

Mujer y VIH / SIDA

Esta carpeta incluye información actualizada en español sobre:

- Transmisión perinatal
- Lactancia materna
- Negociación del sexo más seguro
- Condón femenino
- Transmisión heterosexual
- SIDA pediátrico

El acceso a la información confiable sobre SIDA

La labor de los organismos no gubernamentales con trabajo en SIDA en la América Latina y el Caribe se da en muchas ocasiones de manera aislada, a menudo voluntaria y en medio de situaciones totalmente adversas.

En medio de este panorama, con mayor frecuencia que la esperada, el acceso a la información es muchas veces imposible o se da de manera limitada. Para contribuir a la solución de este problema, el Centro de Recursos e Información sobre Sexualidad y SIDA del Colectivo Sol, CRISSOL, ha preparado esta carpeta que contiene informaciones prácticas sobre aspectos críticos de la problemática del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.

¿Por qué esta carpeta de trabajo?

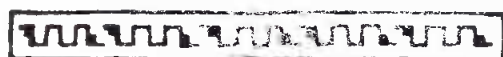
De acuerdo a un diagnóstico del tipo de solicitudes recibidas en CRISSOL, que incluye un estudio exhaustivo de las consultas a la base de datos y de la correspondencia recibida de casi todos los países de la región latinoamericana y del Caribe, se encontró que existe un especial interés en cuatro temas, que en Colectivo Sol hemos calificado, con base en información actualizada, como aspectos críticos del SIDA:

- Mujer y SIDA;
- Acceso a información confiable sobre anti-retrovirales;
- Acceso a la atención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; y
- Cuidados y atención domiciliaria.

Metodología

- **Los materiales.** Para la conformación de los materiales base de esta serie de carpetas informativas, se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline, Popline y Aidsline en la Biblioteca Nacional de Medicina, con base en Bethesda, Maryland, en los Estados Unidos en septiembre de 1993.
- **Los criterios.** Los artículos seleccionados para formar parte de las carpetas informativas debieron cubrir los siguientes criterios: contener información en idioma español, actualizada (1992-1993) y de fácil acceso.
- **Los datos.** Se obtuvieron 1500 registros de información en español en las bases de datos antes mencionadas.
- **La bibliografía.** Se realizaron búsquedas en las bases de datos del CDC National AIDS Clearinghouse, con base en Rockville, Maryland, con el objeto de preparar una bibliografía específica sobre los temas elegidos.
- **Los dictámenes.** Se solicitó a personas clave en los temas abordados, que leyeran, comentaran y dictaminaran sobre el valor de los materiales incluidos.
- **El resultado.** El resultado fueron cuatro carpetas que contienen artículos de texto completo, referencias bibliográficas y materiales diversos. Estas carpetas son de distribución gratuita, limitadas a un juego completo (4), por cada organización.

Esta carpeta fue elaborada por Francisco Rosas, Coordinador del Centro de Recursos e Información sobre Sexualidad y SIDA del Colectivo Sol (CRISSOL), bajo la asesoría y conducción de John Watson, Oficial de Enlace Internacional del CDC National AIDS Clearinghouse y de Christopher Castle, Oficial de Información del Programa contra el SIDA de AHRTAG (Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, Ltd.). Participó como asesor clave: Dra. Blanca Rico, Directora de Comunicación y Capacitación de CONASIDA.



Mujer y VIH / SIDA

Carpeta de Trabajo



COLECTIVO SOL / AHRTAG

México - 1994



El SIDA y la mujer

P. Estébanez*
R. Nájera**

Durante la mayor parte de la década de los 80, el SIDA fue considerado en el mundo occidental como una enfermedad de hombres (homosexuales o usuarios de drogas por vía parenteral), aunque desde el comienzo de la pandemia se documentaron casos de SIDA en mujeres. El África subsahariana fue la región más afectada

en lo que se refiere a la mujer, allí la relación hombre-mujer es de aproximadamente 1:1¹. En el resto del mundo, el porcentaje de casos en mujeres aún es relativamente pequeño, pero se está apreciando un aumento desproporcionado en los últimos años.

Situación epidemiológica SIDA

Hasta octubre de 1990 se habían notificado un total de 288.748 casos de SIDA a la Organización Mundial de la Salud². Considerando que muchos de los países más afectados de África disponen de escasos recursos sanitarios y sus sistemas de vigilancia epidemiológica no son capaces de recoger una información adecuada, se piensa que el número real es mucho mayor: la OMS lo estima en unos 600.000, de los cuales más de 150.000 son mujeres³. Podemos hablar con bastante más precisión del número de casos existentes en los países industrializados. En América hasta el 1 de febrero de 1990 se habían notificado 111.250 casos de SIDA de los que aproximadamente el 10% corresponde a mujeres².

En Nueva York, una de las ciudades más afectadas por la enfermedad en EE.UU., el SIDA constituyó en el año 1989 la causa más frecuente de muerte entre las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 34 años⁴. En Europa, de los 34.146 casos de adultos declarados a la OMS hasta septiembre de 1989, el 13% eran mujeres⁵.

Al comparar el número de casos de SIDA en distintas regiones y las diferentes distribuciones por sexo, hay que tener en cuenta la historia natural y el largo período de incubación de esta enfermedad (un promedio de siete a diez años)⁶. Cronológicamente a principios de los años 80 empezaron a aparecer casos en Nor-

teamérica, a la vez que en Europa occidental y África; a mediados de los 80 se extendió a otras regiones incluyendo Asia, Europa Oriental, el Norte de África y Oriente Medio⁷. Esto quiere decir que los casos que se notifican ahora son los que se infectaron hace aproximadamente una década. Las curvas que representan el incremento de casos son similares en las distintas regiones, pero unas corresponden a un período más temprano en el desarrollo de la enfermedad que otras. De forma análoga, la mayoría de las primeras infecciones que se dieron en el mundo industrializado ocurrieron en hombres homosexuales y bisexuales y pasaron a la población femenina unos años después. Por esto, podemos esperar un número significativamente más alto de casos entre mujeres en la década de los 90.

Infección por VIH

Si hay que tener cautela al considerar las cifras referentes a casos de SIDA, aún más al hablar del número de personas que puedan estar infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Estas cifras se estiman basándonos en estudios de seroprevalencia en ciertas poblaciones, y se extrapolan construyendo modelos que cuantifican una serie de variables que no conocemos con exactitud—el largo y variable período de incubación, la duración de infectividad, la eficacia de la transmisión por distintas vías, etc. No obstante, resulta instructivo conocer las estimaciones de la OMS, que podrían considerarse conservadoras, sobre la magnitud de la infección en el mundo. La OMS estima que actualmente están infec-

EL SIDA Y LA MUJER
P. Estébanez, R. Nájera. UASB y Salud. Universidad Andina Simón Bolívar-Cátedra Hipólito Unzué. vol. I, No.2, enero-marzo de 1992. págs. 10-23.

* Médica Investigadora para el Instituto de Salud Carlos III.

** Instituto de Salud Carlos III.

Colaboración: Kathy Filch y Victoria Zunzunegui

tadas por el VIH de 8 a 10 millones de personas, de las cuales, una tercera parte son mujeres³.

En Norteamérica, Europa occidental y Latinoamérica la relación de infección hombre-mujer es 9:1 en la actualidad, pero se piensa que probablemente las tasas de nuevas infecciones en estas regiones serán tan altas en mujeres como en hombres, sobre todo en algunas áreas del Caribe y Latinoamérica³. En los centros urbanos de algunos países africanos (Tanzania, Ruanda, Zaire, etc.) los estudios de prevalencia han encontrado que están infectadas entre un 10% y un 25% de todas las mujeres³. En la figura 1 se presentan las estimaciones de la OMS de la prevalencia de la infección por VIH en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años de edad en las distintas regiones del mundo. Más del 80% de estas infecciones se dan en los países del Africa subsahariana.

Hacer previsiones para la década de los 90 es arriesgado: parece que el problema pasará a otro orden de magnitud: de cientos de miles de casos de SIDA en los años 80, se presupone que pasaremos a millones de casos en los años 90; se habla de 3 millones de casos sólo entre mujeres y niños para finales de la próxima década⁸. Es difícil pensar el significado que este hecho pueda tener en la diseminación del VIH

mundialmente mientras no tengamos vacunas u otra forma de controlar la transmisión.

