

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo.
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

INCIDENCIA VIH/SIDA EN PACIENTES QUE SE DESEMBARAZARON EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE UNIVERSITARIO TAIWAN 19 DE MARZO,
AZUA, REPÚBLICA DOMINICANA, PERIODO ENERO 2017-JUNIO 2018



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Ana María de los Santos Montás

Asesores:

Dra. Carmen Sánchez (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO	
Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes.	3
I.2. Justificación.	3
II. Planteamiento del problema	5
III. Objetivos	6
III.1. General	6
III.2. Específicos	6
IV. Marco teórico	7
IV.1. Historia de la transmisión vertical del VIH	7
IV.2. La transmisión vertical	8
IV.2.1. Vías de transmisión	9
IV.2.1.1. Transmisión prenatal, intraútero o transplacentaria.	9
IV.2.1.2. Transmisión intraparto o perinatal.	10
IV.2.1.3. Transmisión postnatal.	11
IV.3. Situación de la epidemia del VIH/SIDA	12
IV.3.1. África subsahariana	13
IV.3.2. El Caribe	14
IV.3.2.1. Alta prevalencia del VIH, pero epidemia relativamente pequeña en el Caribe	15
IV.3.2.2. Disminuyen las nuevas infecciones en niños	15
IV.3.2.3. Alta cobertura de tratamiento en general	16
IV.3.3. Epidemiología en República Dominicana.	16
IV.4. Estrategias nacionales e internacionales para la reducción de la transmisión vertical	19
IV.5. Respuesta Nacional de VIH/SIDA	23

IV.6. Programa Nacional de reducción de la transmisión vertical	27
IV.6.1. El componente de servicios clínicos	30
IV.6.2. Componente de Atención Primaria/Comunitaria	30
IV.6.3. Componente de IEC	30
IV.6.4. Componente de Investigación	30
IV.6.5. Componente de vigilancia, monitoreo y evaluación	30
IV.7. Escenarios de intervención	31
IV.8. Problemática en la atención de las embarazadas en la República Dominicana	35
IV.9. La adherencia al tratamiento antirretroviral	39
IV.9.1. Importancia de la adherencia	40
IV.9.2. Factores que influyen sobre la adherencia	40
IV.9.2.1. Factores relacionados con el paciente	41
IV.9.2.2. Factores relacionados con la Infección VIH/SIDA	42
IV.9.2.3. Factores relacionados con el esquema de ARVs o TARV	42
IV.9.3. Adherencia al TARV en las embarazadas	43
IV.9.4. Recomendaciones para mejorar la adherencia ARV en las embarazadas VIH positivas:	45
V. Operacionalización de las variables	46
VI. Material y métodos	48
VI.1. Tipo de estudio	48
VI.2. Demarcación geográfica.	48
VI.3. Unidad de medida	48
VI.4. Universo	48
VI.5. Población y muestra	48
VI.6. Criterios de inclusión	49
VI.7. Criterios de exclusión	49
VI.8. Técnicas de recolección de datos	49
VI.9. Instrumentos para la recolección de datos.	49
VI.10. Análisis de los datos	49

VII. Resultados.	50
VIII. Discusión.	70
IX. Conclusiones.	71
X. Recomendaciones.	71
XI. Referencias	75
XII. Anexos	80
XII.1. Cronograma	80
XII.2. Instrumento de recolección de datos	81
XII.3. Costos y recursos	82
XII.4. Evaluación	83

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A Dios

Por ser la razón de mi existir y porque en todo momento he sentido su respaldo y fortaleza en el ejercicio para lograr los objetivos y metas que me he trazado y porque ha provisto los medios para lograrlo. Gracias al Padre, al Hijo y al Espíritu Santo.

Mi madre:

Altagracia Montas, gracias madre porque sin tu ayuda y abnegación incondicional no hubiera sido posible llegar. No hay palabras suficientes ni valor que pueda expresar, ni recompensar mi agradecimiento a tu esfuerzo, paciencia y cariño con los que me has ayudado. Gracias mami que el Dios Todopoderoso te lo recompense con ricas bendiciones hasta que sobre abunde su gracia en ti.

A mi esposo:

José Matos, supiste comprenderme, soportar mis ausencias, esperarme cuando yo estaba en la universidad o en algún hospital de servicio, asumes tu rol de padre con responsabilidad. Ha demostrado ser un esposo y un padre abnegado y todo esto solo se puede lograr cuando existe de por medio un gran amor por la familia.

A mis hijos

José Daniel, Emmanuel David, Angel Benjamin y Lucy Annie. Gracias porque mantienen vivo mis deseos de superarme para ofrecerles a ustedes un mejor porvenir.

Aura Domínguez

Por cooperar de manera incondicional en la elaboración de mi tesis. Gracias de corazón que Dios le bendiga.

Ana M. de los Santos Montas

RESUMEN.

Se realizó un estudio retrospectivo, con el objetivo de determinar la incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, período enero 2017-junio 2018. El 41.7 por ciento de las pacientes tenían más o igual a 30 años. El 75.0 por ciento de las pacientes son amas de casa. El 83.3 por ciento de las pacientes son dominicanas. El 50.0 por ciento de las pacientes cursaron hasta la primaria y secundaria respectivamente. El 50.0 por ciento de las pacientes si conocían su condición antes de su embarazo y otro 50.0 por ciento no. El 75.0 por ciento de las pacientes no fueron referidas de algún centro de salud. El 41.7 por ciento de las pacientes tenían menos de 5 semanas de la edad gestacional al ingreso al programa. El 41.7 por ciento de las pacientes no presentaron número de chequeos prenatales. El 83.3 por ciento de las pacientes tenían conocimiento sobre la enfermedad. El 100.0 por ciento de las pacientes recibió apoyo y comprensión de las personas cercanas al conocer su estatus. El 100.0 por ciento de las pacientes se les entrego la prueba con consejería. El 66.7 por ciento de las pacientes respondieron que es importante tomar los medicamento ARV durante el embarazo ya que evita el niño se contagie. El 100.0 por ciento de las pacientes no creen que los medicamentos le hagan daño a su bebe. El 50.0 por ciento de las pacientes si han olvidado tomar la medicación, igual un 50.0 por ciento no. El 50.0 por ciento de las pacientes si toman siempre los fármacos a la hora indicada, mientras que el 50.0 por ciento no. El 83.3 por ciento de las pacientes no deja alguna vez de tomar la medicación. El 91.7 por ciento de las pacientes dejan de tomar la medicación si se sienten mal. El 100.0 por ciento de las pacientes considera que en el programa se le dio el seguimiento apropiado. El 91.7 por ciento de las pacientes se sentían satisfecha con el servicio brindado por el programa. El 75.0 por ciento de las pacientes no deserto del programa.

Palabras claves: VIH/SIDA, desembarazaron, edad gestacional.

ABSTRACT.

A retrospective study was conducted with the objective of determining the incidence of HIV / AIDS in patients who were discharged at the Regional University Teaching Hospital Taiwan 19 de Marzo, Azua, Dominican Republic, January 2017-June 2018. 41.7 percent of the patients had more or equal to 30 years. 75.0 percent of the patients are housewives. 83.3 percent of the patients are Dominican. 50.0 percent of the patients attended primary and secondary respectively. 50.0 percent of patients knew their condition before their pregnancy and another 50.0 percent did not. 75.0 percent of the patients were not referred from a health center. 41.7 percent of the patients had less than 5 weeks of gestational age at admission to the program. 41.7 percent of the patients did not present a number of prenatal check-ups. 83.3 percent of the patients had knowledge about the disease. 100.0 percent of the patients received support and understanding from those close to them upon knowing their status. 100.0 percent of the patients were given the test with counseling. 66.7 percent of patients responded that it is important to take ARV medication during pregnancy as it prevents the child from getting infected. 100.0 percent of patients do not believe that medicines harm their baby. 50.0 percent of patients have forgotten to take the medication, equal to 50.0 percent no. 50.0 percent of patients if they always take the drugs at the indicated time, while 50.0 percent do not. 83.3 percent of patients never stop taking their medication. 91.7 percent of patients stop taking the medication if they feel sick. 100.0 percent of patients consider that the program was given appropriate follow-up. 91.7 percent of the patients felt satisfied with the service provided by the program. 75.0 percent of patients did not drop out of the program.

Keywords: HIV / AIDS, released, gestational age.

I. INTRODUCCIÓN

Desde el mismo comienzo que apareció la infección por el VIH se demostró que una de las principales vías de transmisión era la de la madre a su hijo(a), en cualquiera de sus tres momentos (embarazo, parto o lactancia), lo que conllevó a que se iniciaran de inmediato a tomar todas las acciones o medidas para evitar la infección del VIH-SIDA a un nuevo ser. Es necesario destacar que por esto se implementó un programa de prevención y control de transmisión vertical madre-hijo desde el año 2003, con lo cual se lograría reducir lo más posible esta terrible enfermedad.¹

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad que representa un complejo problema de salud dada su letalidad sin respetar edad, sexo, raza, ni condición social, y que últimamente se ha agudizado en los países en vías de desarrollo.

Desde el reporte del primer caso en el año 1981 y el subsiguiente descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha desencadenado el reto médico científico más importante del momento.

Estudiar la población de mujeres embarazadas que presentan afectación por el VIH/sida es sumamente difícil, no solo por las implicaciones diagnósticas, ya que son dos vidas las que están involucradas (madre e hijo) sino también porque una patología como ella está llena de desesperanzas a los que la padecen, a pesar de que en nuestro medio ya se cuenta con la terapia antiretroviral, lo que viene a aliviar la angustiante noticia que se le da a una paciente embarazada seropositiva.

Para llegar a la etapa de evaluar el uso de fármacos antiretrovirales en las embarazadas es necesario primero establecer un diagnóstico preciso sobre esta patología lo cual se logra únicamente al tener conciencia de este problema y ofrecer la realización de pruebas de detección del VIH a toda la población en general y muy especialmente a las embarazadas.

La información sobre el embarazo, parto y seguimiento del niño dentro del contexto de la infección VIH, es una guía se ofrece como un elemento sencillo y claro, que puede apoyar la información ofrecida por el médico en cada caso particular.¹

La pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del SIDA afecta a mujeres y niños en el ámbito mundial. En 1996 se estimaba que en el mundo existían más de ocho millones de mujeres infectadas.²

En mujeres infectadas por el VIH, el embarazo es de particular importancia, por una parte, por la posibilidad de transmisión vertical de la infección al producto y, por la otra, por un potencial incremento de la morbilidad perinatal en estas mujeres. Debido al aumento en el número de mujeres en edad reproductiva infectadas por el VIH, la coincidencia de esta infección y el embarazo se ha incrementado.³

Cada año se producen más de 2 millones de embarazos en mujeres con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo y se estima que 590.000 niños, también cada año, se infectan por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a través de sus madres. Este hecho unido al aumento de mujeres infectadas por vía heterosexual del VIH plantea un nuevo escenario del embarazo y la infección VIH.³

Se puede estimar que en España hay unas 25.000 mujeres entre 19-49 años con infección VIH lo que unido a la mejoría de la calidad de vida y aumento de supervivencia de las mujeres con infección VIH aumenta la expectativa y posibilidades de embarazo en esta población.³

Los médicos generales integrales y los especialistas en obstetricia-ginecología pueden brindar atención médica a gestantes infectadas por el VIH, fuera de los centros de referencias y en países donde brinden colaboración. Por lo tanto, necesitan conocer las medidas que se utilizan en la república dominicana y las estrategias más importantes en el mundo con vistas a disminuir la transmisión del VIH de madre a hijo. Con el objetivo de realizar una actualización sobre este tema, se revisaron las publicaciones especializadas sobre VIH/SIDA en los últimos 12 años a nivel mundial en revistas de impacto, brindando una guía para el tratamiento de las gestantes infectadas y las principales estrategias de prevención de la transmisión vertical.³

Los riesgos de transmisión del VIH (entre parejas y de madre infectada a hijo), cuándo y cómo iniciar tratamiento antirretroviral en los niños y su seguimiento, y los cuidados generales durante el embarazo y específicos del VIH (seguimiento clínico y

ginecológico), son temas que se tratan de forma clara y concisa, en forma de preguntas con respuesta.³

La información sobre el embarazo, parto y seguimiento del niño dentro del contexto de la infección VIH, esta guía se ofrece como un elemento sencillo y claro, que puede apoyar la información ofrecida por el médico en cada caso particular.³

I.1. Antecedentes.

Valdés R., Enrique; Sepúlveda M. Alvaro y col. (2011)¹ realizaron un estudio con el objetivo de conocer el comportamiento epidemiológico de la TV en Chile desde la creación del programa nacional de prevención. Se notificaron 9.317 casos de VIH y 7.886 casos de SIDA (1984-2006), prevalencia en aumento hasta el 2003 con tendencia descendente posteriormente. La razón actual de VIH entre hombres y mujeres es de 4:1, con clara tendencia al aumento de notificación en mujeres. La principal vía de exposición sigue siendo la vía sexual (93,4%). El grupo más afectado está entre los 20-39 años (73,1% para VIH y 63,1% para SIDA), cabe destacar que entre 0-9 años se encuentra el 1,1% de los afectados por VIH y el 1,4% por SIDA, todos infectados por TV.

I.2. Justificación.

En los niños la infección por el VIH-1 está cambiando de cara; en los países desarrollados el tratamiento con antirretrovirales en las mujeres embarazadas ha disminuido el riesgo de transmisión perinatal de 20 a 5% y en algunos países por debajo de esta última cifra. Infortunadamente este cambio aún no se ha observado en los países en desarrollo. Republica Dominicana parece ser la excepción, pues a partir de que estuvo disponible el tratamiento con antirretrovirales, se empezó a administrar a las embarazadas con VIH/SIDA y se promovió la profilaxis perinatal: disminuyendo en los últimos 3 años la tasa de incidencia de recién nacidos infectados.

La combinación de esquemas antirretrovirales altamente efectivos (TARAA) ha revolucionado el tratamiento de la infección por el VIH en los niños al lograr en ellos

una supresión viral sostenida, preservando o restaurando la respuesta inmune, lo que se traduce en mayor sobrevida y una mejor calidad de vida.

Las mujeres infectadas por el VIH-1, a nivel mundial, representan en la actualidad la mitad de la población con esta enfermedad: aproximadamente 40 millones.⁶⁰

Muchas de éstas infectadas que inician la gestación, pueden transmitir el virus a sus bebés, sea durante la gestación, al momento del nacimiento o en la lactación al seno. El empleo de medidas terapéuticas para reducir el riesgo de transmisión del virus, reduce aproximadamente un tercio el riesgo de que sus hijos sean infectados por sus madres.⁶¹

Sin embargo, la administración de tratamiento ARV y las medidas profilácticas, han permitido reducir de manera significativa la transmisión vertical del VIH-1.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/sida es un problema real de salud pública para todos los países del mundo, la mayoría de los cuales pertenecen al mundo en desarrollo y aunque los avances científicos son enormes todavía no se tiene cura para esta enfermedad.

Sin embargo cuando se identifica alguna persona con infección por el VIH se pueden tomar medidas dirigidas a evitar la transmisión de esta patología a otras personas, incluido el personal de salud que las atiende, y más aún cuando la usuaria afectada es una embarazada es posible evitar la transmisión a su hijo. Por tanto es importante determinar la seroprevalencia de esta infección.

La pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del SIDA afecta a mujeres y niños en el ámbito mundial. En 1996 se estimaba que en el mundo existían más de ocho millones de mujeres infectadas.⁴ En México, hasta el primer trimestre de 1997, se habían notificado, a la Secretaría de Salud, 4 012 casos de SIDA en mujeres, de las cuales 69.3 por ciento estaban en edad reproductiva.⁴

En mujeres infectadas por el VIH, el embarazo es de particular importancia, por una parte, por la posibilidad de transmisión vertical de la infección al producto y, por la otra, por un potencial incremento de la morbilidad perinatal en estas mujeres. Debido al aumento en el número de mujeres en edad reproductiva infectadas por el VIH, la coincidencia de esta infección y el embarazo se ha incrementado.⁴

La prevalencia de infección VIH en Chile en embarazadas es de 0.05 por ciento, lo que significa aproximadamente 100 embarazos al año en mujeres con infección VIH (+). Los números globales de la enfermedad, alarman. Según Unicef, 380.000 niños mueren al año por causas relacionadas con el VIH, y hay 2,5 millones de niños viviendo con el VIH en todo el mundo, de los cuales dos millones viven en África. Por lo que nos planteamos la siguiente: ¿Cuál es la incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, Republica Dominicana, período enero 2017-junio 2018.

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, Republica Dominicana, período enero 2017-junio 2018.

III.2. Específicos

1. Determinar la edad materna
2. Identificar la nacionalidad
3. Determinar la procedencia
4. Determinar el estado civil
5. Identificar nivel educativo
6. Identificar la edad gestacional de la madre al ingresar al programa
7. Determinar los antecedentes gineco-obstétricos.
8. Identificar Inicio de vida sexual.
9. Determinar número de compañeros sexuales.
10. Determinar antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
11. Identificar el que tiempo del diagnóstico.
12. Determinar la carga viral al inicio del embarazo.
13. Carga viral al momento del diagnóstico.
14. Chequeos prenatales.
15. Edad gestacional al momento del su primer control prenatal.
16. Si estaba recibiendo tratamiento de antirretroviral.
17. Si había tenida. Primera línea y segunda línea.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Historia de la transmisión vertical del VIH

En junio de 1981, los *Centers for Disease Control (CDC)* de Atlanta, en los Estados Unidos, comunicaron la aparición inexplicable de neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco varones homosexuales previamente sanos de Los Ángeles, y de sarcoma de Kaposi en varios varones homosexuales, también sanos, en Nueva York y Los Ángeles. En julio del mismo año, se descubren tres casos de inmunodeficiencia no explicada en tres hemofílicos estadounidenses, y se empieza a hablar del «síndrome de inmunodeficiencia adquirida». Este fue descrito, originariamente, por los CDC, como la presencia de una enfermedad «oportunista», diagnosticada de manera fiable y al menos, moderadamente indicativa de un defecto subyacente de la inmunidad celular, en ausencia de causas conocidas de defectos inmunitarios subyacentes, como la inmunosupresión iatrógena o los tumores malignos.

En diciembre de 1982 se publican los primeros casos en pacientes pediátricos, se trataba de 4 lactantes que no habían recibido sangre o productos sanguíneos, nacidos de madres que habían sufrido una neumonía por *Pneumocystis* o que eran drogadictas, y se postulaba la transmisión del posible «agente infeccioso» del SIDA de la madre al niño, habían adquirido la infección por transmisión vertical, y en 1984 se describió el primer caso de SIDA y embarazo, que tuvo lugar en una paciente afectada de sarcoma de Kaposi diseminado. Se ha avanzado mucho en los conocimientos sobre la transmisión vertical, lo que ha permitido desarrollar protocolos de actuación para intentar prevenir la misma.

