos.

El promedio de edad fue de 27.3, el rango varió entre 16 y 40, la mediana fue de 27, el rango intercuartílico del 6.5 y el desvío estándar de 28.9.

- Proporción de embarazos adolescentes en la población en estudio: mujeres adolescentes (**) embarazadas/total de las mujeres con dato conocido incorporadas al estudio en el período determinado.

Esta proporción fue de $8/65= 12.3\%$

(**) Adolescencia: es el período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años (OMS).

- Proporción de mujeres con lugar de residencia en la CABA: N° de mujeres con lugar de residencia en la CABA / N° de mujeres con dato conocido que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos, 2003-2009.

Esta proporción fue de $39/65= 60\%$

- Proporción de mujeres con primaria incompleta: N° de mujeres que alcanzaron un nivel de escolaridad menor a primaria completa/ N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos.

Esta proporción fue de $13/56= 23.2$

- Proporción de mujeres con primaria completa: N° de mujeres que alcanzaron un nivel de escolaridad hasta primaria completa/ N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos.

Esta proporción fue de $20/56= 35.7$

- Proporción de mujeres con secundaria completa: N° de mujeres que alcanzaron un nivel de escolaridad hasta secundaria completa/ N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos.

Esta proporción fue de $4/56= 7.1$

- Proporción de mujeres que cuentan con cobertura social: N° de mujeres que cuentan con cobertura social / N° de mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $4/57= 7.0$

- Porcentaje de ocupación: N° de mujeres que se encuentran trabajando en la actualidad / N° de mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $8/42= 19.0$

○ **Indicadores relacionados con el momento del diagnóstico de infección por VIH**

Los siguientes indicadores buscaron la medición de factores relacionados clásicamente con la TV, descriptos en la fundamentación y en el marco teórico, teniendo en cuenta que el diagnóstico temprano permite mayor cantidad de oportunidades para prevenir la transmisión.

- Proporción de mujeres que nunca controlaron el embarazo actual: N° de mujeres que nunca controlaron el embarazo actual/ N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $20/50= 40$

- Proporción de mujeres con diagnóstico de VIH previo al embarazo: N° de mujeres con diagnóstico previo al embarazo / N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $30/58= 51.7$

- Proporción de mujeres con diagnóstico de VIH durante al embarazo: N° de mujeres con diagnóstico durante al embarazo / N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $11/58= 18.9$

- Proporción de mujeres con diagnóstico de VIH en el parto: N° de mujeres con diagnóstico en el parto/ N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $14/58= 24.1$

- Proporción de mujeres con diagnóstico de VIH en el puerperio: N° de mujeres con diagnóstico en el puerperio/ N° de mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $3/58= 5.1$

- Proporción de mujeres con estadios clínicos avanzados: N° de mujeres con estadios avanzados/ N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $13/55= 23.6$

- Proporción de seroconversiones durante el embarazo actual: N° de mujeres con seroconversión durante el embarazo actual/N° mujeres con datos obtenidos que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $5/26= 19.2$

- Proporción de mujeres a las que se le realizó test rápido para VIH: N° de mujeres a las que se le realizó test rápido para VIH/ N° de mujeres con datos obtenidos que llegaron al parto sin diagnóstico para VIH

Esta proporción fue de $13/36 = 37.1$

- **Indicadores relacionados específicamente con los factores obstétricos y virológicos vinculados a la TV**

- Proporción de mujeres que finalizaron el embarazo por parto vaginal: N° de mujeres que finalizaron el embarazo por parto vaginal/N° mujeres en las que se obtuvo el dato que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $24/57 = 42.1$

- Proporción de mujeres que finalizaron el embarazo por cesárea electiva: N° de mujeres que finalizaron el embarazo por cesárea electiva N° mujeres en las que se obtuvo el dato que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $23/57 = 40.3$

- Proporción de mujeres que finalizaron el embarazo por cesárea de emergencia: N° de mujeres que finalizaron el embarazo por cesárea de emergencia/N° mujeres en las que se obtuvo el dato que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $10/57 = 17.5$

- **Indicadores relacionados con la situación de las parejas**, partiendo del concepto que el sistema de salud suele brindar mayor atención a las mujeres embarazadas y sus hijos, sin incorporar en su mirada y sus acciones a los varones, como por ejemplo, el ofrecimiento del testeo para VIH, entre otros, en la búsqueda de lograr una prevención integral..