Cambios en las tendencias según el sexo

Hasta ahora, los estudios de la pandemia han prestado poca atención a las necesidades especiales de las mujeres, y se han enfocado principalmente a la población de hombres homosexuales y bisexuales, el grupo inicialmente afectado en occidente³. No obstante, los datos correspondientes a la segunda mitad de la década de los 80 parecen indicar una tendencia a la reducción relativa en esos grupos de población, a la vez que muestran un aumento paulatino pero alarmante de infecciones entre la población heterosexual³. En EE.UU. entre los años 1982 y 1986, las mujeres representaban aproximadamente un 7% de los casos de SIDA⁹. Sin embargo, de los más de 82.000 casos notificados en EE.UU. entre 1981 y 1988, las mujeres han pasado a representar un 9% del total¹⁰. Las mujeres constituyen un porcentaje aún más alto en Europa, donde representan el 13% de los casos de SIDA (hasta septiembre de 1990) que varían desde el 4% en el Reino Unido hasta el 19% en Italia⁶. En España, esta proporción ha aumentado del 6,2% de todos los casos notificados hasta 1984 al 16,5% de los notifi-

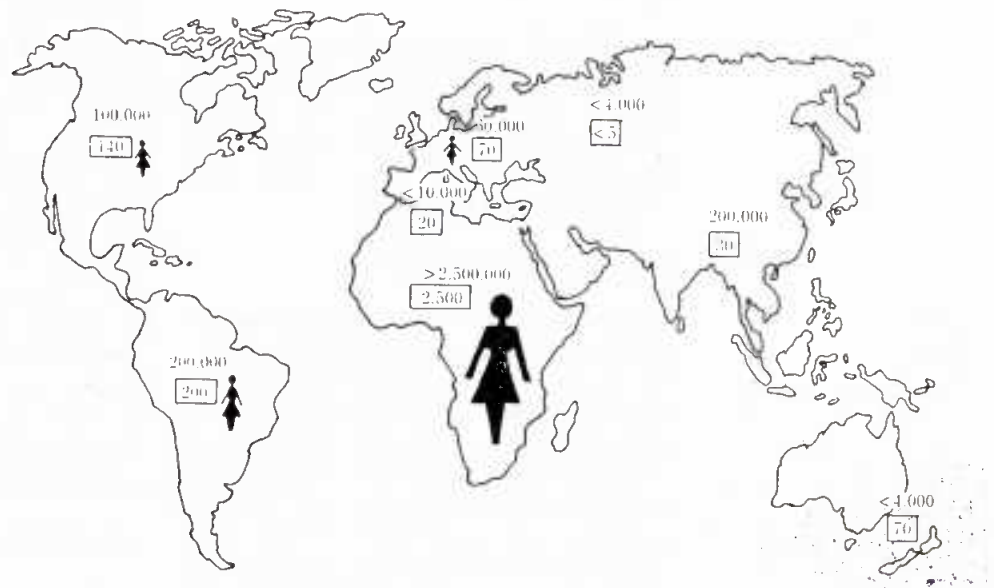


Figura 1. Número estimado de mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años infectadas por VIH. (Los números en los recuadros son la prevalencia por 100.000 mujeres) (Tomada de Chin 1990⁷).

TABLA 1
Número acumulado de casos notificados de SIDA en España, por año y sexo, con relación hombre:mujer, 1981-90

| Año | Total casos | % hombres | % mujeres | relación hombre:mujer |
|---------|-------------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1981-84 | 65 | 98,8 | 6,2 | 15:1 |
| 1985 | 222 | 92,8 | 7,2 | 13:1 |
| 1986 | 629 | 85,9 | 14,1 | 6:1 |
| 1987 | 1.514 | 83,8 | 16,2 | 5:1 |
| 1988 | 2.722 | 83,1 | 16,9 | 5:1 |
| 1989 | 5.089 | 83,5 | 16,5 | 5:1 |
| 1990* | 7.045 | 83,5 | 16,5 | 5:1 |

* Hasta el 30 de septiembre.
 Fuente: Registro Nacional de casos de SIDA.

TABLA 2
Número acumulado de casos notificados de SIDA en Europa*, por año y sexo, con relación hombre:mujer, 1985-89

| Año | Total casos | % hombres | % mujeres | relación hombre:mujer |
|------|-------------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1985 | 1.578 | 92 | 8 | 11:1 |
| 1986 | 3.735 | 91,1 | 8,9 | 10:1 |
| 1988 | 19.058 | 89,5 | 10,4 | 9:1 |
| 1989 | 31.497 | 87,3 | 12,7 | 7:1 |

* 32 países.
 Datos no disponibles para el año 1987.
 Fuente: Centro Colaborador para el SIDA de la OMS. Paris. 1990.

cados hasta 1989 (tabla 1). En general, la relación hombre-mujer en Europa ha descendido (tabla 2).

Formas de transmisión

Como es bien sabido, el SIDA se transmite por tres vías distintas: sanguínea, sexual y perinatal. En las mujeres, como en los hombres, la transmisión sanguínea se da fundamentalmente entre las drogadictas. La transmisión sexual se produce como consecuencia de las relaciones heterosexuales con un hombre infectado, generalmente un bisexual, drogadicto o hemofílico.

La transmisión perinatal se refiere a la transmisión de madre a hijo antes, durante o después del embarazo. A continuación, se resumen los estudios realizados con referencia a la mujer sobre estas tres formas de transmisión.

Transmisión por vía sanguínea

La mayoría de las infecciones por vía sanguínea aparecen en el grupo de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), con un número mucho más reducido debido a las transfusiones de sangre o al uso de productos hemoderivados contaminados (antes de la imposición de medidas obligatorias de protección en los bancos de sangre). Hasta ahora, la mayoría de las mujeres positivas para el VIH (VIH+) en el mundo occidental se han infectado por compartir agujas o jeringuillas con personas VIH+.

En un estudio realizado en EE.UU. sobre el SIDA y la mujer se observó que el 52% de todos los casos notificados en mujeres entre 1981 y 1986 eran UDVP, seguido de un 21% de casos por contacto heterosexual y dentro de esta última categoría, el 67% de los contactos heterosexuales habían sido con hombres UDVP¹¹. Otros estudios de distintas poblaciones con riesgo para contraer la infección también han resaltado el papel primordial de los UDVP¹²⁻¹⁴. En la figura 2, se puede apreciar cómo la proporción de casos debidos a drogadicción ha aumentado en Europa a lo largo de la década de los 80, con la consiguiente reducción en la proporción de los debidos a transmisión homosexual. En España, la proporción de casos de drogadictos siempre ha sido elevada, pero también se aprecia un ligero aumento a través de los años (fig. 3). Las especiales características de la población drogadicta van a tener una repercusión sanitaria importante a causa de las enfermedades asociadas que se dan en este colectivo¹⁵⁻¹⁷. Lo mismo sucederá desde el punto de vista obstétrico y ginecológico en el caso de las mujeres¹⁸. Sin olvidar tampoco, obviamente, toda la patología psicosocial de la propia drogodependencia que se suma a la producida por la propia enfermedad.