Desde el inicio de la epidemia de SIDA se reconoció la Transmisión Vertical (TV) como una vía relevante de adquisición de la infección por VIH. De hecho, la tasa de TV ha variado en diferentes estudios entre el 13-48 por ciento, dependiendo del lugar de estudio y de si las madres infectadas amamantaban o no a sus hijos.¹ La incidencia de la infección en mujeres continúa en aumento. De las 16,000 nuevas infecciones que se producen diariamente, la mayoría se deben a transmisión heterosexual. A pesar de los grandes avances acontecidos en los últimos años, y el mejor conocimiento de las medidas de control y prevención de la infección, se

infectan anualmente 600,000 niños en el mundo por la escasa repercusión de las medidas preventivas en la TV.^{2,3}

Aunque las nuevas terapias ARV han supuesto una mejoría notable en la supervivencia y un descenso en el número de casos de SIDA, el fracaso en gran parte en las medidas preventivas, se traduce en la existencia de un mayor número de pacientes infectados. El aumento en la prevalencia de infección en mujeres jóvenes tiene una repercusión directa en el incremento en el número de niños infectados en el mundo. Todavía se reportan casos de SIDA como consecuencia de infección por derivado sanguíneos administrados antes de 1987, sin embargo la mayor parte de las infecciones por VIH en pediatría son secundarias a la transmisión vertical, lo cual va a condicionar una diferente historia natural de la enfermedad en el niño respecto al adulto. Se han experimentado grandes avances en el conocimiento, prevención y tratamiento de la infección VIH en los últimos años, aunque más del 90 por ciento de la población mundial aún no tiene acceso a los mismos. Por ello, en realidad coexisten dos mundos completamente diferentes, y aunque exista voluntad de aproximarlos, este objetivo dista aún de ser realidad.³ Tanto una mujer embarazada como el niño infectado plantean una serie de problemas clínicos y psicosociales, íntimamente relacionados, que requiere un abordaje multidisciplinario complejo en que deben colaborar un buen número de profesionales.

IV.2. La transmisión vertical

Cuando una mujer se encuentra en etapa de gestación se generan cambios que transforman su vida por completo, éstos van desde el estado social, condición física o emocional. Tales cambios son difíciles de afrontar pero no imposibles de superar. Si para una mujer que se encuentre en buen estado de salud resulta en ocasiones un tanto difícil estar embarazada, piense en aquellas que no, como es el caso de las mujeres portadoras del virus del VIH/ SIDA.

Muchas son las preguntas que las mujeres con infección VIH se plantean ante la posibilidad de quedarse embarazadas o cuando ya lo están. El desconocimiento de las diferentes situaciones y cuidados en relación tanto a la madre como al niño

impide, en muchas ocasiones tomar decisiones de forma adecuada y vivir la maternidad satisfactoriamente.

Cada año se producen más de 2 millones de embarazos en mujeres con infección por el VIH en todo el mundo y se estima que 590.000 niños, también cada año, se infectan por el VIH a través de sus madres.^{1,2}

La situación de embarazo constituye un riesgo potencial de transmisión de la infección VIH para la mujer, y un riesgo además de transmisión vertical por lo que el diagnóstico precoz de la infección VIH en el embarazo constituye un objetivo primordial para una política global de profilaxis de la transmisión vertical y de los programas de salud de la mujer embarazada.⁴ Por todo ello, la serología VIH debe realizarse en toda mujer embarazada y debe incluirse dentro del protocolo a realizar en la primera visita. Este constituye el primer paso para poder ser efectivos en la disminución de la transmisión vertical.

IV.2.1. Vías de transmisión

La principal vía de transmisión de la infección por VIH en pediatría es la vertical. Esta puede ocurrir intraútero, en el momento del parto o por la lactancia materna.

IV.2.1.1. Transmisión prenatal, intraútero o transplacentaria.

Se produce por el paso del virus a través de la placenta desde la circulación materna. En 1985 Lapointe aisló el virus en un prematuro de 28 semanas cuya madre murió de un SIDA terminal dos horas antes del parto, y en el mismo año Jovaisas demostró la presencia de VIH en tejido fetal procedente de un aborto de 20 semanas. La infección precoz es rara y no ha sido descrita antes de las 12 semanas de gestación, aunque en algunos casos el virus había sido aislado con anterioridad, por ejemplo, en vellosidad corial en la 8º semana de amenorrea. Otros hechos que demuestran este mecanismo de infección serían la presencia de virus en sangre periférica del recién nacido en la primera semana de vida, y la rápida progresión de la enfermedad en algunos niños, que demostraría que la infección ha ocurrido en etapas tempranas de la gestación.

Se cree que son tres los mecanismos por los que el VIH llega al feto: por transferencia del virus libre en casos de carga viral materna positiva; por el paso de linfocitos o macrófagos portadores del provirus en su material genético de la madre al feto, o bien, a través de una infección primaria de la placenta con posterior transmisión fetal, estando implicadas las células de Hofbauer, presentes en el sincitiotrofoblasto, ya que tienen receptores CD4 que podrían actuar como reservorio del VIH. Los datos disponibles en la actualidad sugieren que la infección prenatal por VIH ocurre, predominante, en los dos últimos meses del embarazo, infectándose un 2 por ciento de los niños en épocas tempranas de la gestación.⁴

IV.2.1.2. Transmisión intraparto o perinatal.

Este mecanismo de transmisión puede ocurrir de varias formas: a) vía directa por contacto del niño con sangre materna infectada o secreciones vaginales al pasar por el canal del parto; b) vía ascendente desde la vagina o el cérvix hacia las membranas fetales o el líquido amniótico; c) por exposición directa de la mucosa gastrointestinal del recién nacido a la sangre materna.

El VIH ha sido cultivado tanto en la fracción celular como en la acelular de las secreciones vaginales y cervicales de mujeres infectadas, y también se ha detectado mediante la PCR en células del tracto genital femenino. Un dato muy interesante es el que aportaron Henin et al al observar que la excreción de HIV en las secreciones genitales era mayor en las mujeres embarazadas que en las no embarazadas. Gaillard et al. Encontraron que la transmisión intraparto o muy cercana al mismo estaba asociada independientemente con la carga viral materna y la presencia de ARN del VIH tanto en secreciones cervicovaginales como en la cavidad orofaríngea del recién nacido.

Un factor a tener en cuenta que favorecería la transmisión de la infección en el momento del parto son las microtransfusiones entre la sangre materna y la fetal ocasionadas por las contracciones uterinas. Otras evidencias que muestran la importancia de esta vía son, la negatividad de las pruebas diagnósticas en sangre periférica en el 50 por ciento de los recién nacidos infectados en la primera semana de vida.

IV.2.1.3. Transmisión postnatal.

Al igual que otros virus, el VIH puede transmitirse a través de la leche materna. De hecho el VIH ha sido aislado de la fracción celular del calostro humano. No está claro si la infección se produce a través de células libres de VIH en la leche o a través del compartimento celular. El virus no unido a células penetraría en la mucosa gastrointestinal infectando a las células de este tejido, o bien, vía directa a la circulación sanguínea a través de heridas en la mucosa. Si la infección por VIH ocurre a través de células infectadas, está claro el papel de esta vía dado el gran número de células que contiene el calostro. La inmadurez del tracto gastrointestinal del recién nacido también jugaría un papel en esta vía de transmisión, aunque la infección se ha demostrado también en casos que iniciaron la lactancia materna fuera del período neonatal estricto.

La transmisión madre – hijo puede ocurrir durante el embarazo, el parto y/o por la lactancia materna. Sin ninguna intervención, un 20 por ciento de los niños se infectan antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que un 50 – 80 por ciento lo hacen durante el parto (infección intraparto) y la lactancia materna puede incrementar el 15-20 por ciento el riesgo de transmisión. En sentido general se estima que en ausencia de cualquier tipo de intervención la tasa de transmisión vertical oscila entre un 15 por ciento y un 45 por ciento.¹⁴

Esta forma de transmisión del VIH está mediada por muchos factores, entre ellos los económicos y sociales, por lo que las posibilidades de que una mujer embarazada pase el virus a su hijo varía de una región a otra del mundo: en países desarrollados el riesgo es de 20 por ciento y en países en desarrollo es de 35 por ciento, en promedio. En el Caribe se estima que existe un 24 por ciento de posibilidad de que una embarazada transmita el virus a su criatura.¹³

La República Dominicana cuenta con una población de alrededor de 9 millones de habitantes. Un país perteneciente a la región del Caribe, la cual es una de las zonas a nivel mundial más infectadas por la pandemia del VIH y SIDA. De acuerdo a datos del Sistema de Vigilancia del VIH de la Secretaría de Salud Pública, en los últimos 10 años la proporción de embarazadas viviendo con VIH en República Dominicana ha

oscilado entre 2.4 y 8 por ciento. Según estimaciones, se espera que cada año asistan a los servicios de salud públicos unas 2,500 embarazadas positivas al VIH.¹³

La seroprevalencia nacional es de 1% de la población entre 15 a 49 años de edad, aproximadamente 46,500 personas infectadas. En mujeres embarazadas la prevalencia es de 2%, esto se debe a que en la mayoría de los casos existe mucha desinformación con respecto al tema. Por lo que es importante que una mujer embarazada e infectada con el virus del VIH y SIDA sepa que cuenta con las herramientas necesarias para impedir contagiar a la criatura.

IV.3. Situación de la epidemia del VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha cobrado la vida de más de 30 millones de personas desde 1981, fecha en la que se describieron los primeros casos de pacientes afectados por la enfermedad. Se trataba de pacientes, previamente sanos, que desarrollaban infecciones oportunistas. Estas cifras la convierten en una de las epidemias más destructivas de los anales de la historia de la medicina. A pesar de las recientes mejoras en el acceso al tratamiento antirretroviral, en tan solo tres décadas, más de 30 millones de personas han fallecido de SIDA y más de 34 millones han sido infectados con el VIH. La epidemia del VIH se ha convertido en uno de los más importantes retos de salud pública de nuestra época. Constituye también una crisis jurídica, de derechos humanos y de justicia social. La parte positiva es que contamos ahora con todas las pruebas y herramientas que necesitamos para reducir radicalmente el ritmo de progresión de nuevas infecciones por VIH y detener las muertes relacionadas con el VIH.⁴

Cada comunidad de cada país es el hogar o el lugar de residencia de personas que viven con VIH. Hacia finales de 2010, se estimó que más de 34 millones de personas vivían con VIH un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años. 1,8 millones falleció en ese año y a la par de esas personas, había otros millones más en riesgo de infección. Si bien los avances

de la última década en la prevención y el tratamiento son alentadores, se registran casi 7.400 nuevas infecciones cada día.⁴

Según el informe sobre La Epidemia Mundial de SIDA, publicado por ONUSIDA en 2011, de los 34 millones personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mas de 18 millones son mujeres y 3.4 millones son niños. Se registraron 2.5 millones de nuevas infecciones, lo que representa una disminución con respecto a los 3.1 millones del 2001 y se produjeron 1.7 millones de muertes relacionadas al sida. La proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable al 50% en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%).

El VH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos medios o bajos. Gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas VIH-positivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud. En los países de ingresos bajos o medios, a finales de 2011 recibían terapia antirretrovírica más de 8 millones de personas, aunque aún hay más de 7 millones que necesitan tratamiento y no tienen acceso a él.

IV.3.1. África subsahariana

África subsahariana tiene poco más del 12 por ciento de la población mundial, pero alberga a más del 68 por ciento de todas las personas infectadas por el VIH; unos 25.8 millones. En otras palabras, las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH están en esta zona. En esta región fallecieron aproximadamente 2.4 millones de personas en 2011, mientras que otros 3.2 millones contrajeron la infección por el VIH.¹ La epidemia sigue siendo más grave en África meridional, donde Sudáfrica tiene el mayor número de personas que viven con el VIH (un número estimado de 5,6 millones) que cualquier otro país en el mundo.

El número total de nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana ha disminuido más del 26%, hasta los 1,9 millones [1,7 millones–2,1 millones] desde los 2,6 millones [2,4 millones–2,8 millones] estimados en el punto máximo de la

epidemia en 1997. En 22 países subsaharianos, las investigaciones muestran que la incidencia del VIH se redujo más del 25% entre 2001 y 2009. Esto incluye algunas de las epidemias más grandes del mundo: Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe. La incidencia anual en Sudáfrica, aunque aún es alta, disminuyó un tercio entre 2001 y 2009: de 2,4% [2,1%–2,6%] a 1,5% [1,3%–1,8%]. De manera similar, las epidemias en Botswana, Namibia y Zambia parecen estar en declive. Las epidemias en Lesotho, Mozambique y Swazilandia parecen haberse estabilizado, aunque en niveles inaceptablemente altos.

La proporción de mujeres afectadas por la epidemia sigue creciendo. Como se ha citado anteriormente, de los más de 18 millones de mujeres estaban infectadas un 77 por ciento del total vive en África subsahariana. El impacto, cada vez mayor, sobre la población femenina también resulta evidente en Asia meridional y sur oriental, donde casi dos millones de mujeres ya tienen el VIH, como ocurre en Europa oriental y Asia central. Las mujeres entre 15 y 45 años, que son las que están en edad fértil, ya que representa la mitad de la población mundial infectada por VIH.¹⁹

IV.3.2. El Caribe

El Caribe tiene la segunda prevalencia regional más alta del VIH después de África subsahariana, aunque la epidemia se ha desacelerado considerablemente desde mediados de los años noventa.

En la región del Caribe, las nuevas infecciones por el VIH se redujeron un tercio desde los niveles de 2001. En la República Dominicana y Jamaica, la incidencia del VIH se ha reducido un 25%, mientras que en Haití ha disminuido aproximadamente un 12%.⁵ La desaceleración de la incidencia del VIH y el acceso cada vez mayor a los servicios de prevención del VIH para las mujeres embarazadas ha conducido a una marcada disminución en el número de niños con nuevas infecciones por el VIH y en las muertes relacionadas con el sida entre niños.

Las relaciones sexuales sin protección son el principal modo de transmisión en el Caribe. El número de personas que viven con el VIH también se ha reducido ligeramente desde los primeros años del nuevo milenio. El mayor acceso al

tratamiento antirretrovírico ha llevado a una caída considerable en la mortalidad asociada con el sida.

IV.3.2.1. Alta prevalencia del VIH, pero epidemia relativamente pequeña en el Caribe

- ✓ Tras África subsahariana, el Caribe es una de las regiones más afectadas por la epidemia del VIH.
- ✓ La prevalencia del VIH en adultos fue en 2011 de alrededor del 1% [0.9%–1.1%], una cifra superior a cualquier otra región del mundo a excepción de África subsahariana.
- ✓ En el Caribe el número de personas que vivían con el VIH se ha mantenido relativamente baja-230 000 [200 000–250 000] en 2011-y apenas ha variado desde finales de la década de 1990.
- ✓ La región ha experimentado un notable descenso (42%) de nuevas infecciones por el virus desde el año 2001, desde 22 000 [20 000–25 000] en 2001 a 13 000 [9600–16 000] en 2011.
- ✓ Las muertes por causas relacionadas con el sida descendieron desde alrededor de 20 000 [16 000–23 000] en 2005 a 10 000 [8200–12 000] en 2011.

IV.3.2.2. Disminuyen las nuevas infecciones en niños

- ✓ Pese a que los países de ingresos bajos y medios han mantenido durante muchos años una cobertura casi universal de medicamentos antirretrovíricos para mujeres embarazadas, solo el Caribe ha alcanzado niveles similares, de un 79% [67–97%].
- ✓ En América Latina la cobertura de regímenes antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil en 2011 fue del 56% [37 – 75%].
- ✓ El número de niños que contrajeron el VIH cayó un 24% en América Latina y un 32% en el Caribe desde 2009 a 2011.

IV.3.2.3. Alta cobertura de tratamiento en general

- ✓ En el año 2011 la cobertura de la terapia antirretrovírica fue del 68% en América Latina y del 67% en el Caribe, en comparación a la media mundial situada en el 54%.

- ✓ La cobertura de la terapia antirretrovírica puede experimentar variaciones de un país a otro de la región:
 - La cobertura del tratamiento ascendió a más del 80% en Cuba, la República Dominicana, México y Guyana.
 - En Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela se alcanzó una cobertura de más del 60%.
 - En Bolivia la cobertura del tratamiento en 2011 fue inferior al 20%.

IV.3.3. Epidemiología en República Dominicana.

La República Dominicana cuenta con una población de alrededor de 9 millones de habitantes. Un país perteneciente a la región del Caribe, la cual es una de las zonas a nivel mundial más infectadas por la pandemia del VIH y SIDA. El perfil epidemiológico de República Dominicana de la transmisión del VIH muestra un modelo predominante de transmisión sexual que tuvo su inicio en el segmento poblacional contractivas homo-bisexuales para los años 1983-1987. A partir de 1988 estadísticas oficiales reflejan una mayor repercusión en la población heterosexual, en diciembre de 1998 éste patrón de trasmisión representaba el 69 por ciento de los casos reportados.

Según las cifras de prevalencia del VIH para la población general arrojadas a través de la última Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2007), como las últimas Encuestas de Vigilancia Centinela en Embarazadas, 0.8% y 1.37%, respectivamente, la epidemia del VIH en la República Dominicana es de tipo generalizada.⁸ En otras palabras, aunque las sub-poblaciones vulnerables pueden continuar contribuyendo desproporcionadamente a propagar el VIH, el contacto sexual en la población general es suficiente para mantener una epidemia independiente de sub-poblaciones expuestas a alto riesgo de infección (Estimaciones y Proyecciones, 2009). Debido a esta clasificación, la Respuesta Nacional al VIH ha ido reforzando sus intervenciones en la población general y disponiendo de menos recursos para las poblaciones consideradas vulnerables al VIH, como son las trabajadoras sexuales (TRSX) y sus clientes, los gays, trans y otros hombres que

tienen sexo con hombres (GTH) y otros grupos que tienen prevalencia mucho mayor que la población general adulta.

Se estima que el sub-registro de los casos de VIH anda por entre 70%-80%, lo cual representa un desafío para el sistema de notificación. Las estimaciones realizadas por los distintos organismos nacionales e internacionales coinciden en decir que la prevalencia de VIH en la población general está entre 1% y 1.5%.⁽²⁾ La epidemia parece estar cerca creciendo entre las mujeres, la razón hombre/mujer se ha ido reduciendo y actualmente se estima en 1.6:1. En la población femenina, el problema se manifestaba con mayor intensidad en las analfabetas (3.7%) y en las más pobres (1.8%).¹²

En el 2011, según el informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo de República Dominicana, estudios realizados por el Programa de Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el 60% de las personas que viven con VIH en la República Dominicana son mujeres; de 57,540 personas que viven con VIH en RD, 34,630 son mujeres y 22, 910 son hombres. Sin embargo el Consejo Nacional de VIH y SIDA señala que en el país actualmente unas 43 mil 945 personas viven con VIH-SIDA, de las cuales 25,230 son mujeres y 18,715 son hombres,³ cifra muy por debajo a la señalada por el Programa de Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el 2011, pero ambas ponen en evidencia el incremento de afectación de la población femenina. El VIH se feminiza y las mujeres son más vulnerables. La población femenina de 15 a 24 años de edad son las más vulnerables al virus.