Proporción de parejas sexuales que realizaron el test de VIH durante el embarazo actual: N° de parejas sexuales que realizaron el test de VIH durante el embarazo actual / N° mujeres en las que se obtuvo este dato que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $7/32 = 21.8$

- Proporción de parejas sexuales con VIH: N° de parejas sexuales actuales o pasadas con resultados reactivos para el VIH/ N° mujeres en las que se obtuvo este dato que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $28/33= 84.8$

- Proporción de mujeres que adquirieron la infección por transmisión sexual del VIH: mujeres que adquirieron la infección por transmisión sexual /N° mujeres con dato conocido que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $46/52= 88.4$

- **Indicadores referidos a la multiparidad**: los siguientes indicadores están propuestos ya que la multiparidad está relacionada, por una parte, con mayor posibilidad de prematuridad (mayor riesgo de que se produzca la TV), y por otra con un incremento de complicaciones en la salud y de problemas sociales

- Proporción de mujeres multíparas/ N° mujeres que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos en las que se obtuvo el dato

Esta proporción fue de $28/43= 65.1$

- **Indicadores de acceso a métodos diagnósticos que permiten tomar decisiones para la prevención de la TV**

- Proporción de mujeres con carga viral en las últimas semanas de embarazo: N° de mujeres que tuvieron una carga viral realizada después de la semana 30/ N° de mujeres con dato conocido que realizaron carga viral durante el embarazo

Esta proporción fue de $15/21= 71.4$

- Proporción de cargas virales realizadas durante el embarazo: N° de cargas virales realizadas durante el embarazo actual/N° de mujeres con dato conocido que realizaron carga viral durante el embarazo

Esta proporción fue de $21/65= 32.3$

- Proporción de recuentos de CD4 realizados durante el embarazo actual: N° de recuentos de CD4 realizados durante el embarazo actual/ N° de mujeres con dato conocido que realizaron recuento de CD4 durante el embarazo

Esta proporción fue de $15/23 = 65.2$

- **Indicadores de tratamiento oportuno**

- Proporción de mujeres que recibieron tratamiento ARV prenatal en el primer trimestre: N° de mujeres que recibieron tratamiento ARV en el primer trimestre/ N° mujeres con dato conocido que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Una sola mujer recibió ARV durante el primer trimestre.

- Proporción de mujeres que recibieron tratamiento ARV prenatal en el segundo trimestre: N° de mujeres que recibieron tratamiento ARV en el segundo trimestre/ N° mujeres con dato conocido que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Sólo 3 mujeres recibieron ARV durante el 2do. Trimestre.

- Proporción de mujeres que recibieron tratamiento ARV prenatal en el tercer trimestre: N° de mujeres que recibieron tratamiento ARV en el tercer trimestre/ N° mujeres con dato conocido que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos

Esta proporción fue de $20/61 = 32.7$

- Proporción de mujeres que recibieron tratamiento ARV en el parto: N° de mujeres que recibieron tratamiento en el parto/ N° mujeres con dato conocido que tuvieron sus partos en el sistema público de la CABA y transmitieron el VIH a sus hijos.

Esta proporción fue de $40/59 = 67.7$

APÉNDICE B.3

VARIABLES epidemiológicas de los niños/as que nacieron de madres con VIH en CABA, 2003-2009.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES	FUENTE
Datos del niño			
Edad gestacional	Variable ordinal que define la duración de la gestación a partir del primer día del último período menstrual normal medida en semanas completas (DEIS, 2010)	1. Pretérmino: menos de 37 semanas completas. 2. A término: de 37 a menos de 41 semanas completas. 3. Postérmino: 42 semanas completas o más.	3
Peso al nacer	Variable cuantitativa (agrupada en escala ordinal) que indica la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida (DEIS, 2010)	1. < 2.500 gramos 2. ≥ 2.500 gramos 3. Desconocido	3
Lactancia	Variable nominal que define si el recién nacido fue alimentado con leche materna (21, DEIS, 2010)	1. Si 2. No 3. Desconocido	3
VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES	FUENTE

Tiempo que recibió lactancia materna	Variable cuantitativa (agrupada en escala ordinal) que define la cantidad de tiempo en semanas que recibió lactancia materna (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. \leq 1 mes 2. Entre 2 y 3 meses 3. Entre 4 y 6 meses 4. > de 6 meses 5. Desconocido	3,4
Profilaxis recibida			
Profilaxis neonatal recibida	Variable nominal que define si el recién nacido recibió o no tratamiento antirretroviral (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1.Si 2.No 3.Desconocido	1, 3
Duración de la profilaxis	Variable numérica (agrupada en escala ordinal) que se refiere al tiempo en semanas en que el recién nacido recibió profilaxis antirretroviral (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1.Menos de 1 semana 2.Entre 1 y 4 semanas 3.Más de 4 semanas 4.Desconocido	3

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES	FUENTE
Diagnóstico			
Fecha de realización de la primer análisis de PCR (***) en el recién nacido o niño menor de 18 meses	Día, mes y año en que se realizó la primer PCR (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) 2. Desconocido	2, 3
Resultado de la primer PCR	Variable nominal que define si el resultado de la primer PCR fue positivo o no (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	2, 3
Fecha de realización de la segunda PCR	Día, mes y año en que se realizó la segunda PCR (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) 2. Desconocido	2, 3
Resultado de la segunda PCR	Variable nominal que define si el resultado de la segunda PCR fue positivo o no (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	2, 3

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERATIVA	VALORES	FUENTE
----------	--------------------------------	---------	--------

Fecha de realización de la tercer PCR	Día, mes y año en que se realizó la tercer PCR (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) 2. Desconocido	2, 3
Resultado de la tercer PCR	Variable nominal que define si el resultado de la tercer PCR fue positivo o no (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	1. Si 2. No 3. Desconocido	2, 3
Institución			
Lugar de seguimiento del niño	Variable nominal que indica el hospital donde se realizó el seguimiento pediátrico del niño (Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA 2007)	Listado de instituciones	2, 3, 4

*** PCR: reacción en cadena de la polimerasa. En este caso, técnica utilizada para detectar partículas virales en los recién nacidos o niños y confirmar o descartar infección por TV. El diagnóstico se completa con la realización del test de ELISA a los 18 meses cuando ya se perdieron por completo los anticuerpos maternos.