Transmisión heterosexual

La transmisión heterosexual se refiere a los casos en los que el único factor de riesgo fue el contacto sexual con una persona infectada. La introducción y dise-

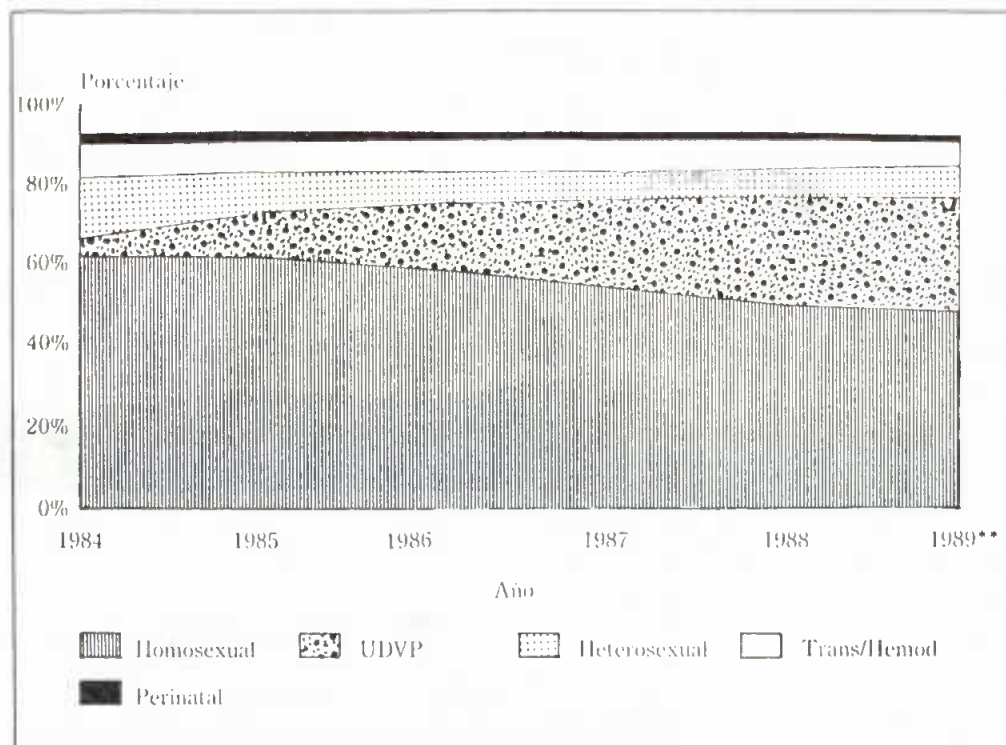


Figura 2. Porcentaje de casos acumulados de SIDA debidos a las tres formas principales de transmisión. Europa, 1984-1989 (Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido, Finlandia, Suecia y Suiza).

minación de la infección entre los drogadictos ha abierto el camino para su extensión por vía sexual en la población heterosexual, como se ha señalado anteriormente. El virus ha sido aislado en sangre, semen, secreciones cervicales y en la sangre de la menstruación²⁹⁻²², por lo que todos ellos pueden constituir agentes infecciosos durante las relaciones sexuales.

No se conoce exactamente la eficacia relativa de la transmisión hombre-mujer y mujer-hombre, aunque parece que predomina la primera, en teoría, el VIH también podría transmitirse de mujer a mujer, pero hay muy pocos datos en la literatura sobre este aspecto²³. Las pequeñas cantidades de VIH encontradas en las secreciones vaginales y cervicales hacen pensar que la transmisión mujer-hombre es posible, pero quizá menos frecuente²¹ y necesita otros factores que favorezcan la transmisión. Los datos que conocemos en el mundo occidental nos indican que hay una mayor proporción de mujeres infectadas por transmisión heterosexual que de hombres. Por ejemplo, de los 1.338 casos atribuidos a transmisión heterosexual en EE.UU. hasta el 21 de marzo de 1988,

1.045 fueron mujeres y sólo 293 hombres²⁴. Por otra parte, al considerar esta desproporción, se ha sugerido que los relativamente pocos casos de transmisión heterosexual entre los hombres en EE.UU. puedan ser en función del número pequeño de mujeres infectadas en la fase inicial de la epidemia²⁵; según esta teoría, la transmisión heterosexual en los hombres aumentará a medida que se extiende la infección entre las mujeres. Estos datos parecen indicar un comportamiento diferente en la transmisión con respecto a otras enfermedades conocidas como de transmisión sexual en las que, quizá, la mayor diferencia puede encontrarse en el vehículo principal de transmisión, en este caso el semen. Parece evidente que este tipo de enfermedades víricas necesitan fluidos corporales con gran cantidad de células de estirpe linfoidea y macrófagos que vehiculen el virus. Cuando existe una infección piógena, el contenido celular (macrófagos y linfocitos) en el semen, aumenta extraordinariamente. También existe una mayor probabilidad de transmisión con la presencia de úlceras genitales u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), que producen lesiones en la

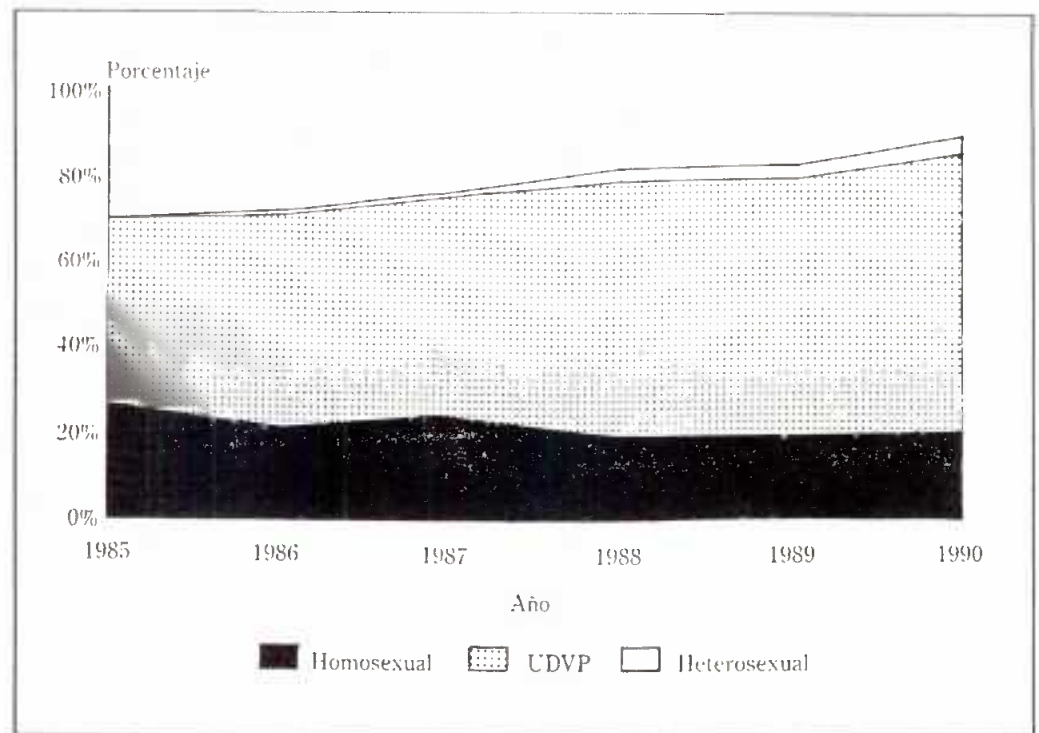


Figura 3. Porcentaje de casos acumulados de SIDA debidos a las tres formas principales de transmisión. España, 1985-1990 (hasta marzo de 1990). Fuente: Informes sobre SIDA, Bol. Epid. Sem. Min. de Sanidad y Consumo, España.

mucosa epitelial^{26,27}. Un estudio realizado en Nairobi demostró un mayor riesgo de transmisión mujer-hombre cuando éste presentaba ulceraciones genitales²³.