Es preocupante el crecimiento de jóvenes mujeres con sida en la República Dominicana, puesto que en años pasados había una mujer por cada cuatro hombres afectados por VIH-SIDA, pero en la actualidad la situación está prácticamente uno a uno, lo que significa que ha aumentado la vulnerabilidad de las mujeres; a consecuencia de una mayor incidencia de casos en mujeres, la transmisión perinatal ha aumentado. La transmisión vertical cobra una nueva y gran dimensión de la infección en la mujer, pues además de las consecuencias que para ella misma tiene, cabe la posibilidad de que la mujer embarazada infectada por el VIH transmita a su

descendencia una enfermedad potencialmente mortal; siendo ésta, además, la vía principal, y casi única de adquisición del SIDA pediátrico.

Existe gran disparidad entre las estimaciones y las personas que viven con VIH y/o SIDA que están bajo tratamiento en las Unidades de Atención Integral (UAI). En diciembre del 2009 las UAI cuentan con aproximadamente 27,075 personas viviendo con VIH y/o SIDA, implicando que aproximadamente 21,500 personas aun no conocen su estatus serológico y si lo conocen no se están dando el seguimiento adecuado que ameritan. Según las estimaciones realizadas, la epidemia del VIH/SIDA en la República Dominicana está estabilizada, sin embargo, se deben de seguir haciendo grandes esfuerzos para cubrir las brechas existentes en temas tales como, que todo dominicano debe de conocer su estatus serológico, necesidad de ARV tanto para adultos como para niños y la cobertura de embarazadas positivas para la administración de ARV como profilaxis para evitar la transmisión materno – infantil del virus.⁶

Cuando una mujer se encuentra en etapa de gestación se generan cambios que transforman su vida por completo, éstos van desde el estado social, condición física y emocional. Tales cambios son difíciles de afrontar pero no imposibles de superar. Si para una mujer que se encuentre en buen estado de salud resulta en ocasiones un tanto molesto estar embarazada, piense en aquellas que no, como es el caso de las mujeres portadoras del virus del VIH/ SIDA.

En mujeres embarazadas la prevalencia es de 2%, esto se debe a que en la mayoría de los casos existe mucha desinformación con respecto al tema. Por lo que es importante que una mujer embarazada e infectada con el virus del VIH y SIDA sepa que cuenta con las herramientas necesarias para impedir contagiar a la criatura. Con la introducción de los ARV en el programa de reducción de la transmisión vertical, la mortalidad por SIDA ha disminuido y que al concluir el 2010 alrededor del 54% de las embarazadas tenían acceso a profilaxis con ARV, lo que representa un aumento significativo en la proporción de la población de embarazadas con VIH que recibió la profilaxis en comparación a años anteriores, pero de igual forma no podemos pasar por alto que representa una brecha de 46 puntos

porcentuales respecto a la meta de cobertura total.¹² Se espera que cada año asistan a los servicios de salud públicos unas 2,500 embarazadas positivas al VIH.

La epidemia de VIH y Sida muestra una evolución favorable en República Dominicana en los últimos años, coincidiendo descensos en la incidencia de la infección por el VIH, de casos de Sida y de mortalidad. No obstante, se requiere también fomentar la realización de la prueba a fin de reducir la proporción de personas infectadas por el VIH en la población que permanecen sin haber sido diagnosticadas. Se hace necesario que se prioricen políticas de prevención más enérgicas si se quiere detener la transmisión del VIH en la población Dominicana.

IV.4. Estrategias nacionales e internacionales para la reducción de la transmisión vertical

Para prevenir esta forma de transmisión se han elaborado esquemas de medicamentos profilácticos que reducen en un por ciento alto la tasa de transmisión, y en el mejor de los casos la evitan totalmente. El objetivo del tratamiento antirretroviral durante la gestación es prevenir la transmisión vertical, preservar la salud de la madre y el hijo y evitar la aparición de resistencias que limiten las opciones terapéuticas en un futuro.

Desarrollos recientes indican que la adopción de un solo régimen universal para tratar a las embarazadas infectadas por el VIH y prevenir la transmisión materno infantil del virus puede ofrecer ventajas clínicas y programáticas sustanciales. Esta simplificación contribuiría a maximizar la eficacia de los programas de prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH, gracias a una mayor alineación y vinculación con los programas de tratamiento antirretroviral (TARV) en todos los niveles de prestación de servicios.

La PTMI del VIH es un campo dinámico y rápidamente cambiante. Las directrices actuales de la OMS sobre el uso de los ARV en el tratamiento de las embarazadas y la PTMI, publicadas en 2010, fueron un gran paso hacia la consecución de regímenes más eficaces. Las directrices de la OMS subrayan la importancia de administrar TARV de por vida a todas las embarazadas infectadas por el VIH que reúnan las condiciones para recibir dicho tratamiento y recomiendan dos opciones (A

y B) de profilaxis antirretroviral breve para aquellas embarazadas que, de acuerdo con los criterios actuales basados en el recuento de CD4, no reúnan los requisitos para recibir tratamiento en beneficio de su propia salud (cuadro 1). Recientemente ha surgido una tercera opción que consiste en administrar TARV de por vida a todas las embarazadas infectadas por el VIH, independientemente del recuento de CD4 (opción B+), y algunos países ya están adoptando o considerando esta estrategia.¹⁶

A pesar de que numerosos países de ingresos bajos y medianos todavía se encuentran en las primeras etapas de la aplicación de las recomendaciones de 2010, los nuevos datos científicos y la experiencia reciente justifican una actualización de los programas con el fin de volver a evaluar la selección de una u otra opción (A o B) para la profilaxis de las embarazadas infectadas por el VIH que no necesitan tratamiento por su propia salud, y de sopesar las posibles ventajas e implicaciones de la nueva estrategia (opción B+) desde una perspectiva de salud pública.

Las directrices de la OMS de 2010 sobre el uso de ARV en la PTMI se basan en la distinción entre tratamiento y profilaxis (cuadro 1). En consonancia con las directrices de la OMS de 2010 para el TARV de los adultos, se recomienda y prioriza el inicio del TARV de por vida en toda mujer con recuentos de CD4 \leq 350 células/mm³ o enfermedad en los estadios 3 o 4 de la OMS (aproximadamente un 40 a 50% de todas las embarazadas infectadas por el VIH) en beneficio de su propia salud y también para prevenir la infección del lactante. En mujeres con recuentos de CD4 $>$ 350 células/mm³, que según los criterios actuales todavía no reúnen criterios para recibir tratamiento, las directrices recomiendan iniciar la profilaxis con ARV temprano durante el embarazo y, en caso de lactancia materna, prolongar la administración de ARV a la madre o al niño en el periodo de riesgo tras el parto.

Las dos opciones recomendadas para la profilaxis, A y B, son bastante diferentes en términos programáticos, pero se cree que igualmente eficaces para reducir el riesgo de infección de los lactantes cuyas madres tienen recuentos de CD4 $>$ 350 células/mm³, siempre que se apliquen apropiadamente. Debido a la diferencia entre las opciones de profilaxis, a veces no se comprende que las opciones A y B incluyen un componente terapéutico y otro profiláctico, como se muestra en el cuadro 1. La eficacia general de una u otra opción en relación con la salud materna y la

prevención de nuevas infecciones en los lactantes depende de la administración de ARV como tratamiento a las mujeres con recuentos de CD4 bajos, y como profilaxis a las que tienen recuentos de CD4 más altos. Se solicitó a los países que sopesaran los beneficios y las incertidumbres de ambas estrategias, en particular los problemas operativos, para determinar cuál era el mejor para su programa nacional.

Actualmente, una tercera y nueva opción (opción B+) propone ir más allá: iniciar la misma triple terapia con antirretrovirales (ARV) en todas las embarazadas infectadas por el VIH en la clínica de atención prenatal, y continuar con el tratamiento de por vida. Las principales ventajas de la opción B+ son, entre otras, la simplificación aun mayor del régimen y la prestación de servicios, y la armonización con los programas de TARV; la PTMI en embarazos futuros; la prevención continúa de la transmisión sexual del virus a parejas serodiscordantes, y la eliminación de la necesidad de interrumpir y reiniciar la administración de ARV. Si bien estos beneficios deben ser evaluados en el ámbito de los programas, y a pesar de que es preciso analizar cuidadosamente los requisitos en materia de sistemas y apoyo, este es un buen momento para que los países comiencen a evaluar su situación y experiencia con el fin de optimizar sus elecciones programáticas.²⁰

Sin embargo Todavía quedan desafíos y cuestiones de índole programática, operativa y clínica respecto de la opción B+ que es preciso resolver, como la organización de los servicios y la dispensación del tratamiento en los ámbitos de la atención materno infantil y la atención primaria; el costo y la sostenibilidad; la observancia del TARV y la permanencia de los pacientes en el sistema de atención de la salud; los mecanismos de derivación de los pacientes y las transiciones del programa de PTMI a los programas de atención y tratamiento del VIH; la preocupación por la aparición de farmacoresistencia por el uso prolongado de los ARV cuando el tratamiento se inicia en las etapas tempranas de la enfermedad; la seguridad en relación con el aumento de la exposición del feto y del lactante al TARV; la aceptación y la equidad. En consecuencia, los países que adopten la opción B+ o tengan previsto iniciar proyectos piloto deben recibir apoyo para monitorizar esta estrategia con miras a resolver las cuestiones mencionadas y

evaluar la viabilidad, la relación entre los costos y los beneficios, y las repercusiones de la opción B+ en la salud pública.

A la luz de los compromisos nacionales y mundiales en materia de eliminación de nuevas infecciones y de los cambios en materia de la TARV, todos los países deberían examinar sus políticas, metas y experiencias de aplicación, y evaluar cómo pueden simplificar, optimizar e integrar mejor sus programas de PTMI y TARV. No es necesario que los países que están aplicando satisfactoriamente la opción A y alcanzando los objetivos de disminuir la transmisión materno infantil del y de tratar a las madres que reúnen los requisitos para el TARV planifiquen un cambio inmediato a las opciones B o B+. Los países que están considerando modificar sus directrices sobre la PTMI deben anticiparse y preparar adecuadamente los cambios, para garantizar la instauración de una política y una estrategia de aplicación clara, así como de mensajes y capacitación apropiada, y la puesta en marcha de provisiones de demanda de ARV y sistemas de suministro.

Aparentemente, las opciones B, y en particular la B+, tienen ventajas programáticas y operativas importantes, y podrían acelerar los progresos hacia la eliminación de las nuevas infecciones, sin embargo es necesaria una evaluación urgente de las experiencias de los países y de los datos sobre las preferencias respecto de las opciones A, B y B+. La OMS ha comenzado un examen integral de todas las directrices sobre los ARV, incluidas las referidas a su administración a las embarazadas, y tiene previsto publicarlo en 2013.

En sentido general para reducir el riesgo de transmisión a un menos de 1% es necesario emplear un conjunto de estrategias para la prevención de la transmisión del VIH. La identificación precoz de la infección previene casi en su totalidad la transmisión de la infección de madre a hijo, siempre que la información, el acceso al control obstétrico y el tratamiento sean adecuados. No cabe duda que la realización temprana de la prueba del VIH a toda mujer embarazada, el uso de antirretrovirales, la realización de una cesárea electiva y el uso de suplementos alimenticios en las criaturas ha disminuido significativamente la tasa de transmisión vertical del virus del VIH.

IV.5. Respuesta Nacional de VIH/SIDA

La salud está ligada de forma inextricable a las grandes transformaciones sociales de nuestros tiempos. Más allá de su interés intrínseco, el campo de la salud ofrece un punto de observación desde el cual se examinan los procesos económicos, políticos, culturales, demográficos, científicos y tecnológicos que caracterizan cada época. Las condiciones de salud de la población y los arreglos institucionales para la atención en salud revelan los aspectos más profundos de la estructura social en la que el campo de la salud se encuentra inmerso. En consecuencia, el campo de la salud, determinado por el sistema social que condiciona el proceso salud-enfermedad, refleja aspectos esenciales de cada sociedad en particular.

Si el proceso salud-enfermedad es dinámico, los cambios en los sistemas de salud deben ser constantes y acordes con las necesidades de la población. De hecho, los sistemas de salud han cambiado de forma dramática durante la década anterior en respuesta a las necesidades percibidas de las poblaciones y de la preocupación inminente de contener los costos.

La República Dominicana no escapa a esta realidad. Numerosos estudios han identificado una serie de factores que reflejan la baja calidad de la atención de los servicios de salud, la falta de información a las personas usuarias, el escaso monitoreo de las actividades, la poca planificación, la ausencia de retroalimentación a las personas prestadoras de la atención en salud y muy pocas evaluaciones de las actividades realizadas dentro y fuera del centro de salud.^{4,5} Los estudios más recientes señalan una baja captación de mujeres embarazadas por el PNRTV, con un número bajo de pruebas del VIH realizadas y de resultados entregados, lo que se traduce en una pérdida de oportunidades para iniciar el tratamiento o la profilaxis antirretroviral en mujeres embarazadas y en una capacidad reducida del sistema para prevenir el sida pediátrico. No obstante, algunos puntos luminosos se reportan en las últimas encuestas nacionales, tal como la disminución en la mortalidad infantil y la tendencia hacia la estabilización de los índices del VIH tanto en las zonas rurales como en las urbanas.^{9,10}

Desde que en 1983 se diagnosticaron los primeros casos de sida en la República Dominicana, una larga cadena de acciones y eventos han ocurrido hasta llegar a lo

que hoy en día se conoce como el Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA), que es la estructura gubernamental que rige las políticas y actividades de todo lo relacionado a reducir la carga de la enfermedad en el país.

La década de los años 80 se caracterizó por estudios epidemiológicos en comportamiento y riesgo de infección así como en el entendimiento de cómo reducir el riesgo personal. En 1987 se concretó la respuesta nacional al VIH y al sida con la creación del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). En 1991 se instaló el Sistema de Vigilancia Centinela que, desde entonces, ha permitido la implementación anual de las encuestas de seroprevalencia de infección por VIH. Estas encuestas se utilizan para la confección de los Planes Estratégicos Nacionales 2000/2003 y 2007-2015, así como para el Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006- 2015 y para elaborar las estimaciones y proyecciones de la infección por VIH en la población dominicana.

Se observa que, a medida que se mejora la información obtenida de los datos de estas encuestas de seroprevalencia, hay una disminución progresiva en dichas estimaciones (5.4 por ciento en 1994, 4.6 ciento en 1996 y 2.8 por ciento en 1998). En la década de los 90 se realizaron también múltiples encuestas relacionadas con la prevalencia del VIH en grupos de alta exposición al VIH, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales y población haitiana residente en zonas rurales aisladas de la República Dominicana (en particular en los bateyes). La prevalencia observada en estos grupos de riesgo fue desproporcionadamente alta en comparación con lo reportado en la población nacional: 11 por ciento en HSH 23, 6 por ciento en trabajadoras sexuales y 15 por ciento en la población haitiana residente en los bateyes.²³ En 1998 se llevó a cabo el primer Análisis de Situación y Respuesta en la República Dominicana.

Ya para finales de la década de los noventa, como parte de la estrategia gubernamental para prevenir y contener la diseminación de la infección por VIH, el Ministerio de Salud Pública, con el auspicio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), diseñó un plan de acción para implementar un paquete integrado de intervenciones con la finalidad de reducir la transmisión materno infantil del VIH que incluía la consejería y prueba voluntaria del VIH (con la prueba ELISA),

la administración de una dosis única de nevirapina a la embarazada al inicio de la labor de parto u ocho horas antes de la realización de la cesárea, una cesárea electiva, administración de nevirapina al neonato de 8 a 72 horas después del parto y un método alternativo a la lactancia materna (fórmulas infantiles) para prevenir la transmisión postparto del VIH. La decisión de utilizar un sólo antirretroviral para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH se fundamentó en estudios de costo beneficio realizados por el PNRTV previo a la implementación de las estrategias y ante la coyuntura de que el Gobierno de La Rioja (España) donó todas las dosis necesarias para reducir esta forma de transmisión del VIH en la República Dominicana.^{27,32,45}

La implementación del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH se inició formalmente el 15 de mayo del año 2000, con una donación de tres años de nevirapina del gobierno de La Rioja, cuyo diseño incluía su realización en tres fases. La primera fase o piloto incluyó cuatro hospitales materno infantiles, la segunda fase se inició en el año 2001 e incluyó otros nueve hospitales provinciales materno infantiles donde se llevaba a cabo la vigilancia centinela para VIH. Para finales de 2002, se llevó a cabo la tercera fase de implementación, en la cual se incluyeron los 32 hospitales provinciales materno infantiles. La operatividad y financiamiento de estas actividades del PNRTV se efectuaba primordialmente por el Ministerio de Salud Pública.²⁶

La ocurrencia de diferentes eventos de forma concomitante a la creación del COPRESIDA merecen ser enunciados. El país, bajo la diligencia del COPRESIDA, optó por un préstamo del Banco Mundial de 25 millones de dólares para la lucha contra el sida. Para ese entonces, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria aportaron 48 millones de dólares más para reducir la carga de la enfermedad en República Dominicana. Como resultado de esta relación pública-privada entre el Estado dominicano, formado por COPRESIDA y su brazo ejecutor DIGECITSS, ONGs y agencias internacionales:

- 1) Para finales de 2002 se rediseñan las normas nacionales para la consejería en ITS/VIH/sida;

2) Durante el periodo 2004-2006 se triplica la cantidad de personas con VIH captadas por el sistema (de 5,041 en 2004 a 14,050 en 2006);

3) En 2005 se inicia el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TARV) con el apoyo del Fondo Mundial;

4) La cantidad de personas con VIH que reciben TARV aumentó en casi un 500 por ciento entre 2004 y 2006 (de 956 personas a 5,001);

5) El número de centros de salud que ofrecen atención integral a las personas que viven con VIH se incrementó de 14 a 46 entre 2004 y 2006; y

6) Se logró incrementar de 22 a 122 los establecimientos de salud que cuentan con recursos capacitados e insumos para las intervenciones del PNRTV. Desde 2004 se incluyen sífilis y hepatitis B en los grupos de alta exposición al VIH y se mide coinfección entre los tres eventos.

La Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) se encarga de la rectoría, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención y atención del VIH en el país. A su vez, la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud, (REDES), por su nombre común, se encarga de regir la prestación de servicios a nivel de los diferentes establecimientos de salud.⁹

Desde el año 2003, el país carecía de un Plan Estratégico Nacional (PEN) actualizado, por lo que con apoyo del Proyecto del Banco Mundial se completó el proceso de elaboración del PEN 2007-2015, bajo la coordinación del COPRESIDA, con la participación de las organizaciones de servicios públicos del gobierno (OG) y no gubernamentales (ONG), incluyendo la sociedad civil con o sin actividades en el campo de la salud, organizaciones comunitarias de base, organizaciones basadas en la fé (OBF) y agencias internacionales de cooperación técnica y financiera.⁹

A partir de la situación actual del país, el Plan Estratégico Nacional priorizó el trabajo con los siguientes grupos vulnerables para la prevención de ITS, VIH/SIDA:

1. Niños, niñas y adolescentes
2. Jóvenes de ambos sexos
3. Mujeres
4. Habitantes de bateyes

5. Migrantes con énfasis en la población haitiana y sus descendientes en la República Dominicana.
6. Trabajadoras y trabajadores sexuales
7. Gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres
8. Personas con discapacidad

Usuarios de drogas

- j) Personas privadas de libertad
- k) Personas que viven con el VIH y/o SIDA

En la Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA, además del rol de las instancias del Gobierno de la República Dominicana, interviene una gran diversidad de organizaciones de la Sociedad Civil, quienes actualmente lideran los esfuerzos de prevención en el país. Ya que en nuestro país ha aumentado el número de mujeres afectadas por el virus del VIH y la epidemia cada día mas se feminiza, se siguen implementando y mejorando las estrategias nacionales para la prevención de la transmisión del VIH con el fin de reducir el riesgo de transmisión a menos de 1%.

IV.6. Programa Nacional de reducción de la transmisión vertical

Reducir la transmisión vertical del VIH/SIDA como una expresión concreta del derecho a la salud que tiene cada niño y niña representa un reto, que es aún mayor para los países que muestran una feminización de la epidemia del VIH/SIDA, como está ocurriendo en la República Dominicana.

Desde 1999, se viene implementando en el país el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y SIDA (PNRTV), coordinado por la Dirección Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), que al mismo tiempo es una dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Programa de Reducción de la Transmisión Vertical consiste en la captación oportuna de la mujer embarazada y tamizarla a los servicios de atención prenatales.

Tras comenzar en el año 2000, como un proyecto piloto en cuatro maternidades del país, el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH/SIDA (PNRTV) ha ido dando pasos hacia la consecución de un propósito, que aunque todavía distante, cada vez se avanza más hacia su logro: "Contribuir a

reducir el impacto social y sanitario de la epidemia del VIH/SIDA mediante la estructuración metodológica de las acciones en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, dirigidas a la disminución de la transmisión del VIH de las madres positivas a sus hijos/as en la población de la República Dominicana”.

Según informes de COPRESIDA, en el país el Programa de Transmisión Vertical hasta el momento ha tenido un 60% de eficacia. Aunque ésta es una suma menor ante los estándares que pauta la OMS, de un 98%.

El tratamiento a suministrar a la madre es un esquema médico, el cual permite que la criatura nazca totalmente libre del virus del VIH, aumentando la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos. Como la transmisión del virus va a depender del organismo de cada quien y de cómo éste responda al manejo adecuado del programa, es importante que se sepa que la transmisión se maneja como una probabilidad; pues el contagio materno-hijo se puede dar durante el embarazo, durante el parto o a través de la lactancia materna.

El programa ayuda a reducir esa probabilidad, ya que una mujer que nunca haya recibido este tipo de atención médica y está embarazada siendo VIH positiva tiene la probabilidad de tener un niño libre de VIH. La transmisión del virus de madre a hijo ocurre en tres momentos: durante el embarazo, en el momento del parto y a través de la leche materna. Cuando la madre logra tener terapia antirretroviral reduce la probabilidad de casi un 50 % de transmisión. Pero si la madre es integrada al programa desde los primeros días del embarazo, esa probabilidad aumenta con la aplicación de los antirretrovirales, con la realización de una cesárea y con la no lactancia.

Ha ido alcanzando ciertos logros durante todo este tiempo, como es la expansión del mismo a nivel nacional, ejecutándose en hospitales provinciales y municipales donde actualmente el programa ofrece de manera gratuita la realización de la prueba del VIH/SIDA, la consejería pre y post prueba, la administración de una dosis de medicamento antirretroviral a la madre y al niño en las primeras horas de nacido y una opción de alimentación a los hijos recién nacidos de las madres que resulten positivas a la prueba. Como parte del programa también se realizan esfuerzos para

enfrentar la problemática de los derechos humanos, la estigmatización y los problemas de confidencialidad entre el personal de salud y en la comunidad.

La introducción en el Sistema de Salud de las prácticas de consejería pre y post prueba, el "consentimiento informado" y la sensibilización para eliminar la estigmatización de personas VIH positivas ha representado un hito histórico. No obstante, se siguen identificando reiteradas evidencias de discriminación, estigmatización y violaciones contra la confidencialidad por parte de diferentes miembros de los equipos de salud, hecho que tiene un impacto negativo sobre el PNRTV.

El programa se desarrolla a través de las siguientes áreas estratégicas:

- ✓ Educación sexual en adolescentes y jóvenes.
- ✓ Prevención de la Infección por el VIH en mujeres sexualmente activas, mediante la promoción de una sexualidad responsable.
- ✓ Prevención de los embarazos en mujeres sexualmente activas positivas al VIH o que ya han desarrollado el SIDA.
- ✓ Reducción de la transmisión vertical mediante acciones específicas: consejería pre y post prueba; administración de medicamento antirretroviral a la madre y al niño; realización de cesárea; negociación de alimentación de reemplazo para los recién nacidos de madres seropositivas y con SIDA y el seguimiento de las madres y sus hijos.

El programa tiene como objetivo general disminuir la transmisión de madre a hijo del virus del VIH y de esta manera reducir los caso de SIDA pediátrico en el país. Tiene cinco componentes que son las partes que forman el marco de ejecución de las acciones por áreas de intervención. Estos componentes son:

- ✓ Componente de servicios clínicos.
- ✓ Componente de Atención Primaria / Comunitario.
- ✓ Componente de IEC.
- ✓ Componente de Investigación.
- ✓ Componente de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación

IV.6.1. El componente de servicios clínicos

Comprende cuatro estrategias básicas que son:

1. Realización de una prueba de VIH con consejería pre y post prueba a todas las embarazadas, en su primer contacto con el centro de Salud.
2. Administración de medicamentos antirretrovirales a la madre y al niño,
3. Realización de una cesárea electiva a las 38 semanas de embarazo y
4. El suministro de un método de alimentación alterna a la lactancia (formula infantil) durante los primeros 6 meses de vida, para evitar la transmisión del VIH post parto.

IV.6.2. Componente de Atención Primaria/Comunitaria

Diseñando para integrar las unidades del primer nivel de atención y la captación oportuna de la embarazada, así como las acciones de post parto y la comunidad, como ente fundamental del proceso.

IV.6.3. Componente de IEC

Incluye todo lo relacionado con la capacitación de los recursos humanos sean o no del área de la salud, información relacionada con el PNRTV a la madre, la familia y la comunidad y las acciones de información, educación y comunicación, así como el diseño y distribución de materiales y soportes de apoyo.

IV.6.4. Componente de Investigación

Se describe la parte de seguimiento a la embarazada y su bebé, efectos secundarios por alguno de los medicamentos utilizados, cambios de protocolo nacional ante los efectos adversos o fallo terapéutico y otras investigaciones en este campo.

IV.6.5. Componente de vigilancia, monitoreo y evaluación

Este componente junto al anterior, permean todos los anteriores y ayuda a cambiar o rediseñar estrategias y acciones. Además de todo el manejo de los datos, prevalencia, seguimiento, entrega de insumos, materiales y equipos.

IV.7. Escenarios de intervención

Las mujeres embarazadas con infección por VIH deben recibir el mismo monitoreo clínico, inmunológico y virológico que la no embarazada. Las recomendaciones para la iniciación y elección de terapia antirretroviral se debe basar en los mismos parámetros usados para mujeres no gestantes.

Toda mujer embarazada con infección por VIH y sin TARV previo debe recibir el mismo monitoreo que la mujer no embarazada. Se deben discutir los riesgos teóricos y beneficios conocidos de la terapia para la mujer y el recién nacido durante el embarazo, enfatizando los beneficios de la reducción de riesgo de transmisión materno infantil, ya que el seguimiento extenso de niñas y niños expuestos in útero a antirretrovirales (excepto efavirenz) indica que son de poco riesgo teratogénico. Se debe recomendar TARV a mujeres infectadas cuyo estado clínico, inmunológico o virológico indican la necesidad de tratamiento. En mujeres que cursan el primer trimestre del embarazo, se puede considerar la demora en la iniciación de la terapia hasta después de la semana 10-12 de gestación si no requieren TARV de forma inmediata.^{18,31}

Para una mujer que recibe TARV, ya sea por hallazgos clínicos de inmunosupresión o por conteo de CD4<250 cels/uL, que se embaraza y se identifica durante el primer trimestre, se le aconseja con respecto a los beneficios y riesgos potenciales de administración de estos fármacos durante este período y los riesgos confirmados de la discontinuación de la terapia en la progresión o recurrencia de inmunodeficiencia o muerte, aún si se vigila cuidadosamente el conteo de CD4. Las mujeres con VIH que reciben TARV y que se identifican después del primer trimestre del embarazo deben continuar con el tratamiento.

Si se descontinúa TARV, todas las drogas análogas a nucleósidos (NRTI) deben suspenderse y reintroducirse de forma simultánea para evitar el desarrollo de resistencia; los inhibidores no análogos a nucleósidos (NNRTI), como la nevirapina, se deben descontinuar 48-72 horas antes de suspender los análogos a nucleósidos, debido a la persistencia mucho más prolongada de la nevirapina. Si el régimen terapéutico corriente no contiene AZT, se recomienda después de la semana 14 de gestación la adición de AZT o la sustitución de AZT por otro antirretroviral análogo de

los nucleósidos. Para el recién nacido, con independencia del régimen antirretroviral preparto, se recomienda seis semanas de AZT.

Para la mujer con VIH en trabajo de parto que no ha recibido tratamiento previo se disponen de algunos regímenes como la dosis única de nevirapina al comienzo del trabajo de parto seguido por una dosis de nevirapina para el recién nacido antes de las 72 horas de vida; AZT y 3TC oral a la madre durante el trabajo de parto seguido por una dosis de nevirapina para el recién nacido antes de las 72 horas de vida, seguido de AZT/3TC una semana por vía oral para el recién nacido; y régimen de 2 dosis de nevirapina (una a la madre y otra al recién nacido) y 6 semanas de AZT al recién nacido. En el período postparto inmediato la mujer debe ser evaluada de forma apropiada (con CD4 y carga viral) para determinar si TARV está recomendada para su estado.³¹

La realización de pruebas de carga viral y CD4 debe contemplarse para todas las mujeres gestantes con VIH que llegan a los servicios y la realización de estas pruebas durante el embarazo debe priorizarse en el Laboratorio Nacional. La realización de la carga viral y los CD4 son guía para el inicio de TARV si el valor de carga viral es mayor a 1,000 copias/ ml y el CD4 es menor de 250 células /uL. También se plantea la necesidad de no dar un compás de espera mayor a siete días para contar con los resultados de estas pruebas.³¹

A la mujer embarazada diagnosticada con VIH deben realizarse las pruebas de carga viral, conteo de CD4 y pruebas paraclínicas complementarias de transaminasas, hemograma, creatinina (pruebas mínimas para inicio de tratamiento antirretroviral), más la toma de la prueba VDRL para sífilis, hepatitis B y C, tipificación y RH. A las 34 semanas de embarazo, a la gestante con VIH en TARV se le debe tomar una muestra para carga viral para el VIH siempre y cuando el período transcurrido entre la muestra inicial y la de seguimiento no sea menor a 12 semanas. A los seis meses después del embarazo se recomiendan las pruebas de CD4 y carga viral a la mujer.^{19,31}

Se ha integrado a las estrategias el tamizaje con prueba rápida de sífilis y el tratamiento con penicilina a las embarazadas positivas y sus recién nacidos. Adicionalmente se les provee, a estas pacientes, de los suplementos vitamínicos y el

material quirúrgico necesario para la realización de la cesárea. Todo esto de forma gratuita. Estas medidas de prevención de la transmisión del VIH son complementadas con el seguimiento del niño durante los primeros 2 años de vida y la determinación de su estado serológico. Este esquema de tratamiento para reducir la posibilidad de transmisión del virus del VIH de madre a hijo ha sido utilizado en muchos países en vías de desarrollo con notables éxitos.

En este momento trabajamos para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis congénita; entendiendo como eliminación reducir la transmisión materno infantil del VIH a menos del 2% y la incidencia de Sífilis congénita a menos de 0,5 por 1000 nacidos vivos, incluyendo los mortinatos.

Nuestro PNRTV sigue evolucionando, avanzando y trabajando para mejorar el servicio a nuestras usuarias, pero al igual que en muchas cosas, en este se han observado luces y sombras.

Dentro de las luces del PNRTV se encuentran su contexto histórico de nueve años de labores ininterrumpidas. En cuanto a la cascada de servicios, se cuenta con personas que ofrecen consejería en todas las UAI donde opera el programa, muchas de las cuales prestan el servicio de consejería de par. Ha habido un aumento en el número de sesiones de consejería y no se reportan casos de embarazadas que hayan rechazado hacerse la prueba del VIH. Se cuenta con pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH durante el embarazo, con terapia triple para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la cesárea se incluye dentro de las estrategias de prevención del VIH.

En el componente postparto, se cuenta con fórmulas infantiles para la prevención de la transmisión postparto del VIH y algunos centros de salud han desarrollado un componente comunitario para el seguimiento de la madre y el niño o la niña. Se cuenta además con pruebas como CD4 y carga viral para el seguimiento postparto de los niños y niñas expuestos al VIH y para medir el impacto de las estrategias de prevención. Ha habido una mejoría en la distribución de los medicamentos antirretrovirales (ARV) y en el sistema de información de recolección de datos. El equipo humano se siente muy motivado a trabajar en la prevención del VIH y existe la percepción por parte de las usuarias del PNRTV que el estigma y la discriminación

es mucho menor en la actualidad que cuando inició el programa sus labores de prevención.

Dentro de las sombras del PNRTV, se incluye la percepción de una brecha de captación de las mujeres embarazadas asociada a un sistema de salud que no responde a las necesidades de la gestante que atiende los servicios de salud de la República Dominicana. El contexto de pobreza extrema en el cual se ven inmersas muchas de las usuarias que acuden a los centros de salud para recibir la atención prenatal limita su acceso a estos servicios. La desarticulación de los servicios prenatales con el PNRTV promueve la iniciación tardía de la atención integral a la embarazada y, al no existir la contrarreferencia de casos de un nivel de mayor complejidad a uno menor, la embarazada se pierde y no se conoce su estado final. Las dificultades en el suministro de insumos como reactivos, fórmulas infantiles y utensilios para realizar cesáreas (guantes, mascarillas o gafas) incrementan el número de oportunidades perdidas para prevenir la transmisión perinatal del VIH. Al ser el PNRTV un reflejo de las deficiencias del sistema de salud de la República Dominicana, la sífilis tampoco escapa a las dificultades observadas en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. La desarticulación del PNRTV con el manejo de la sífilis hace que se pierda la oportunidad de integrar las acciones de prevención y tratamiento.

Tras cinco años de implementación se realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa del PNRTV con el objetivo de valorar la situación del programa nacional dentro del contexto del proceso de reforma del sector salud, su sostenibilidad y aportar recomendaciones que garanticen el funcionamiento del PNRTV. De Octubre a Noviembre del 2004, se realizó la evaluación con apoyo del COPRESIDA y del UNICEF.^{46,47}

Los resultados evidenciaron que existía un problema básico de bajas coberturas de acceso a la prueba VIH, lo que supone un factor limitante para la mejora de la efectividad del programa, la expansión del mismo a los servicios de atención primaria (Unidades de Atención Primaria de Salud y clínicas rurales), pues hasta ahora el programa se viene ejecutando sólo a nivel hospitalario, mejorar la adherencia de las pacientes al tratamiento y la reducción del estigma y discriminación y el respeto de

los derechos humanos debe extenderse a todo el Sistema de Salud, y se debe trabajar por el fortalecimiento de la consejería integral e integrada para lograr el empoderamiento de la mujer en el cuidado de su salud y la de su hijo/a de tal manera que sea ella quien tome las decisiones sobre su salud de manera informada.

IV.8. Problemática en la atención de las embarazadas en la República Dominicana

Uno de los puntos principales de los problemas que se presentan en la atención preparto y postparto de las mujeres embarazadas que reciben atención en centros de salud de la República Dominicana es que el SNS no conoce cuáles son las características de las mujeres usuarias que demandan el servicio.^{38,48} El contexto de pobreza extrema en el cual se ven inmersas muchas de las usuarias limita su acceso a estos servicios. La falta de dinero para el pasaje, debilidades de alimentación o factores como la necesidad de cocinarle al marido para que su comida esté lista al mediodía, hacen que muchas mujeres prefieran irse del centro de salud sin ser atendidas o asistidas a medias, con lo cual se pierde la oportunidad de atender a la embarazada con calidad y calidez.

La procedencia de la mujer es un dato que se registra a la entrada del centro, más no se toma en cuenta por el personal de salud. Según se observó durante las visitas a establecimientos, la procedencia de la mujer no se toma en cuenta en ningún momento o procedimiento. Más importante aún es que la motivación y decisión de la mujer a acceder al servicio no responde a la referencia de otro centro ni al lugar de procedencia de la mujer, como se observó durante el trabajo de campo. La mujer decide motivada por la cultura familiar a la hora de escoger a qué centro se dirige para demandar servicio y, con frecuencia, su primera referencia es saber cuál es la tradición familiar para buscar respuestas a sus situaciones de salud.

La mujer llega a los centros en horas de la madrugada, cuando la atención es en la mañana, y sale a las 2 de la tarde, mientras que para la tanda vespertina llega alrededor del mediodía y sale a las 5 de la tarde. Esto significa que la mujer que decide asistir a la tanda matutina pasa entre siete y ocho horas en los procedimientos para recibir el servicio, pero la que acude en horas de la tarde pasa alrededor de cinco horas. Como se observó durante las visitas, es en este contexto

de quejas y hastío que las mujeres embarazadas reciben las informaciones, muchas de las cuales se hacen de manera dispersa, fragmentada y desvinculada de su realidad.

Otro punto crítico es que no se toma en cuenta cómo y cuándo la mujer incorpora una información y la diferencia que existe entre que una persona escuche una información y en que la persona se aprenda la información que se le ha servido. A mujeres consultadas después de una sesión de consejería postprueba del VIH se les indagó sobre la información que había sido suministrada en dicha sesión sobre el VIH y formas de contagio y en su mayoría mencionaron ideas dispersas; una de cada cinco mujeres respondió no haber recordado nada de lo que se le había explicado.³⁸ En este sentido, una de las informaciones que salió a relucir en uno de los grupos focales realizados con mujeres con VIH fue que las usuarias del PNRTV no tienen la suficiente base educativa para asimilar los mensajes que se les proveen. Se percibió que algunas no le dan la importancia al tratamiento y seguimiento por parte del programa.