Fuentes de datos, mencionadas en la última columna:

1. Base de la Coordinación Sida de la CABA para la vigilancia epidemiológica de partos producidos en mujeres con VIH
2. Base de datos de niños expuestos del mencionado organismo
3. Revisión de historias clínicas de atención de mujeres embarazadas y sus hijos
4. Revisión de las historias sociales.

APÉNDICE B.4

Indicadores seleccionados para los recién nacidos/niños en estudio

- **Edad de los niños:** la mayor edad de diagnóstico en los niños está relacionada con oportunidades perdidas en el tratamiento oportuno, así como en las medidas preventivas como consideraciones especiales en cuanto a medicamentos preventivos y cierto cuidado con el esquema de vacunación que debe recibir.

En los casos estudiados, el diagnóstico de infección en el niño se documentó durante los primeros 7 meses de vida, con un rango que fue entre 1 y 7 meses.

- **Indicadores de tratamiento oportuno**

- Proporción de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal de los que se obtuvieron datos: N° de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal / total de niños expuestos al VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA, 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $52/57 = 91.2$

- Proporción de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal menos de 1 semana de los que se obtuvieron datos: N° de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal menos de 1 semana/ total de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $3/31 = 9.6$

- Proporción de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal entre 1 y 4 semanas de los que se obtuvieron datos: N° de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal entre 2 y 4 semanas /total de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $6/31 = 19.3$

- Proporción de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal durante 4 semanas de los que se obtuvieron datos: N° de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal durante 4 semanas /total de recién nacidos que recibieron profilaxis postnatal en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $22/31= 70.9$

- **Indicadores de prematuridad y/o de bajo peso según edad gestacional**: propuestos como medida de uno de los factores favorecedores de la TV

- Proporción de niños con edad gestacional pretérmino nacidos de madre con VIH de los que se obtuvieron datos: N° de niños con edad gestacional pretérmino nacidos de madre con VIH / total de niños expuestos al VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA, 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $8/40=20$

- Proporción de niños con edad gestacional a término nacidos de madre con VIH en los que se obtuvieron datos: N° de niños con edad gestacional a término nacidos de madre con VIH / total de niños expuestos al VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA, 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $32/40= 80$

- Proporción de niños con bajo peso al nacer nacidos de madre con VIH en los que se obtuvieron datos: N° de niños con bajo peso al nacer nacidos de madre con VIH / total de niños expuestos al VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA, 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $13/43= 30.2$

- **Indicadores relacionados con la lactancia materna**
- Proporción de niños que recibieron lactancia materna: N° de niños que recibieron lactancia materna en los que se obtuvieron datos / total de niños

infectados por el VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA, 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $7/54= 12.9$

La duración del amamantamiento incrementa el riesgo de transmisión de VIH. Este dato pudo ser obtenido sólo en 6 casos. 3 recién nacidos recibieron lactancia materna menos de 1 mes; 1 niño entre 2 y 3 meses; 1 niño entre 4 y 6 meses y 1 niño más de 6 meses.

○ **Indicadores de accesibilidad al diagnóstico del niño**

• Proporción de niños con PCR positiva en una primer fecha dentro de los primeros 4 meses de vida: N° de niños con PCR positiva en una primer fecha dentro de los primeros 4 meses de vida en los que se obtuvieron datos / total de niños infectados por el VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de $35/51= 68.6$

• Proporción de niños con PCR positiva en una segunda fecha dentro de los primeros 6 meses de vida en los que se obtuvieron datos: N° de niños con PCR positiva en una segunda fecha dentro de los primeros 6 meses de vida / total de niños infectados por el VIH en forma perinatal nacidos en el sistema público de salud en CABA 2003-2009 en los que se obtuvieron datos

Esta proporción fue de 93.5

APÉNDICE C. Agradecimientos

A las personas que colaboraron intensamente en la recolección de los datos para la presente investigación:

A la Lic. Gabriela Dolinski, la Dra. Marcela Ortiz de Zárate y la Lic. Sandra Prinotti del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

A las Dras. Silvina Ivalo e Irene Foradori del Hospital General de Agudos (HIGA) José M. Ramos Mejía

A la Lic. Evelina Carrizo del HIGA J.A. Penna

A la Dra. Miriam Bruno del HIGA Carlos G. Durand

A la Dra. Marina Martínez del HIGA Cosme Argerich

Al Dr. Oscar García Messina del HIGA Parmenio Piñero

Al Dr. Edgardo Bottaro del HIGA "Donación T. Santojanni"

A la Lic. Stella Pablos del HIGA Bernardino Rivadavia

Al Dr. Juan Carlos Carbone del HIGA Ignacio Pirovano.