Varios estudios que han examinado la eficacia de la transmisión heterosexual hombre-mujer han encontrado pruebas claras de infección en esa dirección. En dos estudios diferentes que se llevaron a cabo en compañeras de hombres VIH+, se encontró que aproximadamente la cuarta parte de las mujeres eran positivas (se excluyeron las mujeres con otros riesgos como UVDP o transfusión)^{29,30}. Estos trabajos analizaron también otros posibles factores de riesgo distintos para ver en qué condiciones sería más probable la transmisión hombre-mujer. Uno de ellos, realizado en EE.UU., encontró que los factores más asociados con la transmisión eran los siguientes: a) número total de contactos sexuales con el caso índice, b) práctica de relaciones sexuales anales²⁹. No se estableció una asociación con el uso de preservativos, número de compañeros sexuales en los últimos diez años, número total de ETS o fase de desarrollo de la enfermedad. Otro estudio llevado a cabo en nueve centros de salud de seis países europeos, también puso de manifiesto una

fuerte relación entre la transmisión hombre-mujer y el coito anal, pero a diferencia del estudio de EE.UU. los factores significativos fueron: a) que el paciente índice tuviera el SIDA completamente desarrollado; b) en las mujeres, historia de ETS en los cinco años anteriores³⁰. Este estudio no encontró asociación con la frecuencia del contacto sexual, las prácticas sexuales diferentes de la relación anal, ni los hábitos contraceptivos. Debe señalarse que el hecho de que no se haya establecido una asociación entre el uso de preservativos y la presencia de infección en los anteriores estudios, probablemente se debe a que algunas parejas empezaban a utilizarlos después de descubrir que el hombre estaba infectado. De hecho, varios estudios han demostrado efecto protector de los preservativos en la transmisión de VIH^{31,32}

Transmisión perinatal

Las mujeres infectadas por VIH pueden, a su vez, transmitir la infección a sus hijos por vía perinatal. Casi todas estas infecciones se dan *in utero*, a través de la placenta, aunque existe un riesgo teórico, pero no documentado, de infección durante el parto y cierto riesgo de infección

a través de la lactancia materna^{33,34}. En el caso de la transmisión durante el parto, se supone que es posible debido a que el niño está expuesto a la sangre y a las secreciones maternas infectadas con el VIH. Sin embargo, los estudios comparativos sobre la tasa de transmisión perinatal no han demostrado que haya diferencias entre los partos por vía vaginal y los que se hacen por cesárea³⁵. Con respecto a la lactancia, el riesgo de transmisión parece ser mayor en las madres que seroconvierten después del parto (por ejemplo, como resultado de una transfusión de sangre contaminada³⁶ o que ya tienen el complejo relacionado con el SIDA (CRS) o el SIDA³⁷, períodos en los que pueden ser más infecciosas.

Según los modelos de la historia natural de la infección, parece haber una rápida replicación del virus al comienzo de la infección, seguido por un período variable de tiempo durante el cual, la cantidad de virus se reduce al establecerse la respuesta inmune, y luego otro período de mayor viremia a medida que la proliferación vírica se intensifica y la respuesta inmune disminuye, momento en el que los síntomas clínicos aparecen y progresan⁷. Aunque el niño nacido de una madre positiva corre un pequeño riesgo adicional de contraer la enfermedad a través de la leche materna, se ha concluido que el riesgo está compensado suficientemente por los beneficios de la lactancia natural al menos en los países en vías de desarrollo³⁶⁻³⁸.

Es muy importante que en los programas de educación y consejo a mujeres embarazadas se explique el riesgo de infección que tienen los niños nacidos de madre seropositiva. Sin embargo, el diagnóstico de infección en los niños se ha visto entorpecido por el hecho de que pueden tener anticuerpos al VIH en el suero debido a la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre y no por el propio virus. Por este motivo, en la mayoría de los casos, un niño menor de 18 meses no se considera infectado a no ser que presente un diagnóstico de SIDA³⁵.

No se sabe con precisión qué porcentaje de niños nacidos de madres positivas estarán infectados, pero, afortunadamente, parece que las tasas que se barajaban al principio eran demasiado altas. Al co-

mienzo de la aparición de los casos de SIDA en niños, se catalogaba de infectados a todos aquellos que tenían anticuerpos al VIH, ignorando la posibilidad de la transmisión pasiva de la madre. Algunos autores han estimado que un 30-50%³⁹, un 65%⁴⁰ o más de los hijos de madres positivas tendrían la infección. Sin embargo, actualmente se considera que el porcentaje puede ser de sólo un 25%^{41,42}. La OMS utiliza el rango del 20-40% para estimar la probabilidad de transmisión perinatal³⁵.

El pronóstico en los casos infantiles es peor que en los adultos ya que casi todos los infectados terminan con SIDA⁴³ y el progreso de la enfermedad es mucho más rápido que en los adultos, con medianas de tiempos de supervivencia entre tres y seis meses^{44,45}. No obstante, el período de supervivencia puede prolongarse gracias a los avances en el tratamiento que se han desarrollado recientemente, como se ha demostrado en los tratamientos con inmunoglobulina por vía intravenosa en el control y la prevención de las infecciones agudas en el SIDA pediátrico⁴⁶. Los nuevos tratamientos que han mostrado eficacia en el SIDA de los adultos, como el AZT⁴⁷, también están en período de ensayos clínicos en el SIDA en los niños^{48,49}.

Puesto que un 90% o más de las mujeres VIH+ o con SIDA están en la edad de reproducción, existe una posibilidad mayor de niños infectados y, a la larga, una mortalidad infantil más alta. Se calcula que en los lugares más afectados el número de niños que mueren antes de llegar a los cinco años de edad puede incrementarse en un 30%³.

VIH y embarazo

Se han realizado varios estudios con el fin de conocer si la infección por VIH en una embarazada tiene efectos negativos en el embarazo, tales como crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer, parto prematuro, aborto espontáneo, etc.^{50,51}, o si el embarazo puede acelerar el progreso de la enfermedad en la madre¹⁰. Aunque los resultados no son definitivos, los estudios más recientes no han demostrado la existencia de efectos adversos ni de la infección en el embarazo ni del embarazo en la infección, al menos en la fase temprana de la misma. Algunos estudios realizados

en mujeres que han mantenido el embarazo hasta el parto han concluido que puede acelerarse el proceso infeccioso hasta producirse el SIDA o CRS^{52,53}; sin embargo, se ha cuestionado la validez de estos trabajos por su pequeño tamaño, la falta de controles, y la identificación retrospectiva de la infección en las mujeres. Un dato que llama la atención es que los estudios que examinaron las tasas de fertilidad en mujeres VIH+ y VIH- no encontraron una diferencia significativa⁵⁴, es decir, el conocimiento de su infección no parece motivarlas a evitar futuros embarazos.

VIH y aborto

En los países con leyes liberales sobre el aborto, e incluso en los que el aborto está más restringido, es frecuente ofrecer consejos a las embarazadas VIH+ sobre los riesgos para su futuro hijo y darles la opción de abortar voluntariamente si ese es su deseo. Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento han encontrado que, igual que en el caso de las tasas de fertilidad, no había diferencias significativas en las tasas de aborto voluntario según su estado^{53,55}. En una investigación que se centró en mujeres VDVP en Nueva York y en las que todas sabían su situación de infectadas antes de las 24 semanas de gestación resultó que el 50% de las 28 VIH+ y el 44% de las 36 VIH eligieron abortar. La mujeres positivas que decidieron continuar el embarazo daban como razones el fuerte deseo de tener un hijo, motivos religiosos o presión familiar. Los autores concluyeron que las mujeres que quieren tener un embarazo lo harán a pesar de su estado. Hay que recordar que estos trabajos se llevaron a cabo en grupos de mujeres con alto riesgo de infección, fundamentalmente UDVP y compañeras de hombres UDVP + de manera que los resultados no pueden generalizarse necesariamente a otros grupos de mujeres con infección.

VIH y métodos anticonceptivos

En 1987, la OMS organizó una reunión para debatir las posibles interacciones entre los métodos anticonceptivos y la infección por VIH, prestando especial atención a los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales combinados y los anticonceptivos a base de progesterona

exclusivamente. Ante la escasez de información, recomendaron la realización urgente de investigaciones sobre los efectos de los mismos, al mismo tiempo, señalaron la vigencia de las pautas existentes sobre las prácticas anticonceptivas dependiendo de los riesgos y ventajas de cada método en las circunstancias particulares de cada individuo o de cada pareja⁵⁶.

VIH y prostitución

No está del todo claro el papel que desempeña la prostitución en la diseminación del VIH, por la existencia de otros factores de alto riesgo entre esas poblaciones. Debido a su situación marginal en la sociedad es más preocupante el hecho de que las prostitutas sean una fuente de infección de posibles receptoras del virus. Sin embargo, los estudios citados anteriormente de transmisión hombre-mujer y mujer-hombre sugieren que la probabilidad de que una prostituta sea víctima puede ser mayor que la de que sea agente transmisor del virus. En general, en aquellos lugares donde el consumo de drogas es común entre las prostitutas, la incidencia de la infección por VIH también es elevada, con un mayor predominio de la transmisión sanguínea por el intercambio de jeringuillas.