Más aún, no es cultura del SNS de la República Dominicana realizar visitas domiciliarias para aquellas mujeres que no regresan a su chequeo prenatal y por tanto se pierde la oportunidad de reforzar el mensaje en una segunda visita. Esto es similar para las mujeres embarazadas con VIH o las que se les tamiza para VIH y no regresan por sus resultados, que permanecen en el centro de atención sin que exista un mecanismo para visitarlas y hacerle saber de su estatus del VIH, por lo que se pierde la oportunidad de iniciarle la TARV de manera pronta o de que en el momento de la labor de parto se le dé profilaxis con nevirapina.^{38,41}

Otro punto importante a tomar en cuenta es que pueden presentarse barreras administrativas, como el cobro de la prueba de sífilis y el manejo de ambas infecciones en lugares separados (VIH en las UAI y sífilis en la consulta prenatal), que pueden, por un lado, disminuir la accesibilidad de la atención en zonas de mayor pobreza, en las que con frecuencia los establecimientos cuentan con poco personal de salud, alta rotación y falta de capacitación sostenida en las normas de atención prenatal y, por el otro, una pérdida de oportunidad para ofrecer a la usuaria del servicio una atención integral para la detección y manejo del VIH y la sífilis en el

embarazo.⁵ Al no contar con estas pruebas en centros de primer nivel de atención, la mujer tiene que trasladarse a otros lugares más lejanos, lo cual puede ocasionar el retraso en la búsqueda de atención prenatal y, por consiguiente, una pérdida de oportunidad para manejar la sífilis o el VIH durante el embarazo.

El sistema de salud de la República Dominicana no permite una atención integral de la mujer gestante en lo que respecta a la atención del VIH y la sífilis. La probabilidad de desarticulación es mayor en el gran número de establecimientos que no cuentan con personal capacitado o con la infraestructura necesaria para realizar todos los análisis de rigor, lo cual genera la derivación de la embarazada hacia un establecimiento de mayor nivel de complejidad.

A nivel intrahospitalario también se percibe una desarticulación entre los programas de prevención del VIH y los relacionados con la salud materna e infantil. Es muy llamativa en la atención prenatal la disparidad existente entre los servicios de atención relacionados con VIH y los destinados a la consulta de mujeres negativas al VIH. Las áreas de atención prenatal no cuentan con las facilidades que tienen las unidades donde opera el PNRTV, lo cual da la impresión de que se trata de lugares diferentes para el cuidado de la salud de la mujer embarazada. Para llegar al plantel del PNRTV, a las usuarias las llevan en grupo hacia el plantel donde se les dará la consejería previa a la prueba del VIH por un personal designado para tales fines, que incluye, en algunos centros, a las personas encargadas de la seguridad de las áreas de emergencias. Este personal de seguridad del área de emergencias muchas veces es el que decide de forma arbitraria quién entra primero a la sala de atención de las usuarias.

Existen también diferencias en la infraestructura del PNRTV según zona geográfica. En las UAI de Santo Domingo, las mujeres embarazadas esperan hasta que una enfermera las llame por su nombre para ser atendidas. Están ubicados en un plantel muy bien acondicionado, hay varios consultorios para la atención de las mujeres embarazadas y existe un consultorio pediátrico para la atención de sus hijos e hijas. Son consultorios cerrados, totalmente privados, higiénicos, con acondicionadores de aire, equipados de forma adecuada con escritorio y silla para usuarias y acompañante. En el interior del país, sin embargo, algunos centros no

presentan la comodidad de los centros ubicados en la capital de la República Dominicana. El espacio es estrecho, poco ventilado y poco equipado.⁴⁷

El PNRTV no es uniforme en todo el país. Mientras que en uno de los hospitales materno infantiles de la zona este y en otro de la zona sur del país se cuenta con material didáctico sobre prevención del VIH/sida y otras ITS, afiches y folletos, en un hospital localizado en la región noroeste del país el programa no cuenta con materiales educativos para realizar sus tareas y la consejería se realiza en un espacio que no garantiza la confidencialidad ni la interacción de las usuarias con la consejera. Se destaca también que en algunos períodos ocurre desabastecimiento de reactivos y otros insumos para realizar pruebas del VIH y de sífilis, lo cual se convierte en una barrera administrativa para el tamizaje de las usuarias de los servicios de atención.³⁸

Mujeres que han tenido la oportunidad de haber sido incluidas dentro de las estrategias de prevención del PNRTV perciben que no se toman en cuenta las opiniones de la mujer con respecto a su propia condición de salud. El médico es quien determina lo que se debe realizar aún cuando la embarazada pudiera opinar diferente. Por consiguiente, se siguen realizando esterilizaciones compulsivas a mujeres con VIH, ya sea sin consentimiento escrito de la usuaria o con el consentimiento obtenido bajo coerción. Más aún, algunas usuarias no son informadas sobre cuáles procedimientos les fueron practicados, incluyendo el caso de la esterilización.

Se percibe además permanencia del estigma y de la discriminación hacia las mujeres con VIH así como una falta de confidencialidad en el contexto hospitalario, con tratos discriminatorios en la provisión de servicios, tanto a nivel público como privado, por parte del personal de salud y otras usuarias.

Pero quizás el punto más importante en lo que concierne a la actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH es que como nunca se ha tenido una integración adecuada con los servicios de salud materna e infantil, la mujer gestante recibe una atención desproporcionada a favor de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH en detrimento de su atención como mujer. El énfasis en la prevención de la transmisión perinatal del VIH puede descuidar el cumplimiento de

las normas de atención prenatal de la embarazada y su recién nacido, lo cual puede ser un factor importante en lo que representa una oportunidad unida del PNRTV, no sólo de atender a la embarazada y a su recién nacido, sino también a su pareja, para evitar la transmisión sexual del VIH y de la sífilis o tratando de forma oportuna ambas infecciones en caso de que haya concordancia de seropositividad al virus y al treponema.

IV.9. La adherencia al tratamiento antiretroviral

La adherencia se refiere al cumplimiento del tratamiento o régimen terapéutico indicado. Implica la buena disposición del paciente para iniciar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos conforme a las indicaciones médicas. Los pacientes deben ser “socios activos” de los médicos en su propia atención, donde la comunicación es un requisito esencial para la buena práctica clínica.

Según la Décimo Sexta Conferencia Anual sobre VIH el 2007 (16th Annual HIV Conference 2007), la adherencia se define como el “cumplimiento responsable y metódico de las indicaciones que el médico brinda al paciente para su tratamiento, tales como las indicaciones de cómo tomar los medicamentos, cuándo y cómo hacer controles, etc”. Sin embargo, no existe realmente una definición universalmente aceptada pues resulta difícil aceptar la visión de vida, de enfermedad y de tratamiento que tienen otros. La tolerancia y la aceptación debe ser el fundamento de la interacción de todo médico con sus pacientes.¹⁷

No obstante, existe una nueva concepción de la adherencia, según la cual el médico sugiere desde lo técnico y el paciente opina y decide cuál de las opciones que se le ofrecen se adecua mejor a su forma de ser, a su trabajo y a su estilo de vida. Esta nueva visión exige al médico abandonar la omnipotencia y al paciente expresar sus deseos, sus miedos y sus conflictos, para juntos poder obtener los mejores resultados.

Es así como se proponen la siguiente definición: “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARV que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. Por lo tanto, la adherencia incorrecta

no es solamente el porcentaje de dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y a largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de cumplir con el tratamiento de la forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y capacitación para desarrollar las habilidades necesarias, la capacidad de superar las barreras o dificultades que se presenten, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

IV.9.1. Importancia de la adherencia

La adherencia a los ARVs tiene implicaciones a cuatro niveles:

1. Nivel Individual, porque la disminución de una adecuada adherencia limita marcadamente los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias en cada caso tratado;
2. Nivel de la comunidad, ya que los virus resistentes pueden transmitirse por todas las vías de contagio de la infección,
3. Nivel de servicios de salud, ya que la pérdida de adherencia conlleva la necesidad de tratamientos más complejos y por lo tanto equipos de atención mucho más especializados, así como el riesgo aumentado de falla de TARV con incremento de morbilidad y mortalidad así como la demanda de servicios,
4. Finalmente, a Nivel económico, pues el empleo inadecuado de estos medicamentos conlleva a un gasto claramente ineficiente.

IV.9.2. Factores que influyen sobre la adherencia

En los últimos años se han publicado numerosos trabajos que estudian las variables que permiten predecir la adherencia. Sin embargo, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios: el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio.

En la mayoría de los estudios, los factores estudiados pueden clasificarse en cuatro grandes grupos:

- ✓ Factores relacionados al paciente.

- ✓ Factores relacionados con la enfermedad.
- ✓ Factores relacionados con el medicamento o esquema de ARVs.
- ✓ Factores relativos a la relación médico-paciente o al sistema de salud que provee los servicios.

IV.9.2.1. Factores relacionados con el paciente

Los datos sobre la influencia que ejercen algunos factores relacionados con el individuo en el cumplimiento terapéutico son contradictorios, posiblemente porque los estudios realizados se han llevado a cabo con poblaciones y metodologías diferentes. Las variables como la edad, el sexo, la raza o el nivel educativo parecieran incidir en la adherencia, de acuerdo con la evidencia de la mayoría de los trabajos publicados, aunque algunos refieren no tener influencia.

Otro aspecto a considerar son los factores de carácter psicológico o trastornos mentales (la ansiedad, la depresión y el estrés). Se ha llegado a afirmar que el binomio alteración mental y pobre percepción del beneficio potencial del TARV es el principal responsable de la baja adherencia en un buen número de pacientes. También se ha señalado la adicción activa a sustancias ilícitas y/o al alcohol,¹¹ como factor de riesgo relacionado con la no adherencia. En tal sentido, estudios realizados en toxicómanos infectados por el VIH han mostrado que las estrategias basadas en resolver las necesidades adictivas del paciente, además de las medidas de apoyo social, pueden producir óptimos resultados en la adherencia al TARV por parte de estos pacientes. Por último, las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, el tener conocimiento de la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el TARV y realizarlo de forma correcta.^{17,29,42}

La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y desarrollo de resistencia al medicamento también ha mostrado predecir una mejor adherencia; de ahí la importancia de optimizar la comunicación con el paciente y lograr que entienda que la no adherencia o una adherencia incorrecta conlleva a resistencia viral y al fracaso terapéutico. El tener un domicilio fijo y soporte social también se han vinculado, con una mejor adherencia. Es de destacar también la importancia que

probablemente ejerce en la adherencia la influencia de la familia, la pareja o los amigos.

Otro factor que puede influir en la adherencia de las pacientes a los antirretrovirales es el nivel de conocimiento que tenga el o la paciente sobre la enfermedad.

IV.9.2.2. Factores relacionados con la Infección VIH/SIDA

La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas etapas. Sin embargo, pocos estudios en pacientes VIH positivos han tenido en cuenta estos factores. Los estudios que evalúan la relación entre el estadio CDC de la enfermedad y la adherencia han obtenido resultados contradictorios y en la mayoría no se ha encontrado asociación.^{27,28} No obstante, según los datos obtenidos por Gao y col,⁴⁵ los pacientes en estadio B o C presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadio A. Pareciera entonces que los pacientes asocian la no adherencia con un mayor riesgo de complicaciones y al encontrarse en una clasificación B o C, tratan de evitar o limitar la incidencia de Infecciones oportunistas (IO) o complicaciones.

IV.9.2.3. Factores relacionados con el esquema de ARVs o TARV

En numerosos estudios se ha demostrado que mientras más complejo el TARV, la adherencia disminuye. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en sus actividades habituales diarias, lleva a algunos de estos pacientes a dejar de tomar el medicamento o a hacerlo en horarios incorrectos. Otro factor que aumenta la complejidad del tratamiento son los requerimientos dietéticos en caso de ameritarlos.⁵¹

La aparición de efectos adversos constituye un factor estrechamente vinculado con la adherencia. Hay pacientes que abandonan el TARV para evitar la sintomatología que les produce las reacciones adversas, independientemente de cuál sea su relevancia clínica.

Las alteraciones morfológicas pueden tener importantes repercusiones psicológicas que hagan disminuir la calidad de vida del paciente y la adherencia al

TARV. Varios estudios han establecido una relación estadísticamente significativa entre la percepción del paciente de los síntomas de lipodistrofia y el fracaso en conseguir la adherencia.^{48,54} Con el agravante de que una mejor adherencia al TARV se asocia con un mayor riesgo de lipodistrofia.

El tratamiento de la infección por el VIH es complejo, incluye habitualmente numerosos ARVs, algunos de mal sabor y gran tamaño, con interacciones alimentarias y medicamentosas. Por otra parte, es por tiempo indefinido. Esto hace aún más difícil que el paciente perciba la necesidad de cumplir la indicación médica y se comprometa a tener una adecuada adherencia. Tampoco favorece la adherencia la sustitución periódica de combinaciones de ARVs a fin de impedir el deterioro inmunitario y virológico secundario al fracaso terapéutico, resultando estos cambios poco estimulantes para el paciente cumplidor. El TARV es, en definitiva, una terapia compleja, que altera frecuentemente los hábitos de paciente y, por tanto, de difícil cumplimiento, independientemente de las connotaciones sociológicas del enfermo.⁵⁶

IV.9.3. Adherencia al TARV en las embarazadas

Pocos estudios de adherencia al TARV se han realizado en mujeres infectadas con VIH. Un estudio prospectivo, realizado por Andrea A. Howard y col, mostró que en ellas, la adherencia es un proceso dinámico, que varía significativamente con el tiempo, encontrándose que la falla virológica ocurrió en el 17% de las mujeres con adherencia mayor de 88%; en contraste con 71% de falla virológica en las mujeres que tenían una adherencia menor de 12%.^{17,18,21}

Entre los factores que predicen baja adherencia a los antirretrovirales (ARV) en mujeres se encuentran:

- ✓ Uso activo de drogas ilícitas.
- ✓ Uso de alcohol.
- ✓ Dosis más frecuente de ARVs.
- ✓ Duración más corta de uso de ARVs
- ✓ Edad más joven.
- ✓ Bajo nivel educativo
- ✓ Depresión.

- ✓ Contaje inicial de linfocitos T CD4 más bajos.
- ✓ Desconocimiento de la enfermedad.
- ✓ Enfermedad en algunos de sus familiares cercanos como esposo o hijos que obliga al cuidado de ellos olvidando su propio cuidado.

En general las tasas de adherencia al TARV en mujeres embarazadas VIH positivas son mayores a las que se observan en mujeres VIH positivas no embarazadas, probablemente relacionado el deseo de tener un niño sano. Estudios realizados por Carmen Zorrilla y col en Puerto Rico, han mostrado tasas de adherencia tan altas como 91%. Vaz MJ y col en Brasil, encontraron mejores tasas de adherencia en embarazadas, en ese estudio las tasas de adherencia de esquemas que contenían IP no fueron significativamente diferentes de los esquemas basados en No Nucleósidos.

Otros estudios han mostrado que la adherencia a los ARVs en embarazadas es menor en minorías étnicas, en presencia de enfermedad crónica como el asma y tratamiento con metadona durante el embarazo; reportando además que la adherencia es mayor en las mujeres embarazadas que vienen cumpliendo TARV previo al embarazo.

Como en todo paciente con VIH, en las embarazadas la supresión de la carga viral (CV) del VIH es uno de los objetivos del TARV. La CV elevada es uno de los factores maternos asociados a la transmisión vertical. Entre los factores relacionados con una supresión subóptima de CV (definida como una carga viral mayor de 1000 copias por mm³) en la culminación del embarazo, se encuentran: no adherencia al TARV y CV basal por encima de 10.000 copias.⁴⁸

Tanto el desconocimiento sobre la enfermedad como el uso y efectos adversos asociados a los ARVs también se relacionan a la pobre adherencia ARV durante el embarazo, de allí la importancia que la embarazada acuda prontamente a la consulta e informe al médico sobre estos efectos secundarios y que el médico aclare todas las dudas a la paciente sobre la enfermedad. Otros obstáculos potenciales a la adherencia a los ARVs en las embarazadas incluyen: temor de que los ARVs puedan dañar al feto y esquemas de dosis ARVs complicados.

La adherencia al TARV puede disminuir en el post parto, debido a: Los cuidados que la madre dispensa al niño, descuidando en algunas ocasiones su salud materna y la depresión post parto que presentan algunas mujeres.

IV.9.4. Recomendaciones para mejorar la adherencia ARV en las embarazadas VIH positivas:

- ✓ Explicar detenidamente los efectos adversos asociados a las drogas ARVs y la necesidad de acudir prontamente a la consulta si estos interfieren con la toma de los medicamentos.
- ✓ Explicar los riesgos y beneficios asociados a las drogas ARVs.
- ✓ Identificar y tratar precozmente los síntomas asociados a depresión.
- ✓ Identificar conductas asociadas con baja adherencia como uso de drogas ilícitas y uso de alcohol y brindar tratamiento apropiado.
- ✓ Control y seguimiento regular por la consulta externa.
- ✓ Brindar apoyo psicológico y familiar.
- ✓ Consejería de la madre en el post parto.
- ✓ Utilizar otras estrategias recomendadas para mejorar la adherencia a los ARVs.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la adolescente hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos	Ordinal
Nacionalidad	Es una situación social, cultural y espacial en la que influyen numerosos elementos que definen el escenario político y organizacional de un grupo determinado de personas con referencia a su país de origen.	República Dominicana República de Haití	Nominal
Procedencia	Se refiere a una región determinada de donde acude la adolescencia al centro de salud	Santo Domingo y D. N. Región Sur Región Norte Región Este Haití	Nominal
Grado de escolaridad	Es el nivel de alfabetización de la población investigadas	Ninguno Primaria incompleto Primaria completo Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Nominal

Ocupación	Conjunto de actividades laborales que realiza la adolescente.	Que trabaja	Nominal
Estado civil	Condición de compromiso de manera legal con su cónyuge o pareja ante la sociedad	Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda	Nominal
Nivel socioeconómico	Estado financiero que le permite a una persona tener acceso a sus necesidades básicas	Recursos	Clase alta Clase media Clase alta
Edad gestacional	Edad del feto o recién nacido, expresado en semanas, a partir del día de la última menstruación de las madres	< 12 semanas 12-26 semanas 27-42 semanas > 42 semanas	Nominal
Paciente referida	Tratante debe evaluar el estado de salud del paciente referido determinando la pertinencia o no para continuar su atención médica especializada	Si No	Nominal
Se le entregó la prueba en consejería a la paciente	Resultados que se le entregan a un departamento específico en caso que la paciente tenga algún tipo de enfermedad específica.	Si No	Nominal

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, con el objetivo de determinar la incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwán 19 de Marzo, Azua, Republica Dominicana, período enero 2017-junio 2018.

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo es un estamento de salud que está ubicado en el sector Simón Stridels de esta ciudad, en la calle Independencia, esquina 27 de Febrero. Delimitado al Al Norte: Calle 27 de Febrero, Al Sur: Calle Tortuguero, Al Este; Calle Independencia y Al Oeste; Calle Teresa de Estrada.