Se han realizado muchos estudios sobre la prevalencia de infección por VIH en prostitutas, con resultados diferentes. En el África subsahariana, donde predomina la transmisión heterosexual del VIH, las tasas de infección variaban del 1% de 98 prostitutas de Accra (Ghana)⁵⁷, al 88% de 29 prostitutas en Ngoma (Rwanda)⁵⁸. Algunos estudios europeos, donde las relaciones homosexuales y el consumo de drogas por vía intravenosa son las principales formas de transmisión, no encontraron ningún caso de infección entre 50 prostitutas en Londres⁵⁹, 56 en París⁶⁰ y 399 en Nuremberg, Alemania⁶¹, pero hay que señalar que esos estudios se llevaron a cabo a mediados de la década de los años 80 y la situación puede haber cambiado posteriormente. Lo que sí se ha encontrado en otros estudios europeos es una alta prevalencia de infección entre prostitutas que también consumían drogas por vía intravenosa⁶²⁻⁶⁴, aunque un estudio realizado en Atenas (Grecia) en-

contró un 6% de seropositivas entre 200 prostitutas pero ninguna de ellas era UDVP⁶⁵. En España, por otra parte, un estudio realizado entre 1985 y 1989 encontró que el 9,3% de 2.172 prostitutas eran positivas; de las que además también eran UDVP, el porcentaje de seropositividad era del 54,6%, mientras que sólo el 2,4% de las mujeres no UDVP resultaron ser positivas⁶⁶.

En EE.UU. un estudio transversal de 835 prostitutas en siete regiones geográficas distintas encontró que la prevalencia de infección por VIH guardaba relación con el número acumulado de casos de SIDA en las siete regiones investigadas, es decir, los sitios con mayor número de casos de SIDA en mujeres también tenían el mayor porcentaje de prostitutas positivas por VIH⁶⁷. Estos autores también encontraron que el principal factor de riesgo para la infección por VIH en las prostitutas era el consumo de drogas por vía intravenosa. Otro estudio prospectivo, que comenzó en 1985, sobre prostitutas y otras mujeres sexualmente activas de San Francisco, ha encontrado que el factor de riesgo más asociado con seropositividad era los antecedentes de consumo de drogas en la mujer o una relación sexual continuada con un hombre con SIDA, CRS o VIH+; en este estudio resultaron ser positivas el 5% de las 300 prostitutas ensayadas, y el mismo porcentaje de mujeres sexualmente activas⁶⁸.

VIH en las cárceles

Aunque sólo un pequeño porcentaje de los encarcelados son mujeres, son un gru-

po no despreciable que presenta infección por VIH. En España, esta asociación se aprecia claramente en la relación con la drogadicción. En un estudio realizado con 95 mujeres en la cárcel de mujeres de Yserías (Madrid), se encontró una prevalencia del 26% de VIH+, de éstas, sólo dos no eran UDVP y una de ellas era pareja de un toxicómano⁶⁹. Pueden existir problemas específicos por esta situación, como es el caso del acceso al aborto, los preservativos y los controles ginecológicos necesarios y recomendados en la prevención del SIDA.

VIH/ETS y riesgo de cáncer de cuello de útero

Otra circunstancia particular de la mujer con respecto a la infección por VIH es el probable aumento del riesgo para el cáncer intraepitelial de cuello de útero (CIN). Esto ha sido señalado y apuntado en varias ocasiones^{70,71} y se ha demostrado también una alta frecuencia de lesiones de papilomavirus humana (HPV) en mujeres seropositivas⁷². De todo esto se puede deducir que las mujeres con infección por VIH representan un grupo de alto riesgo para el cáncer intraepitelial de cuello de útero. También se supone que hay un incremento de infecciones víricas vaginales como el herpes, pero quizá en España no ha sido contratado por la baja prevalencia de herpes. Parece evidente que la infección por VIH, debido a su efecto inmunodepresor, puede jugar un papel relevante en la estimulación de infecciones víricas que se encuentran en estado latente en el organismo.

Situación social

La distribución desproporcionada entre drogadictos de la infección por VIH y el porcentaje elevado de parejas de toxicómanos en los que se ha producido transmisión heterosexual hace que la situación sociosanitaria de las mujeres VIH/SIDA esté mediatizada por este problema; además, existen diferencias desde el punto de vista social y económico con la población homosexual/bisexual porque aquéllas presentan las mayores deficiencias sociales y sanitarias. También el mero hecho de ser mujer la coloca en una situación de inferioridad respecto al acceso laboral, apoyo psicosocial, ingre-

sos económicos, etc. Esto quiere decir que gran parte de las mujeres con más riesgo de infectarse tienen menos contactos con el sistema sanitario y, por tanto, menos acceso a la información que necesitan para protegerse. A diferencia de los varones homosexuales, las mujeres, en general, no han formado tantos grupos de autoayuda ni organizaciones para exigir sus derechos legales. Un indicador importante de cómo el SIDA se está extendiendo entre la población femenina es precisamente el hecho de que empiezan a surgir tales organizaciones en algunos países de África, Europa y EE.UU.⁷³.

Consecuencias psicosociales de la infección por VIH en la mujer

El diagnóstico de seropositividad provoca una situación de estrés y ansiedad que se traducirá en muchos casos de cuadros patológicos en la esfera psicológica.

Durante el proceso de la enfermedad del SIDA, existen varios momentos en los que la crisis es mayor; entre ellos cabe destacar el momento de la toma de decisión para realizar la prueba en muchos casos acompañada del descubrimiento por parte de la familia y de su compañero sexual de la situación de riesgo en la que está inmersa. Otro es el conocimiento de la positividad y la necesidad de comunicarlo a su entorno familiar⁷⁴.

Sumado a lo anterior, la mujer, cuando conoce su condición de VIH+ también debe afrontar otras situaciones vitales debido a su situación particular. Quizá, la cuestión fundamental sea el problema de la maternidad, pues como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de las mujeres con SIDA e infección por VIH están en la edad de reproducción. Además, muchas de ellas son adolescentes o mujeres jóvenes que aún no han tenido hijos. Al enterarse de su situación tienen que decidir, basándose en estadísticas y probabilidades no muy precisas, si están dispuestas a aceptar no tenerlos nunca. Tal vez conozcan a otras mujeres positivas que han tenido niños no infectados, puede que sus creencias religiosas les prohiban el uso de anticonceptivos o del aborto o, posiblemente, sus compañeros sexuales no estén dispuestos a apoyar su decisión de no tener hijos o de interrumpir el embarazo. En EE.UU. por ejemplo, muchas de las mujeres infectadas provienen de grupos étnicos que valoran a la mujer en función de su fertilidad^{75,76}. Puede que en el caso de los UDVP tener un hijo sea un motivo de esperanza, un hecho que les motiva a cambiar sus hábitos y mejorar su forma de vida. Todas estas razones pueden contribuir a que ciertas mujeres decidan tener un hijo aun sabiendo que están infectadas. Por otro lado, la legislación de muchos países obstaculiza la decisión de las mujeres que han decidido abortar. Por ejemplo, en EE.UU. se ha prohibido el uso de fondos federales y gran parte de los estatales del programa "Medicaid", para financiar servicios de aborto. Ya que este programa paga los servicios médicos de gran parte de las personas en mala si-

tuación económica de ese país, esta prohibición significa que, en algunos estados, las mujeres con pocos recursos entre las que se cuentan la mayoría de las mujeres infectadas por VIH no tienen la libertad de elegir si quieren o no interrumpir su embarazo.

También en el transcurso del proceso de la enfermedad las oscilaciones bienestar/malestar y sus implicaciones de responsabilidad familiar crean una esfera de estrés y ansiedad que se traduce en una depresión y patología psicológica en ocasiones importante; en algunos casos se produce una conducta de aislamiento y modificación de comportamientos que disminuye la capacidad de autosatisfacción⁷⁷. Por último, en la etapa final de la enfermedad, la situación terminal provoca graves crisis psicológicas parecidas a las descritas en otro tipo de enfermedades crónicas mortales.

Situación psicosocial de la mujer como pareja sexual de una persona seropositiva o enferma de SIDA

La mujer que mantiene relaciones sexuales con personas en situaciones de riesgo o seropositivas/enfermas de SIDA se enfrenta con el problema adicional de tener que depender de la voluntad del hombre para usar o no preservativos. Las grandes campañas publicitarias que fomentan el uso del preservativo sugieren que las mujeres tendrían que negarse a mantener relaciones sexuales si el hombre no utiliza preservativos. Mantener esta actitud no es tan fácil; recordemos los casos de malos tratos motivados por las relaciones sexuales entre parejas o el caso de las prostitutas donde el cliente es el que se niega a utilizarlo, dependiendo ella de ese trabajo como medio económico. Aunque supongamos la posibilidad de que el hombre esté de acuerdo con la utilización del preservativo, existe cierto temor a que puedan quitarse o romperse durante el coito. Como toda mujer sabe, los preservativos no son infalibles ante la prevención del embarazo; se puede pensar que también fallarán alguna vez ante la prevención de la transmisión del VIH. Una posible solución a estos problemas puede residir en el desarrollo del preservativo femenino. Ac-

tualmente se fabrican dos tipos, que son evaluados por medio de estudios multicéntricos y de gran envergadura, coordinados por la OMS para poder valorar sus cualidades⁷⁸.

Mujer afectada no infectada

Tradicionalmente las mujeres han sido las "cuidadoras" de la sociedad, de la familia y de los enfermos. La mayoría de los servicios de salud no remunerados han correspondido a las mujeres, a las esposas, hijas, madres, abuelas, hermanas, tías en los casos de maridos, padres, nietos y sobrinos. Asimismo, la mayor parte del voluntariado social, particularmente en los casos relacionados con los problemas de salud, ha sido realizado por mujeres. La respuesta voluntaria no remunerada para atender y acompañar a los pacientes con SIDA, ha sido mayoritariamente correspondida por asociaciones en las que las mujeres constituyen el mayor colectivo; y por último, en asociaciones no gubernamentales de apoyo a los pacientes de SIDA, las mujeres son las que responden con mayor intensidad en este tipo de actividades.

Asimismo, las proporciones de mujeres son elevadas en profesiones sanitarias como por ejemplo: enfermera, asistentes sociales, educadoras, auxiliares sanitarios a domicilio, etc., se ha dicho que el 90% de estos grupos corresponden al colectivo mujer. Este tipo de trabajo está menos remunerado y estas trabajadoras representan casi la totalidad de la responsabilidad en la atención de las unidades de salud de los enfermos del SIDA. Desde el punto de vista psicosocial, toda esta situación configura a la mujer como el colectivo mayoritario del grupo de afectados-no infectados.

El diagnóstico de esta enfermedad significa una situación estresante para todas aquellas personas que mantienen relaciones personales con los pacientes VIH. El miedo al contagio, la controversia social hacia estos grupos y los prejuicios que se han alimentado poco a poco, por el carácter marginal que a veces se ha dado a esta enfermedad, son alteraciones comunes que estarán presentes en todas las relaciones y actividades laborales, familiares o sociales del colectivo de mujeres⁷⁹.

Además, la mujer debe afrontar la situación de ser un miembro familiar, en la crisis psicológica que se produce ante el conocimiento de una enfermedad mortal cuando se trata de un ser querido.

Además, las mujeres deben enfrentarse a los posibles problemas de rechazo en el mismo seno familiar, en los colegios (en el caso de las madres) y entre la vecindad. Por otro lado, tras el conocimiento de la enfermedad de sus familiares, pueden presentarse discriminaciones tales como pérdida de empleo, problemas de vivienda, dificultades o rechazo en la atención médica. Destacamos algunos casos estudiados dentro de estos grupos afectados^{80,81}.

Riesgo laboral

Debido a la diferente distribución sexual de los puestos de trabajo en centros sanitarios, las mujeres se exponen a un mayor riesgo profesional que los hombres. Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid encontró que un 79% de los pinchazos con exposición a VIH correspondían a mujeres⁸². Afortunadamente, los estudios también han demostrado que el riesgo de infección por esta vía es bajo. Varios estudios han señalado la baja tasa de seroconversión en aquellos casos en que se ha demostrado una exposición accidental de sangre contaminada^{83,84,85}. En España, únicamente dos de los casos de infección por VIH pueden atribuirse a exposición laboral⁸².

Ausencia de riesgo por contacto casual

Las mujeres, al igual que los hombres que conviven en sus casas con pacientes que sufren el SIDA, también se ven afectadas por esta enfermedad. Además de la gran carga física y psíquica que conlleva cuidar a una persona con SIDA, como hemos comentado anteriormente, existe el temor entre muchas personas de poder contagiarse por contacto con el enfermo. Afortunadamente, todos los trabajos realizados sobre la posibilidad de transmisión por contacto interpersonal casual, han coincidido en no encontrar ninguna evidencia de este tipo de transmisión. En Estados Unidos, un estudio de 206 contactos domiciliarios (principalmente hijos, padres y hermanos) de 90 casos índice, no

encontró ninguna señal de infección en los primeros, durante una media de 23 meses de convivencia en el domicilio⁸⁶. Es necesario prestar atención a que en estos contactos se compartían el retrete, baño/ ducha, toallas, y utensilios de comer y beber, y que la mayoría de los contactos tuvieron lugar antes de diagnosticarse el SIDA, de forma que no se habían tomado medidas preventivas especiales. En un estudio previo realizado por los mismos autores, en el que se evaluaban 101 contactos domiciliarios, se halló que sólo uno tenía anticuerpos de VIH, y que probablemente era debido a transmisión perinatal⁷.

Políticas de actuación

Las tendencias epidemiológicas que se han descrito al principio de este artículo se traducirán en un número cada vez más alto de casos entre las mujeres y, a través de ellas, en los niños; una situación que repercutirá en todos los niveles de la sociedad. Las medidas que son necesarias tomar para intentar frenar la extensión de la infección son, en muchos aspectos, las mismas para los hombres que para las mujeres; adicionalmente, hay ciertos temas que tienen especial relevancia para la población femenina. A continuación se describen algunas de las medidas más importantes:

- 1) Fomentar el uso de preservativos en las relaciones sexuales en situaciones de riesgo.
- 2) Facilitar equipos de inyección estéril a mujeres UDVP para evitar la infección en ellas y en sus futuros hijos.
- 3) Poner a su disposición medidas preventivas que pueda controlar la mujer.
- 4) Evitar el concepto de "grupos de riesgo", que no sólo estigma a todos los miembros de dichos grupos, sino que también oscurece los riesgos para los demás. Resaltar en las campañas publicitarias que son prácticas individuales de alto riesgo que hacen vulnerable a la persona a la transmisión VIH, y no sólo por ser miembro de un particular grupo social o étnico.
- 5) Incluir en los programas de educación sanitaria información sobre los comporta-

mientos que no conllevan riesgo de transmisión del VIH, con el fin de reducir el temor y la discriminación hacia personas infectadas.

6) Promover actitudes solidarias hacia los colectivos que presentan los estilos de vida relacionados en nuestro medio con la infección VIH.

7) Promover programas de entrenamiento para personas que proporcionan cuidados de salud a pacientes de SIDA, debiendo incluir información, asesoría y técnicas de apoyo para poder sobrellevar los momentos de la agonía y la muerte.

8) Aconsejar revisión ginecológica cada seis meses en todas las mujeres VIH positivas y diagnóstico colposcópico ginecológico en la primera visita.

9) Promover la utilización de métodos adecuados de planificación familiar en estos colectivos (VIH+ y UDVP).

10) Ofrecer consejos nuestros sobre opciones para las mujeres positivas embarazadas y así, facilitar los datos más actuales sobre los posibles riesgos para la mujer y el feto, pero siempre respetando el derecho de cada mujer para tomar la decisión final.

11) Facilitar *screening* voluntario por VIH de mujeres embarazadas.