VI.3. Unidad de medida

Fueron todas las pacientes atendidas en la unidad de medida de este estudio la conforman las mujeres embarazadas infectadas por el VIH detectada antes, durante o después del parto estando incluidos en el Programa Nacional de Reducción de Transmisión Vertical (PNRTV) en el Hospital Regional Taiwán, Azua.

VI.4. Universo

El universo del estudio estuvo constituido por todas las pacientes que se le descubriera VIH+ y que pertenecieran al programa de transmisión del durante el año 2017-2018.

VI.5. Población y muestra

La población de estudio la conforman todas las embarazadas VIH+ que pertenecían al Programa Nacional de Reducción de Transmisión en el Hospital Regional Taiwán, Azua durante el año 2017-2018.

VI.6. Criterios de inclusión

Embarazadas VIH+ que se desembrazan en el Hospital Regional Taiwán, inscritas en el programa y cuyo expediente recogen las intervenciones realizadas para evitar la transmisión del VIH de la madre al feto.

VI.7. Criterios de exclusión

Todo aquel que sea contrario al criterio de inclusión.

VI.8. Técnicas de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos utilizando las técnicas de entrevistas directa a las pacientes y mediante la revisión documental utilizando como fuente primaria el expediente de las pacientes, obtenidas de los archivos del hospital y los registros del programa de prevención de la transmisión vertical.

VI.9. Instrumentos para la recolección de datos.

Se confecciono un formulario de recolección de datos, donde muestran las preguntas acordadas con los objetivos y las variables de esta investigación, conteniendo preguntas abiertas y cerradas.

VI.10. Análisis de los datos

Se hicieron de forma escrita explicativa los resultados, acompañándolos de gráficos estadísticos y cuadros con sus respectivos análisis que facilitan la comprensión inmediata de los hallazgos.

VII. RESULTADOS.

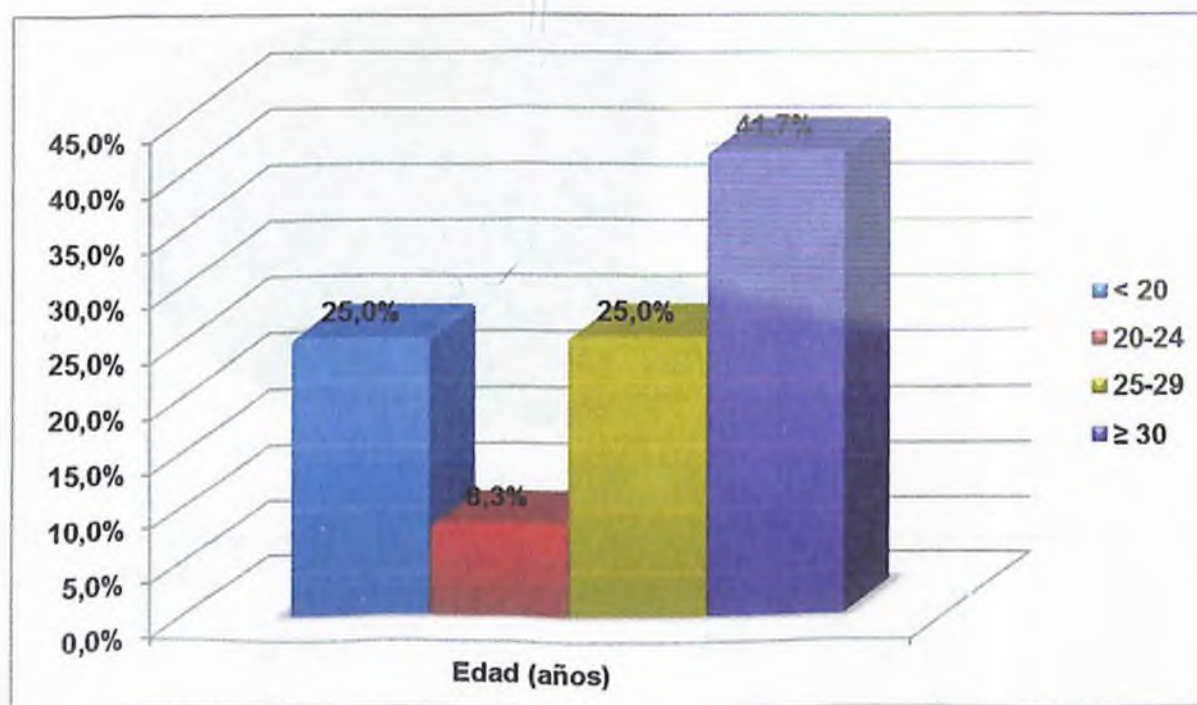
Cuadro 1. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 20	3	25.0
20-24	1	8.3
25-29	3	25.0
≥ 30	5	41.7
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 41.7 por ciento de las pacientes tenían más o igual a 30 años, el 25.0 por ciento menos de 20 y de 25-29 años y el 8.3 por ciento de 20-24 años.

Gráfico 1. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 1.

Cuadro 2. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	9	75.0
Estudiante	3	25.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 75.0 por ciento de las pacientes son amas de casa y el 25.0 por ciento estudiante.

Gráfico 2. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 2.

Cuadro 3. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Nacionalidad	Frecuencia	%
Dominicana	10	83.3
Haitiana	2	16.7
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 83.3 por ciento de las pacientes son dominicanas y el 16.7 por ciento haitiana.

Gráfico 3. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 3.

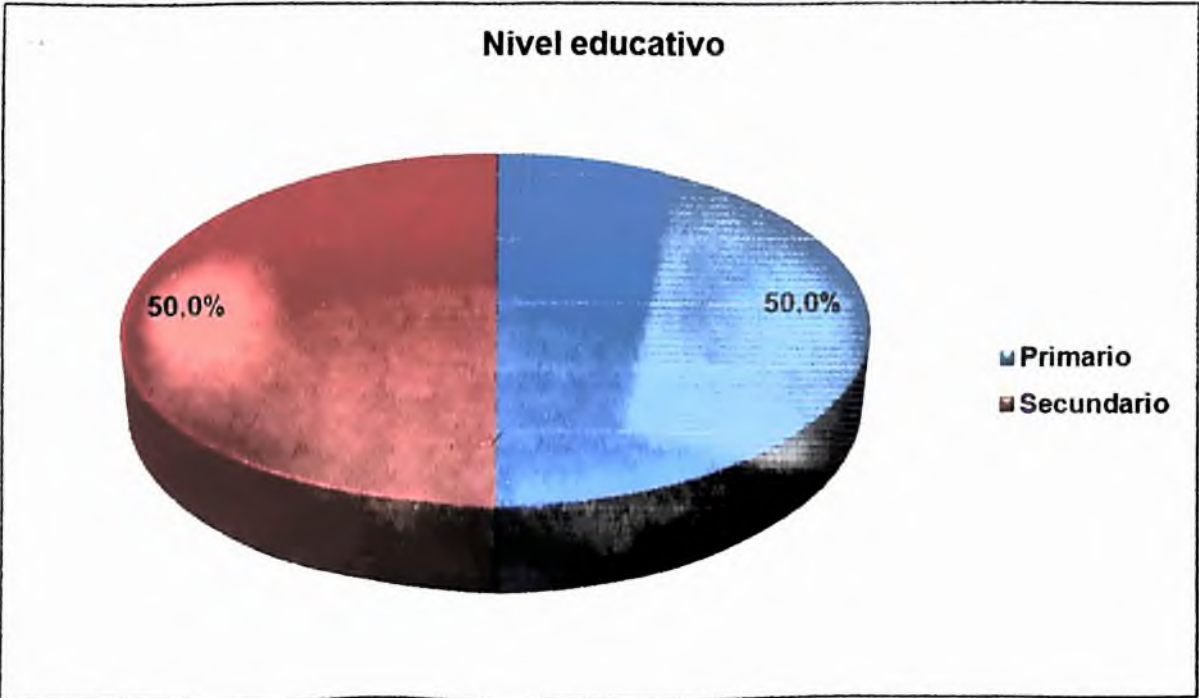
Cuadro 4. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembrazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Nivel educativo	Frecuencia	%
Primario	6	50.0
Secundario	6	50.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 50.0 por ciento de las pacientes cursaron hasta la primaria y secundaria respectivamente.

Gráfico 4. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembrazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 4.

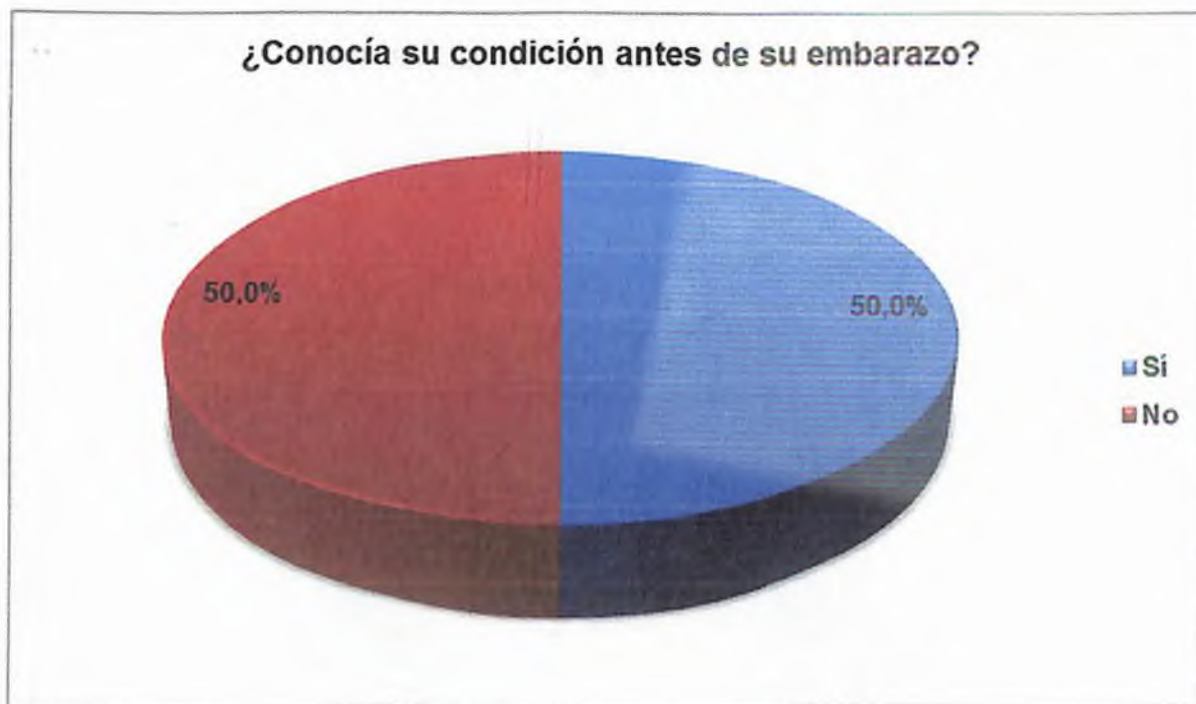
Cuadro 5. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Conocía su condición antes de su embarazo?	Frecuencia	%
Sí	6	50.0
No	6	50.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 50.0 por ciento de las pacientes si conocían su condición antes de su embarazo y otro 50.0 por ciento no.

Gráfico 5. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 5.

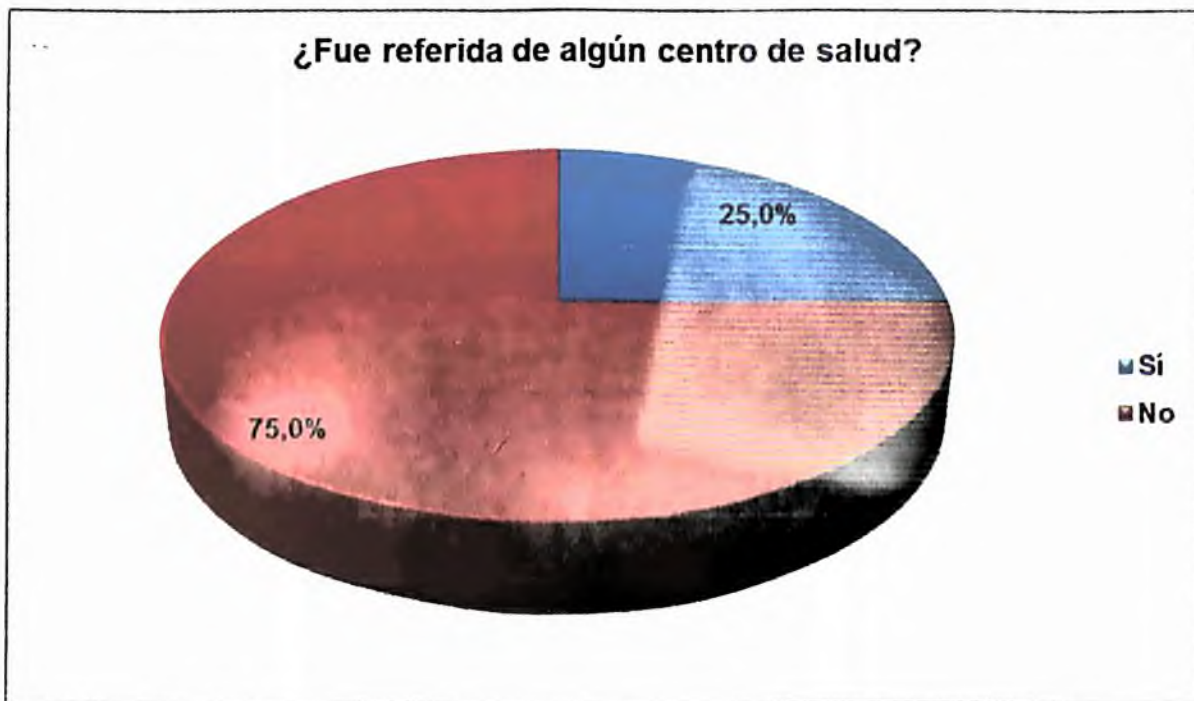
Cuadro 6. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Fue referida de algún centro de salud?	Frecuencia	%
Sí	3	25.0
No	9	75.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 75.0 por ciento de las pacientes no fueron referidas de algún centro de salud y el 25.0 por ciento si.

Gráfico 6. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 6.

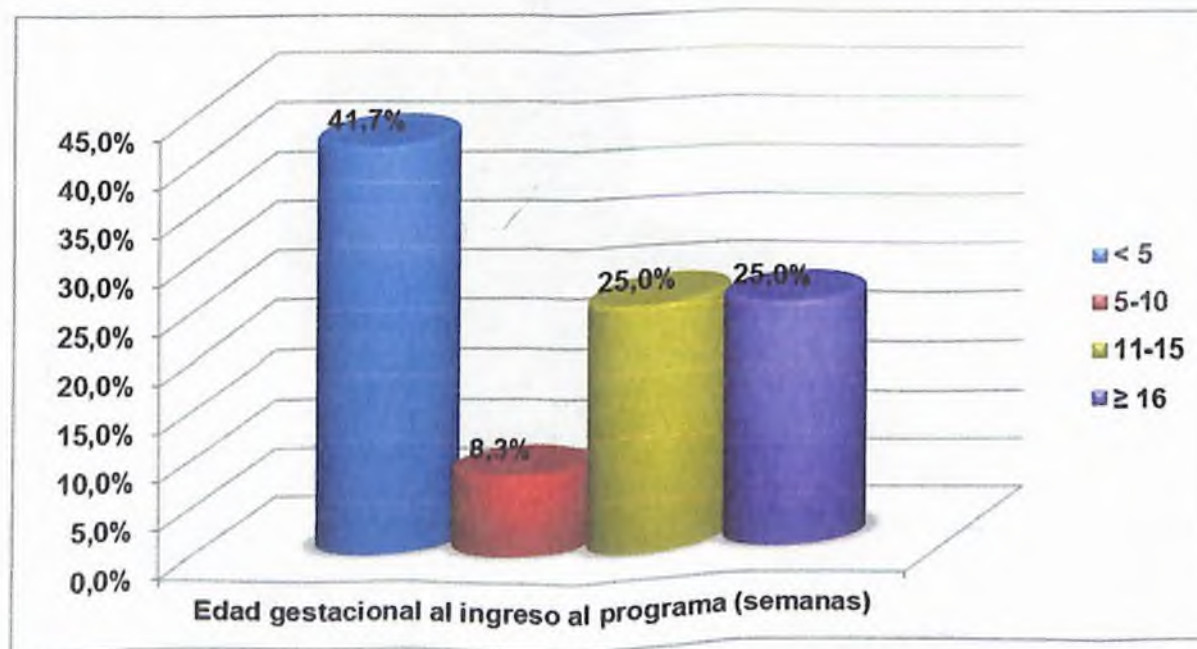
Cuadro 7. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Edad gestacional al ingreso al programa (semanas)	Frecuencia	%
< 5	5	41.7
5-10	1	8.3
11-15	3	25.0
≥ 16	3	25.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 41.7 por ciento de las pacientes tenían menos de 5 semanas de la edad gestacional al ingreso al programa, el 25.0 por ciento de 11-15 y más o igual a 16 semanas y el 8.3 por ciento de 5-10 semanas.

Gráfico 7. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 7.

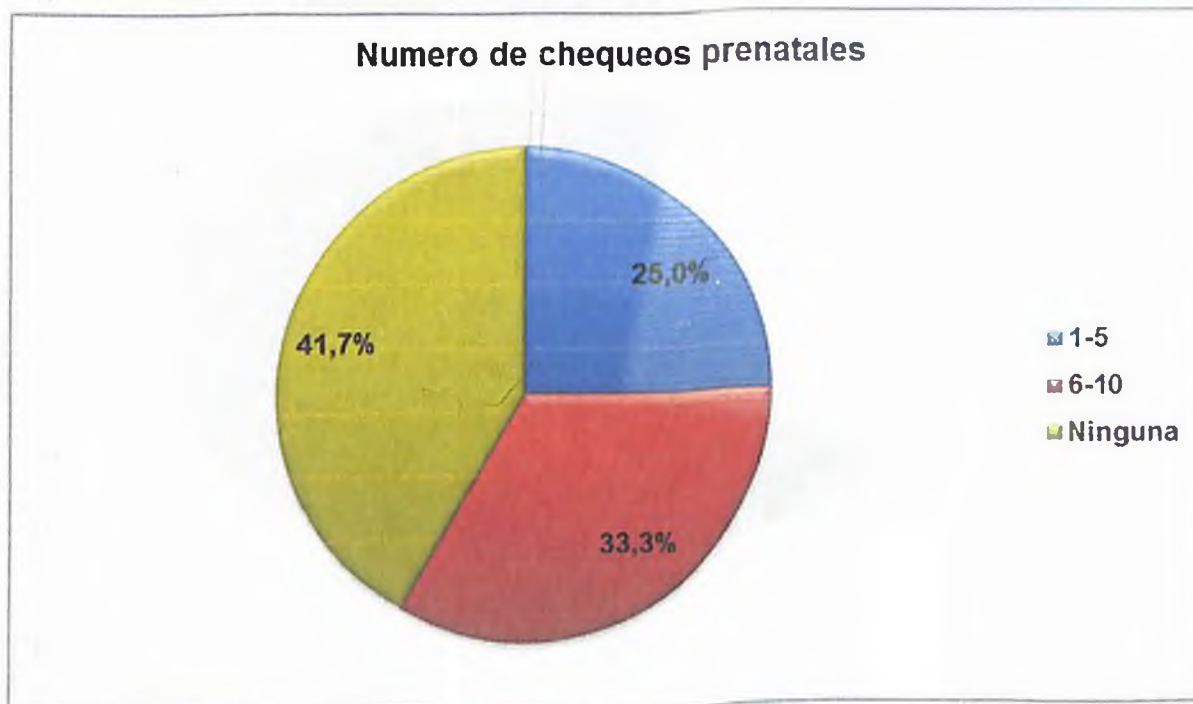
Cuadro 8. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Numero de chequeos prenatales	Frecuencia	%
1-5	3	25.0
6-10	4	33.3
Ninguna	5	41.7
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 41.7 por ciento de las pacientes no presentaron número de chequeos prenatales, el 33.3 por ciento de 6-10 chequeos y el 25.0 por ciento de 1-5 chequeos.