12) Realizar estudios para conocer mejor la prevalencia de la infección por VIH en las mujeres, ya que el SIDA tarda mucho en manifestarse, y las mujeres, en general, han empezado a infectarse más tarde que los hombres, y no sabemos hasta qué punto se ha extendido la infección por VIH en distintos grupos de mujeres. Son de mucha utilidad para este fin los datos recogidos por medio de muestreos sanguíneos anónimos y desvinculados "unlinked", o bien, en mujeres embarazadas que acuden a centros de atención prenatal³⁵, o bien, en recién nacidos⁸⁸ (aunque la presencia de anticuerpos contra el VIH en recién nacidos no significa necesariamente que éstos están infectados, es un indicador de infección materna). En este tipo de prueba, se utilizan las muestras sanguíneas recogidas para otros tipos de análisis (y hay que evitar los sesgos que podrían introducirse si fuera necesario obtener permiso

individual), se elimina cualquier dato que permitiera la identificación de las personas cuyas muestras se están utilizando, y se realiza la prueba para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH⁴⁴. Estos estudios proporcionan datos importantes en poblaciones que permiten a las autoridades sanitarias destinar recursos a las regiones y personas más afectadas, pero tienen la desventaja de no permitirle

al individuo la identificación de las personas cuyo diagnóstico es positivo. Por estas razones, la OMS recomienda que, siempre que ello sea posible, las personas cuya sangre se utiliza para estudios de prevalencia anónima desvinculada, también tengan la oportunidad de participar en programas que les ofrezcan la prueba de VIH seguida de asesoramiento y apoyo para las que se encuentran infectadas⁴⁴.

Bibliografía

1. Mann JM, Chin J, Piot P, et al. Epidemiología internacional del SIDA. En: Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA. Investigación y Ciencia. Dic 1989.
2. Bernard RP, AIDS-Feedback through 01/1990 (AF 01 90).
3. Mann J. Women, mothers, children and the global AIDS strategy Presentación a la Conferencia Internacional sobre las Implicaciones del SIDA para madres e hijos. WHO Global AIDS factfile. París, 27-30 nov. 1989.
4. Hankins C. 5.a Conferencia Internacional sobre el SIDA. Montreal, 6 junio 1989.
5. Centro colaborador para el SIDA de la OMS, París 1990.
6. Nájera R. Epidemiología. En: SIDA De la biomedicina a la sociedad. Madrid: Eudema, 1990;115-160.
7. Chin J. Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children. Lancet 1990; 2:221-24.
8. Mann J, Chin J, Piot P et al. Epidemiología Internacional del SIDA. Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA. Investigación y Ciencia, dic. 1989.
9. Padian N. The Impact of AIDS on Women. Focus: A Review of AIDS Research, 1986;1(7):12.
10. Koonin LM, Ellerbrock TV, Atrash HK et al. Pregnancy-associated deaths due to AIDS in the United States. JAMA 1989; 261:1306-9.
11. Guinan ME, Hardy A. Epidemiology of AIDS in women in the United States: 1981 through 1986. JAMA 1987; 257:2039-42.
12. Ortiz C, Pérez MT, Colomo C et al. Experiencia ambulatoria en infección VIH en Madrid, III Reunión de Grupos de trabajo sobre SIDA, 8-11 marzo 1989;18. Ponencia.
13. Pacual I, de Juanes JR, Ortiz C et al. Estudio epidemiológico en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) (VHB; VIH y treponence, pallidums) atendidos en consulta externa. Rev Esp. Mirabel Clínica, 1988, 1:20-24.
14. Estébanez P, Zunzunegui MV, Najera R et al. Prostitution and AIDS. Extent of HIV infection among prostitutes in Spain. AIDS 1990 (en vías de publicación).
15. Bruguera M. Hepatitis en drogadictos. Medicina Clínica 1984; 82:21-24
16. Verdaguer A, López-Colomes JL, Camí J et al. Estudio de los procesos patológicos en 176 ingresos de heroinómanos en un hospital general. Medicina Clínica 1984; 82:9-12.
17. Lozano F y Nagoles MC. Infecciones graves en adictos a drogas por vía parenteral. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 1989, 7:71-83.
18. Smith CG y Asch R. Drug abuse and reproduction. Fertility and Sterility 1987, 48:355-370.
19. Bayes R. Drogodependencies i SIDA: Aspectes Psicológicos. En Drogodependencies: Experiences d'intervenció a Catalunya. Dins J, Royo M, et al (EDS). Diputació de Barcelona. 1988:413431.
20. Ho DD, Schooley RT, Rota TR et al. HTLV III in the semen and bold of a healthy homosexual man. Science 1984; 226:451-53.
21. Wofsy CB, Cohen JB, Hauer LB et al. Isolation of AIDS associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus. Lancet 1986, 1:527-529.
22. Vogt MW, Witt DJ, Craven DE et al. Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1987; 106: 380-582.
23. Marmor M, Weiss LR, Lyden M et al. Possible female to female transmission of human immunodeficiency virus. Ann Inter Med 1986, 105:969.
24. Handsfield HH. Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV). N Eng J Med (Letter) 1988; 318:1202.
25. Burke DS, Redfield RR. Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV). N Eng J Med (Letter) 1988, 318:1202-3.
26. Leonard G, Mounier M, Benabou L et al. Seroepidemiological study of sexually transmitted pathogenic agents (HIV 1, HIV 2, T. Pallidum, C. Trachomatis) in

- Ivory Coast. Cuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Stockholm, junio 1988, póster 5014, p. 318.
27. Quinn TC, Glasser D, Connor RO et al. Human immunodeficiency virus infection among patients attending clinics for sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 1988; 318:197-202.
 28. Kreiss JK, Koech D, Plummer FA et al. AIDS virus infection in Nairobi prostitutes. Spread of the epidemic to East Africa. *N Engl J Med* 1986; 314:414-418.
 29. Padian N, Marquis L, Francis D et al. Male to female. Transmission of Human Immunodeficiency virus. *JAMA* 1987; 258:788-790.
 30. Grupo de Estudio Europeo. Factores de riesgo para la transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *BMJ, Edición Española* 1989; 4:56-62.
 31. Smith GL, Smith KF. Lack of HIV and use of condoms in licensed prostitutes. *Lancet (Letter)* 1987; 2:1392.
 32. Ngugi EN, Simonsen JN, Bosiere M et al. Prevention of transmission of human immunodeficiency virus in Africa: effectiveness of condom promotion and health education among prostitutes. *Lancet* 1988; 8616:887-90.
 33. Lepage P, Van de Perre P, Carael M et al. Postnatal transmission of HIV from mother to child. *Lancet* 1987- 2:400.
 34. Colebunders R, Kapita B, Nekwei W et al. Breastfeeding and transmission of HIV. *Lancet* 1988, 2:147.
 35. Programa Global sobre el SIDA, Informe de la OMS. Acción en SIDA 1990, 9.
 36. Bradbeer CS. Mothers with HIV: Risks to baby need to be balanced against benefits of breast feeding. *BMJ* 1989; 299: 806-7.
 37. Mok J. Children born to women with HIV infection. *The AIDS letter. Royal Society of Medicine* 1988, 7:1-2.
 38. World Health Organization. Statement from the consultation on breast-feeding/breast milk and human immunodeficiency virus (HIV). WHO/SPA/INF/87.8. Ginebra, 23-25 junio 1987.
 39. Selwyn PA, Carter RJ, Schoenbaum EE et al. Knowledge of HIV antibody status and decision to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users. *JAMA* 1989; 261:3567-71.
 40. Kizer Bell N. AIDS and Women: Remaining Ethical Issues. The Guildford Press. Aids Education and Prevention 1989; 1:22-30.
 41. Peckham CS et al. Mother to child transmission of HIV infection. The European Collaborative Study. *Lancet* 1988; 2:1039-43.
 42. Blance, Rouzioux. A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 1989; 320:1643-1648.
 43. Scott BG, Hutto C, Makch WW et al. Survival in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 1989, 321:1791-1796.
 44. Italian Multicenter Study. Epidemiology, clinical features and prognostic factors of pediatric HIV infection. *Lancet* 1988; 2:1043-1046.
 45. Falloon J, Eddy J, Wiener L et al. HIV infections in children. *Pediatrics* 1989, 114:1-30.
 46. Ochs HD. Intravenous immunoglobulin in the treatment and prevention of acute infections in pediatric acquired immunodeficiency syndrome patients. *Pediatr Infect Dis J* 1987; 6:509-11.
 47. Creagh-Kirk T, Doi P, Andrews E et al. Supervivencia de los pacientes con SIDA tratados con Zidovudina. *JAMA* 1988; 260:3009-3015.
 48. Lischner HW, Raphael SA, Schor DP et al. Intravenous infusion of zidovudine in children with HIV infection. *N Engl J Med* 1989, 320(12):805-806.
 49. Blanche S, Caniglia G, Fischer A et al. Zidovudine therapy in children with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Me* 1988; 85:203-207.
 50. Selwyn PA, Schoenbaum EE, Davenny K et al. Prospective study of human immunodeficiency virus infection and pregnancy outcomes in intravenous drug users. *JAMA* 1989 261:1289-1294.
 51. Jhonstone FD, Maccallum L, Brettle R et al. *BMJ* 1988; 296-467.
 52. Minkoff HL, Nanda D, Menez R et al. Followup of mothers of children with AIDS. *Obstet Gynecol* 1987; 87:288-291.
 53. Schoenbaum EE, Selwyn PA, Feingold AR et al. The effect of pregnancy on progression of HIV related disease (abstract THP 140). Abstracts of the III International Conference on Acquired Immunodeficiency Syndrome. Washington, DC, US Dept of Health and Human Services and the World Health Organization. 1987.
 54. Selwyn PA, Schoenbaum EE, Davenny K et al. Prospective study of human immunodeficiency virus infection and pregnancy outcomes in intravenous drug users. *JAMA* 1989; 261:1289-1294.
 55. Jhonstone FD, Brettle RP, MacCallum L et al. Women's knowledge of their HIV antibody state: its effect on their decision whether to continue the pregnancy. *BMJ* 1990; 300:23-24.
 56. Organización Mundial de la Salud, Métodos anticonceptivos y virus de la inmunodeficiencia humana (Declaración Conjunta del Programa Especial sobre