Gráfico 8. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Tiene conocimientos sobre la enfermedad?	Frecuencia	%
Sí	10	83.3
No	2	16.7
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 83.3 por ciento de las pacientes tenían conocimiento sobre la enfermedad y el 16.7 por ciento no.

Gráfico 9. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 9.

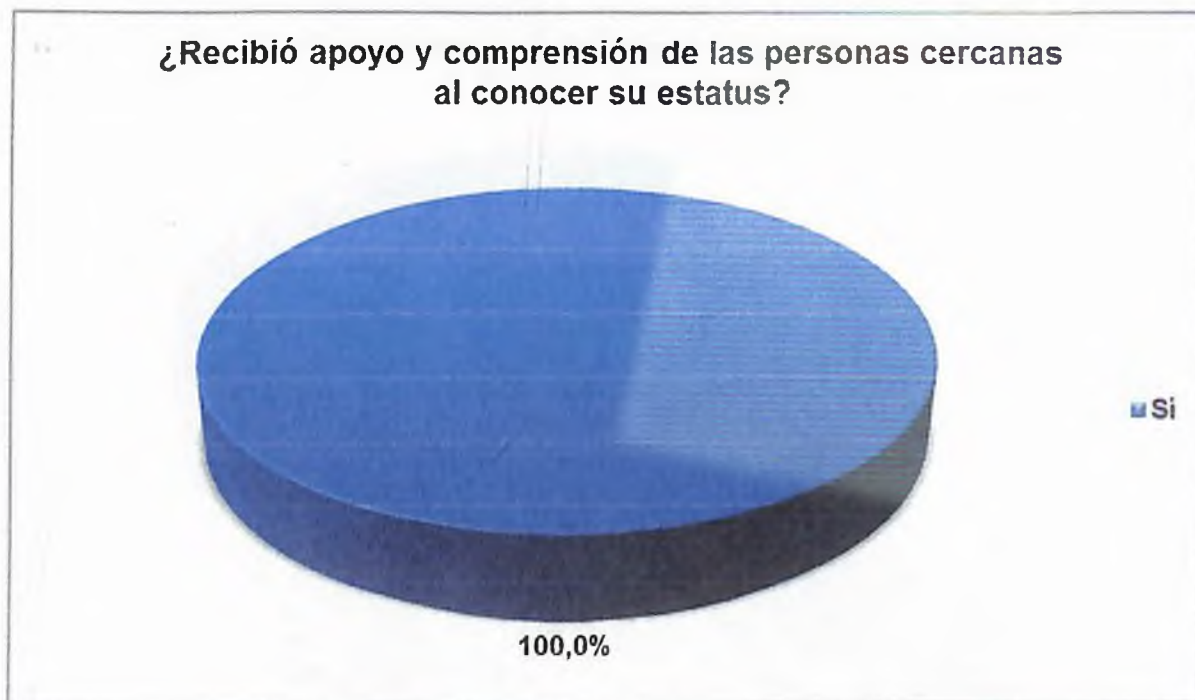
Cuadro 10. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Recibió apoyo y comprensión de las personas cercanas al conocer su estatus?	Frecuencia	%
Sí	12	100.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 100.0 por ciento de las pacientes recibió apoyo y comprensión de las personas cercanas al conocer su estatus.

Gráfico 10. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 10.

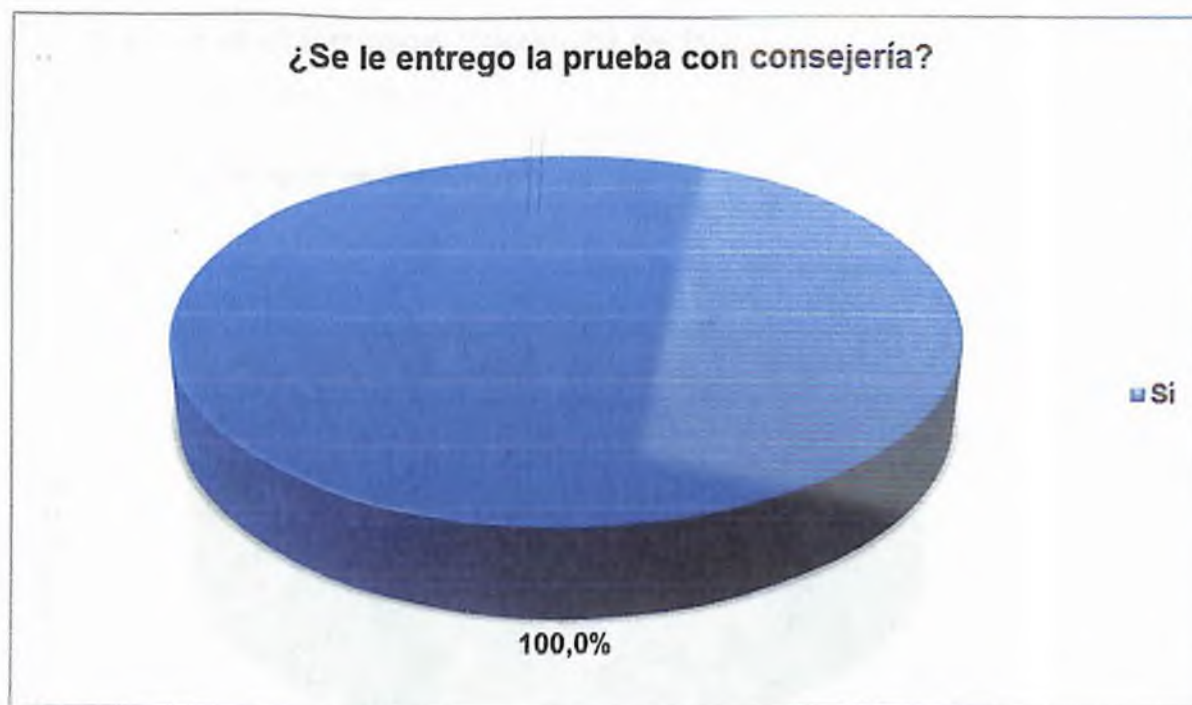
Cuadro 11. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Se le entrego la prueba con consejería?	Frecuencia	%
Sí	12	100.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 100.0 por ciento de las pacientes se les entrego la prueba con consejería.

Gráfico 11. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 11.

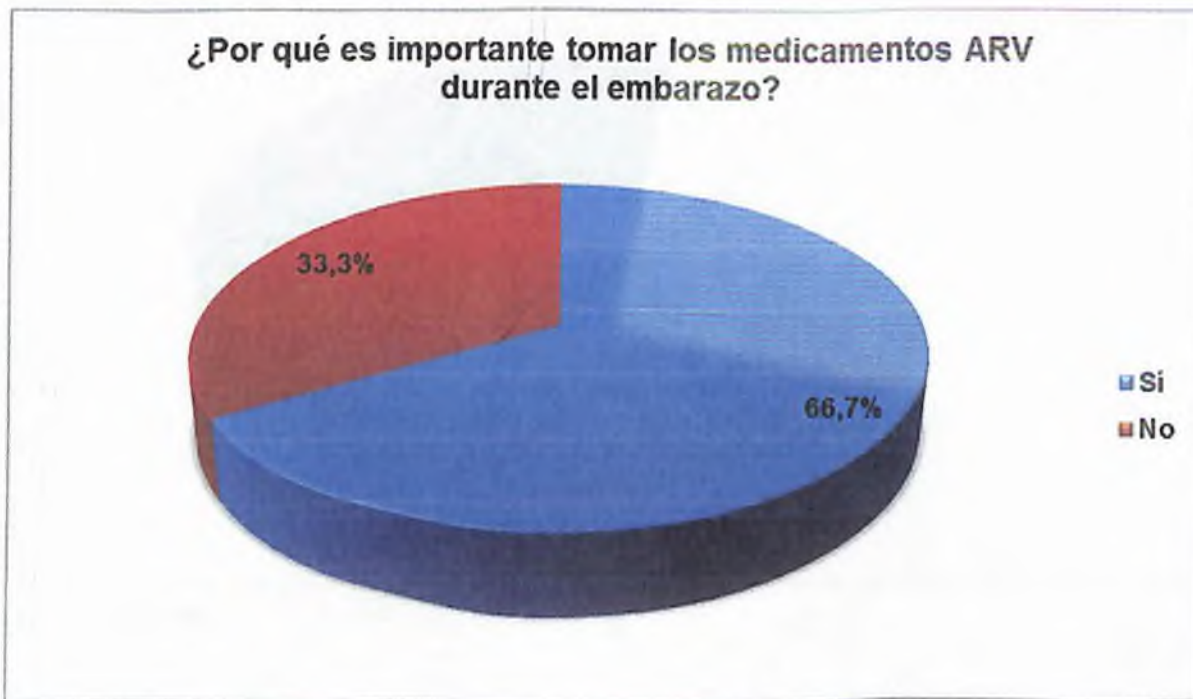
Cuadro 12. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembraron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Por qué es importante tomar los medicamentos ARV durante el embarazo?	Frecuencia	%
Evita que el niño se contagie	8	66.7
No sabe	4	33.3
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 66.7 por ciento de las pacientes respondieron que es importante tomar los medicamento ARV durante el embarazo ya que evita el niño se contagie y el 33.3 por ciento no sabe.

Gráfico 12. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembraron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 12.

Cuadro 13. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Usted cree que los medicamentos le hacen daño a su bebe?	Frecuencia	%
No	12	100.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 100.0 por ciento de las pacientes no creen que los medicamentos le hagan daño a su bebe.

Gráfico 13. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 13.

Cuadro 14. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Alguna vez olvido tomar la medicación?	Frecuencia	%
Sí	6	50.0
No	6	50.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 50.0 por ciento de las pacientes si han olvidado tomar la medicación, igual un 50.0 por ciento no.

Gráfico 14. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 14.

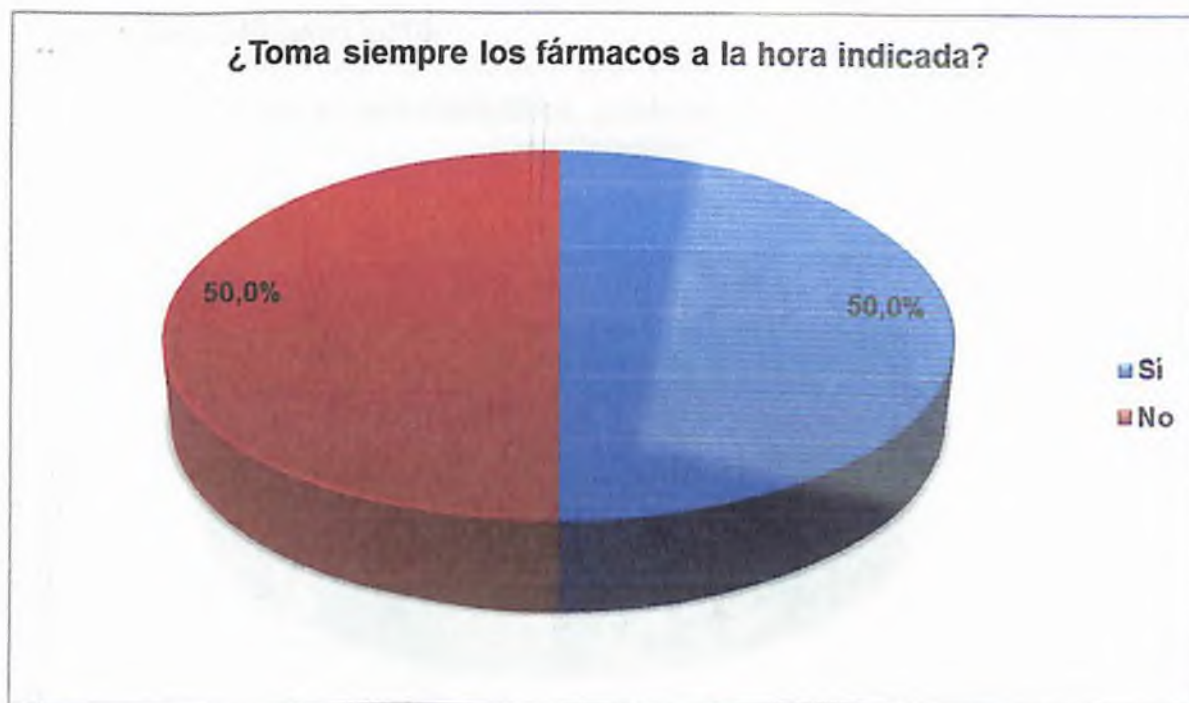
Cuadro 15. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Frecuencia	%
Sí	6	50.0
No	6	50.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 50.0 por ciento de las pacientes si toman siempre los fármacos a la hora indicada, mientras que el 50.0 por ciento no.

Gráfico 15. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 15.

Cuadro 16. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Quando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	Frecuencia	%
Sí	2	16.7
No	10	83.3
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 83.3 por ciento de las pacientes no deja alguna vez de tomar la medicación y el 16.7 por ciento si.

Gráfico 16. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 16.

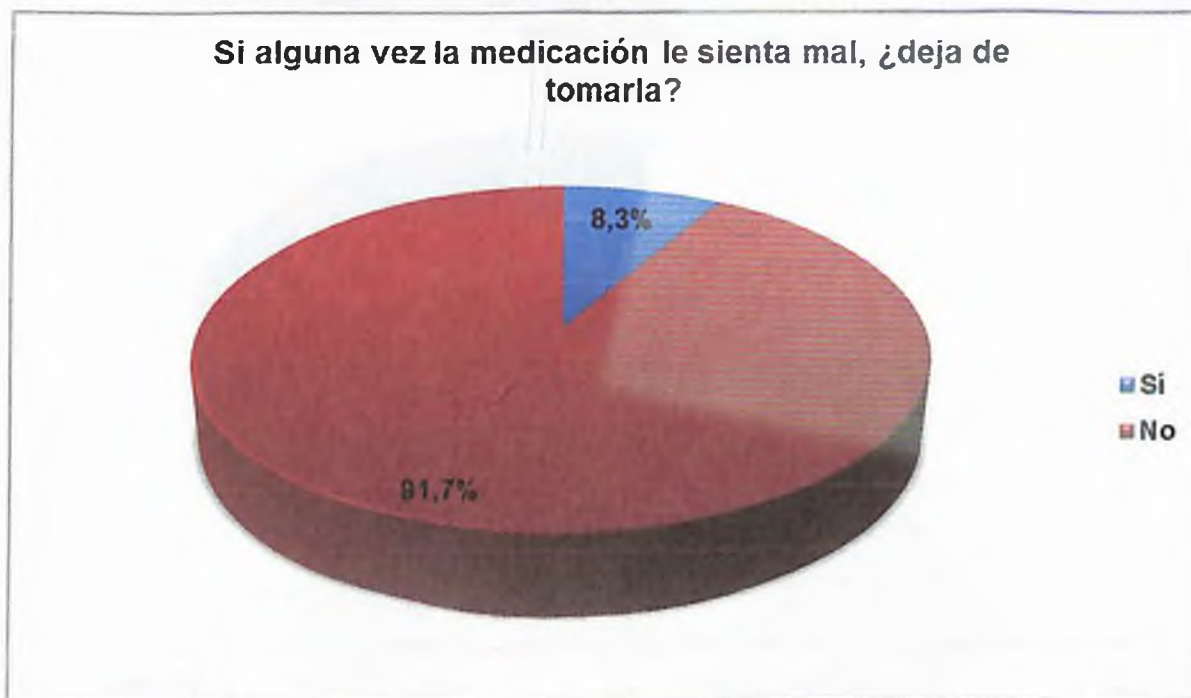
Cuadro 17. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?	Frecuencia	%
Sí	1	8.3
No	11	91.7
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 91.7 por ciento de las pacientes dejan de tomar la medicación si se sienten mal y el 8.3 por ciento si.

Gráfico 17. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 17.

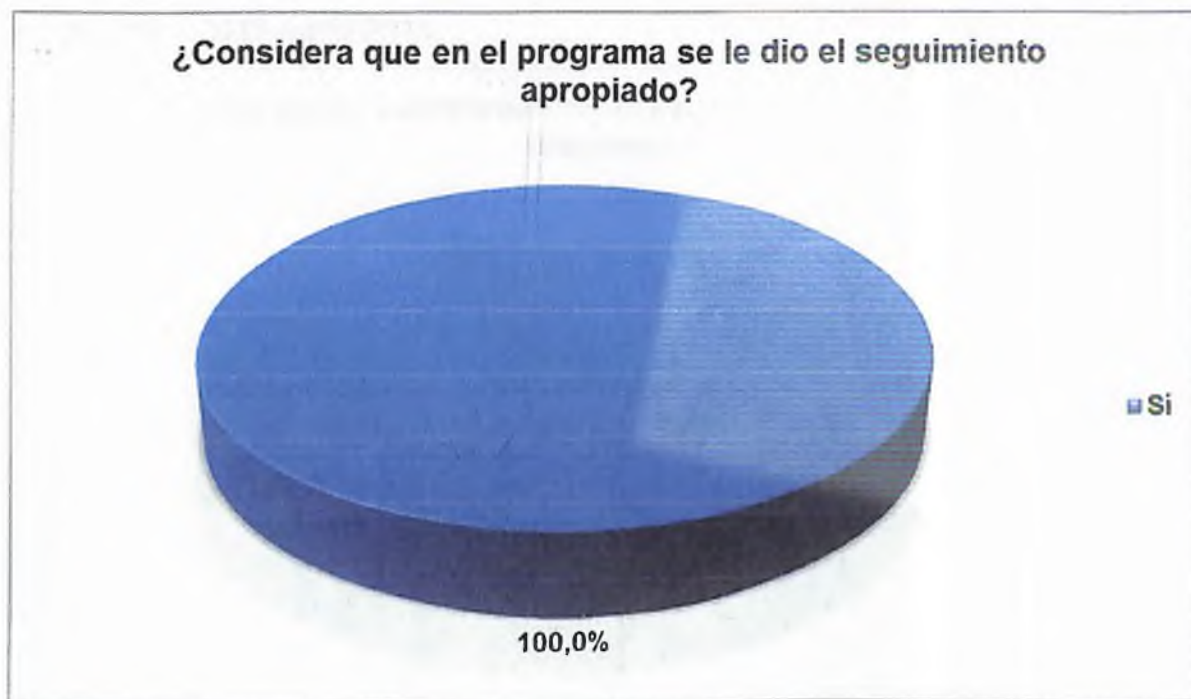
Cuadro 18. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Considera que en el programa se le dio el seguimiento apropiado?	Frecuencia	%
Sí	12	100.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 100.0 por ciento de las pacientes considera que en el programa se le dio el seguimiento apropiado.

Gráfico 18. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 18.

Cuadro 19. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Se siente satisfecha con el servicio brindado por el programa?	Frecuencia	%
Sí	11	91.7
No	1	8.3
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 91.7 por ciento de las pacientes se sentían satisfecha con el servicio brindado por el programa y el 8.3 por ciento no.

Gráfico 19. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 19.

Cuadro 20. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.

¿Deserto del programa?	Frecuencia	%
Sí	3	25.0
No	9	75.0
Total	12	100.0

Fuente: Directa.

El 75.0 por ciento de las pacientes no deserto del programa y el 25.0 por ciento si.

Gráfico 20. Incidencia VIH/SIDA en pacientes que se desembarazaron en el Hospital Regional Docente Universitario Taiwan 19 de Marzo, Azua, República Dominicana, periodo enero 2017-junio 2018.



Fuente: cuadro 20.

VIII. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de VIH/SIDA en pacientes que se desembraron.

El 41.7 por ciento de las pacientes tenían más o igual a 30 años; en un estudio realizado por Valdes R. Enrique y cols, Chile, en el año 2011, el grupo más afectado está entre los 20-39 años con un 63.1 por ciento; en otro estudio realizado por Damasceno, KSA, y cols, en las Unidades Básicas de Saúde, Brasil, en el año 2013, donde el 61.9 por ciento tenían de 19-29 años.

El 50.0 por ciento de las pacientes cursaron hasta la primaria y secundaria respectivamente; en otro estudio realizado por Damasceno, KSA, y cols, en las Unidades Básicas de Saúde, Brasil, en el año 2013, donde el 56.0 por ciento curso hasta la primaria.

El 41.7 por ciento de las pacientes no presentaron número de chequeos prenatales, el 33.3 por ciento de 6-10 chequeos; en un estudio realizado por Damasceno, KSA, y cols, en las Unidades Básicas de Saúde, Brasil, en el año 2013, el 51.2 por ciento de las pacientes comenzaron sus chequeos en el segundo trimestre.

El 83.3 por ciento de las pacientes tenían conocimiento sobre la enfermedad; sin embargo en un estudio realizado por Merchán Baque AM, en el Hospital Materno Infantil Del Guasmo "Matilde Hidalgo De Procel", Ecuador, en el año 2013, el 65% de las gestantes con VIH que no conocen sobre esta enfermedad.

IX. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- 1.El 41.7 por ciento de las pacientes tenían más o igual a 30 años.
- 2.El 75.0 por ciento de las pacientes son amas de casa.
- 3.El 83.3 por ciento de las pacientes son dominicanas.
- 4.El 50.0 por ciento de las pacientes cursaron hasta la primaria y secundaria respectivamente.
- 5.El 50.0 por ciento de las pacientes si conocían su condición antes de su embarazo y otro 50.0 por ciento no.
- 6.El 75.0 por ciento de las pacientes no fueron referidas de algún centro de salud.
- 7.El 41.7 por ciento de las pacientes tenían menos de 5 semanas de la edad gestacional al ingreso al programa.
- 8.El 41.7 por ciento de las pacientes no presentaron número de chequeos prenatales.
- 9.El 83.3 por ciento de las pacientes tenían conocimiento sobre la enfermedad.
- 10.El 100.0 por ciento de las pacientes recibió apoyo y comprensión de las personas cercanas al conocer su estatus.
11. El 100.0 por ciento de las pacientes se les entrego la prueba con consejería.
12. El 66.7 por ciento de las pacientes respondieron que es importante tomar los medicamento ARV durante el embarazo ya que evita el niño se contagie.
13. El 100.0 por ciento de las pacientes no creen que los medicamentos le hagan daño a su bebe.
14. El 50.0 por ciento de las pacientes si han olvidado tomar la medicación, igual un 50.0 por ciento no.
15. El 50.0 por ciento de las pacientes si toman siempre los fármacos a la hora indicada, mientras que el 50.0 por ciento no.
16. El 83.3 por ciento de las pacientes no deja alguna vez de tomar la medicación.
17. El 91.7 por ciento de las pacientes dejan de tomar la medicación si se sienten mal.
18. El 100.0 por ciento de las pacientes considera que en el programa se le dio el seguimiento apropiado.

19. El 91.7 por ciento de las pacientes se sentían satisfechas con el servicio brindado por el programa.
20. El 75.0 por ciento de las pacientes no desistió del programa.

X. RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. Incentivar a cada paciente para que tomen consciencia sobre dicha enfermedad y las complicaciones que pueden suceder, sino controla su embarazo.
2. Con ello asesorar sobre el valor de los controles prenatales más que todo si se tratan de pacientes gestantes portadora de VIH; puesto que las pacientes no llevan un adecuado control.
3. Que los profesionales de la salud, impartan los conocimientos adquiridos a las usuarias (os) que asisten a las instituciones hospitalarias.
4. Informar sobre la importancia del VIH y el embarazo para así permitir que las pacientes tengan un parto y el bebé un nacimiento en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas; con el propósito de disminuir las complicaciones en gestantes con VIH, con un buen control; para que así beneficien la salud materna y perinatal.
5. El tratamiento antirretroviral y la profilaxis durante el parto y el parto vía abdominal son necesarios para disminuir la incidencia de transmisión vertical del VIH.
6. Estimular a las pacientes con diagnóstico de infección por VIH a continuar adheridas al tratamiento antirretroviral y controles prenatales oportunos.
7. Se deben realizar campañas que aborden información de educación sexual, pero recomendamos que no sea solo en instituciones educativas ya sean estas particulares o públicas, sino que se deben realizar campañas de educación de una manera dinámica que sea entendible a personas de recursos económicos bajos, ya que no todas las adolescentes tienen recursos para ir a una institución pública o la inician pero como igual implican gastos se retiran cursando solo el inicio del ciclo pero nunca terminan concluyendo.
8. Realizar guías que no solo hable del HIV, sino también incluir las diferentes enfermedades relacionadas con ETS.

9. A las obstetras se les recomienda sobre el valor de los controles prenatales más que todo si se tratan de pacientes gestantes portadora de VIH; puesto que las pacientes no llevan un adecuado control.
10. Implementar programas de prevención de VIH y protocolo en la gestante infectada y seguimiento de los niños para la prevención del VIH - SIDA.

XI. REFERENCIAS

1. Valdés R., Enrique; Sepúlveda M. Álvaro y col. VIH/SIDA: Comportamiento epidemiológico de la transmisión vertical en el contexto general de la infección en Chile. *rev chil obstet ginecol* 2011; 76(1): 52 – 57.
2. Como llegar a 0: Mas rápido, más inteligente, mejor. Informe del 2011 sobre la epidemia del VIH y SIDA, ONUSIDA 2011
3. Cuentas Nacionales en Salud, Consejo Nacional del VIH-SIDA (CONAVIHSIDA) 2011.
4. Comisión global sobre VIH y derecho. riesgos, derechos y salud-julio 2012.
5. COPRESIDA /DIGECITSS / ONUSIDA /Ministerio de Salud Pública/Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, (2010). Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2009, Santo Domingo abril 2010. La Mujer, el niño y el VIH/SIDA. UNICEF 2009 www.cinu.mx
6. Global commission on HIV and the law. Riesgos, derecho y salud. Julio 2012
7. Transmisión del VIH. Análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH y recomendaciones para prevención en la República Dominicana-noviembre 2010
8. Epidemia de VIH/SIDA en América Latina, UNGASS 2011 www.onusida-latina.org
9. Tratar a las mujeres embarazadas y a los niños con VIH y SIDA es clave. UNICEF 2010, www.cinu.mx
10. CESDEM y Marco International INC. (2008). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), 2007. República Dominicana.
11. Programa de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH/SIDA de UNICEF - Global 2006
12. Mujeres en el mundo, Fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) 2011.
13. Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública: Edición 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

14. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).
Cuenta atrás hasta cero: Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres. Ginebra, ONUSIDA, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids_publication_011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Sp.pdf
15. Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011. Ginebra, OMS, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf
16. Organización Mundial de la Salud (OMS), Actualización Programática Uso De Antirretrovirales Para Tratar A Las Embarazadas Y Prevenir La Infección Por El VIH En Los Lactantes, Abril 2012
17. Reglamentación técnica para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, programa nacional de sida/its. Venezuela, Septiembre 2008
18. SESPAS/DIGECITSS, Estudio de la prevalencia de infección del VIH, vigilancia Centinela de 2da generación del 2006, Unidad Vigilancia Epidemiológica, DIGECITSS, 2007.
19. SESPAS, Plan Nacional de Desarrollo de Decenal de Salud, SESPAS. 2006.
20. República Dominicana, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Gobierno Dominicano, 2004.
21. Unicef Revista Mujeres embarazadas viviendo con SIDA, Unicef. Año 2009: Volumen 24.
22. García A. Anabela. Datos sobre SIDA. Año 2008; 123-124.
23. OMS Hacer frente al SIDA; Organización Mundial de la Salud: 2008: 154-158.
24. Adón Carlos. Epidemiología. Actualización Sobre VIH/SIDA. Santo Domingo. 16 -17 de Octubre de 2005. Santo Domingo, República Dominicana, 2005.
25. Argentina, Delegación regional, Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Buenos Aires, 2009.

26. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Transmisión del VIH de la madre al niño, Enero 2009
27. Báez, E; Moreno, J; Lopez,S;...(et al), Talleres de Capacitación en Educación y Prevención Transmisión VIH/SIDA. 5ta. Ed. República Dominicana, Sol de invierno S.A.2005,80p.
28. Barros Teodoro. Un Modelo de Prevención Primaria de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del VIH/SIDA en Adolescentes. Rev. Panamericana de la Salud Pública 2008; 10(2): 86 – 94.
29. Caballero-Hoyos Ramiro, Villaseñor-Sara Alberto, Santos-Preciado José Ignacio, Hidalgo Alfredo. Conocimiento Objetivo y Subjetivo Sobre VIH/SIDA como Predictor del Uso del Condón en Adolescentes Escolares. Rev. Dialnet. 2008; 45(1): 73.
30. Objetivos de Desarrollo del Milenio (2010). República Dominicana 2010, Informe de Seguimiento, Santo Domingo.
31. Del Busto,J; El Médico Frente al SIDA. 6ta. Ed. Lantigua, Guatemala, Taller Gráfico estrada, 2007. 172p.
32. SESPAS, DIGECITSS, Protocolo Nacional de Prevención de la transmisión vertical, digecitss 2008.
33. SESPAS/DIGECITSS, Programa Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical, Digecitss, 2008 y modificación.
34. DIGECITSS/SESPAS, XVI Encuesta de Vigilancia Centinela de la Prevalencia de Infección VIH en embarazada, 2007.
35. SESPAS/DIGECITSS. Programa de atención Integral a P.VVS. Santo 2007.
36. Ministerio de Salud GCBA Vigilancia epidemiológica de la transmisión vertical en la CABA 2003/2006. Proyecto Fortalecimiento de la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH. Coordinación SIDA, Presentado ante la Jornada de trabajo de los equipos de TV Hospitalarios de la CABA, Inst. Pasteur, Diciembre de 2006 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina, Año 11, Número 24, Diciembre 2008.
37. Ley del VIH y SIDA de la Republica Dominicana, Junio 2011.

38. Commisso, María de los Angeles: Mujeres viviendo con VIH. Análisis e intervención del Trabajo Social, Espacio Editorial, Buenos Aires, 2007
39. Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en la Republica Dominicana, 1ra Ed, Republica Dominicana Julio 2011.
40. ONUSIDA / UNFPA (2009). Igualdad de Género y el VIH en la Republica Dominicana, 2009
41. ONUSIDA / UNFPA (2011). "Informe Mujeres y VIH, República Dominicana".
42. Cáceres Ureña, Francisco I. PhD, (2009). "República Dominicana: Estigma y discriminación en personas que viven con el VIH", Profamilia/ Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD)/GTZ / IPF, Santo Domingo.
43. Ministerio de la Mujer (2010). "Las Voces de las Mujeres: Vulnerabilidad de Impacto del VIH en la Vida de las Mujeres", Santo Domingo.
44. Betances, Bethania, Galván, Sergia y Morales, Haydee (2007). "Vidas vividas en riesgo: Caracterizando el vínculo entre la violencia contra la Mujer y el VIH/ SIDA en República Dominicana", Santo Domingo.
45. ONUSIDA / PNUD/COPRESIDA (2010). Diagnóstico de Tendencias en las Intervenciones y los Recursos Destinados a Prevención del VIH en República Dominicana (documento inédito), Tavarez, Westing y colab. ,Santo Domingo.
46. Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009, Citado en: Comité de Seguimiento a UNGASS, República Dominicana (2010). Informe Nacional sobre los progresos del país, enero2008-diciembre 2009. Santo Domingo.
47. Betts, Claude (2005). Evaluación del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH/SIDA en República Dominicana, COPRESIDA / DIGECITSS /SESPAS , UNICEF, Santo Domingo.
48. ONUSIDA , COPRESIDA, Fundación Plenitud, (2010). Medición del Gasto en SIDA en la República Dominicana, Santo Domingo.
49. <http://rdominicana.Nutrinet.Org>
50. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
51. http://www.nci.nih.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=45519&l...

52. [WWW.upch.edu.pe/Tropicales/telemedicinatarga/Modulos/TERAPIAARwww.th
ebody.com](http://WWW.upch.edu.pe/Tropicales/telemedicinatarga/Modulos/TERAPIAARwww.th
ebody.com)
53. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/es/index.html>
54. www.claiweb.org
55. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
56. [http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2011/march/201
10328apmtct/](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2011/march/201
10328apmtct/)
57. Comisión Nacional del SIDA, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile. Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH. Agosto 2005.
58. Public Health Service Task Force Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States, April 29; 2009
59. Dunn D, Newell M, Ades A, Peckham C. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. Lancet 1992; 340: 585-8.
60. The working group of mother-to-child transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies. J Acquir Immune Def Syndr 1995; 8: 506-10.
61. WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STD surveillance. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Estimación en Diciembre 1999 Ginebra: World Health Organization; 1999. Disponible en [http / www.Unaids.Org /unaids / document / epidemio / report99.html](http://www.Unaids.Org/unaids/document/epidemio/report99.html)

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo 2013-2019
Selección del tema	Abril 2013
Búsqueda de referencias	Abril –junio 2013
Elaboración del anteproyecto	Julio 2013-octubre 2015
Sometimiento y aprobación	Noviembre 2015-diciembre 2016
Recolección de la información	Enero-diciembre 2017
Tabulación y análisis de la información	Enero-octubre 2018
Redacción del informe	Noviembre 2018
Revisión del informe	Diciembre 2018
Encuadernación	Enero 2019
Presentación	Febrero 2019

XII.2. Instrumento de recolección de datos

INCIDENCIA VIH/SIDA EN PACIENTES QUE SE DESEMBARAZARON EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE UNIVERSITARIO TAIWAN 19 DE MARZO, AZUA, REPUBLICA DOMINICANA, PERÍODO ENERO 2017-JUNIO 2018.

No. Expediente _____ Nombre (iniciales) _____

Edad _____ Ocupación _____

Nacionalidad _____ Procedencia _____

Nivel Educativo _____ Ingresos Mensuales RD _____

1. Conocía su condición antes de su embarazo? Si _____ No _____

2. Fue referida de algún centro de salud? Si _____ No _____

3. Edad gestacional al ingreso al programa _____

4. Numero de chequeos prenatales _____

5. Tiene conocimientos sobre la enfermedad? Si _____ No _____

6. Recibió apoyo y comprensión de las personas cercanas al conocer su estatus?

Si _____ No _____

7. Se le entrego la prueba con consejería? Si _____ No _____

8. ¿Por qué es importante tomar los medicamentos ARV durante el embarazo?

9. Usted cree que los medicamentos le hacen daño a su bebe? Si _____ No _____

10. Alguna vez olvido tomar la medicación? Si _____ No _____

11. Toma siempre los fármacos a la hora indicada? Si _____ No _____

12. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? Si _____

No _____

13. Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla? Si _____ No _____

14. Considera que en el programa se le dio el seguimiento apropiado? Si _____

No _____ (Por qué: _____)

15. Se siente satisfecha con el servicio brindado por el programa? Si _____ No _____

(Por qué: _____)

16. Deserto del programa? Si _____ (Por qué: _____) No _____

XII.3. Costo y recursos


XII.3.1. Humanos				
• 2 sustentantes		10,000	20,000	
• Dos asesores				
• Personal medico calificado en número de cuatro				
• Personas que participaron en el estudio				
XII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00	
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00	
Lápices	2 unidades	3.00	36.00	
Borras	2 unidades	4.00	24.00	
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00	
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00	
Computador Hardware:				
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;				
20 GB H.D.;CD-ROM 52x				
Impresora HP 932c				
Scanner: Microteck 3700				
Software:				
Microsoft Windows XP				
Microsoft Office XP				
MSN internet service				
Omnipage Pro 10				
Dragon Naturally Speaking				
Easy CD Creator 2.0				
Presentación:				
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data				
proyector				
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00	
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00	
XII.3.3. Información				
Adquisición de libros		5,000	5,000	
Revistas		500	500	
Otros documentos		150	150	
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)		100	100	
XII.3.4. Económicos				
Papelería (copias)	1200 copias	1.00	1200.00	
Encuadernación	12 informes	250.00	3000.00	
Alimentación			1,200.00	
Transporte			5,000.00	
Imprevistos			2,000.00	
		TOTAL \$63,574.00		

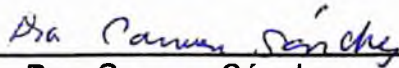
*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos


Sustentante:

Dra. Ana María de los Santos Montás

Asesores:


Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica

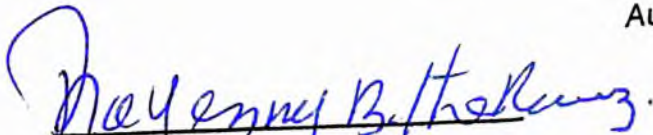

Dra. Carmen Sánchez
Asesora Clínica


Jurado:






Autoridades:


Dra. Yenny Beltré
Coordinador de Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Taiwán 19 de Marzo


Dr. Bayohan Martínez
Jefe de Enseñanza
Hospital Regional Taiwan 19 de
Marzo


Dr. William Duke

Decano Facultad Ciencias De la Salud UNPHU

Fecha de presentación: 30/1/2019

Calificación: 90