- SIDA y el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana). WHO/SPA/INF/87.9.
57. Neequaye AR, Neequaye J, Mingle JA et al. Preponderance of female with AIDS in Ghana (Letter). *Lancet* 1986; 2:978.
 58. Van de Perre P, Clumeck N, Carael M et al. Female prostitutes: a risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III. *Lancet* 1985; 2:524-527.
 59. Barton SE, Underhill GS, Gilchrist C et al. HTLV-III antibody in prostitutes (Letter). *Lancet* 1985; 2:1424.
 60. Brenky-Faudeus D, Fribourg-Blanc A. HTLV III antibody in prostitutes (Letter). *Lancet* 1985; 2:1424.
 61. Smith GL, Smith KF. Lack of HIV infection and condom use in licensed prostitutes (Letter). *Lancet* 1986; 2:1392.
 62. Tirrelliu U, Vaccher E, Carbone A, et al. HTLV-III antibody in prostitutes (Letter). *Lancet* 1985; 2:1424.
 63. Luthy R, Ledergerber B, Tauber M et al. Prevalence of HIB antibodies among prostitutes in Zurich, Switzerland. *Klinische Wochenschrift* (ref. incompleta porque no se había publicado cuando se citó en *JAMA* Vol. 257, n.º 15).
 64. Schultz S, Miller JA, Kristal AR, et al. Female to male transmission of HTLV-III (Letter). *JAMA* 1986; 255:1703-1704.
 65. Papaevangelou G, Roumeliotou-Karayannis A, Kallinicos G, et al. LAV/HTLV-III infection in female prostitutes (Letter). *Lancet* 1985; 2:1018.
 66. Estébanez P, Zunzunegui MV, Nájera R, Colomo C. Prostitution and AIDS. Extent of HIV infection among prostitutes in Spain. *ATDS 1990* (en vías de publicación).
 67. Cohen JB, Wofsy C, Gill P et al. Antibody to human immunodeficiency virus in female prostitutes. Leads from the MMWR. *JAMA* 1987; 257:2011-2013.
 68. Wofsy CB. Women and the acquired immunodeficiency syndrome: An interview. *Western J Med* 1988; 149:687-690.
 69. Estébanez P, Colomo C, Zunzunegui V et al. SIDA y cárceles: seroprevalencia de infección y factores de riesgo en cárceles de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 1990; 4:100-105.
 70. Bradbeer C. Is infection with HIV a risk factor for cervical intraepithelial neoplasia? (Letter). *Lancet*, 1987; 28:1277-1278.
 71. Spurrett B, Shelley Jones D and Stewart G. Cervical dysplasia and HIV infection (Letter). *Lancet* 1988; 1:238-239.
 72. Byrne M, Taylor-Robinson D and Harris JRW. Cervical dysplasia and HIV infection (Letter). *Lancet*, 1988; 1:238-239.
 73. Acción en SIDA, octubre 1990; 9:8.
 74. Wolcott DL, Fawzy IF, Pasnau RO. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and consultative-psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 1985; 7:280-293.
 75. Worth D, Rodríguez R. Latina women and AIDS. *SIECUS Report* (Jan.-Feb.) 1987, 5-7.
 76. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) among Black and Hispanics. *MMWR* 1986; 35:655-666.
 77. Bayés R, Arranz P. Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *JANO* 1988; 34(812):33-42.
 78. Femschild. Un nuevo anticonceptivo de barrera para la mujer. *Boletín Médico de IPPF* 1988, 22(3):4.
 79. Carballo M. Social, cultural and political aspects overview. *AIDS* 1989; 3:S221-S223.
 80. Somerville MA, Orkin AJ. Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues. *AIDS* 1989, 3 (supl 1): S283-S287.
 81. Lawrence O y Gostin JD. The AIDS litigation project, a national review of court and human rights commission decisions. Part II: discrimination. *JAMA* 1990, 262 (15):2086-2091.
 82. Vigilancia Epidemiológica del SIDA/HIV. Comunidad de Madrid, Informe Nº 5, abril de 1990.
 83. Centers for Disease Control. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B to health-care and public safety workers. *MMWR* 1989; 38:5-6.
 84. Marcus R, Kay K, Mann JM. Transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in health-care settings worldwide. *Bull WHO* 1989, 67(5):577-589.
 85. MacEvoy M, Porter K, Mortimer P et al. Prospective study of clinical, laboratory and ancillary staff with accidental exposure to blood fluids from patients infected with HIV. *Br Med J* 1987;
 86. Friedland G, Kahl P, Saltzman B et al. Additional evidence for lack of transmission of HIV infection by close interpersonal (casual) contact. *AIDS* 1990, 4:639-44.
 87. Friedland GH, Saltzman BR, Roberts MF et al. Lack of transmission of HTLV-III/LAV infection to household contacts of patients with AIDS or AIDS-related complex with oral candidiasis. *N Engl J Med* 1986; 314:344-349.
 88. Peckhan CS, Tøder RS, Briggs M et al. Prevalence of maternal HIV infection based on unlinked anonymous testing of newborn babies. *Lancet* 1990; 1: 516-519.

Recomendaciones para el Manejo de Mujeres con Infección VIH

CARMEN D. ZORRILLA, MD, FACOG*; JOSEFINA ROMAGUERA, MD, FACOG*;
CLEMENTE DÍAZ, MD**

RESUMEN. Luego de dos décadas el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha llegado a los confines del mundo. En Puerto Rico, la epidemia tiene unas características diferentes a los Estados Unidos. La mayor parte de los casos en P.R. se asoció al uso de drogas inyectables y subsecuentemente la transmisión heterosexual aumentó hasta ser la causa principal de SIDA en las mujeres. El SIDA, es a su vez la causa principal de muerte en mujeres jóvenes en la isla. La consejería a las mujeres debe por lo tanto incluir la Universalidad del riesgo. Los estudios de

seroprevalencia prenatal demuestran una alta tasa (1%) en la Región Metropolitana de Salud. En vista de la alta proporción de seroprevalencia prenatal recomendamos pre-consejería y acceso a la prueba de anticuerpos de VIH universalmente en el cuidado prenatal. La evaluación ginecológica es un componente esencial en el seguimiento de mujeres con infección por VIH y debe incluir detección temprana de las lesiones premalignas en el cuello de la matriz (displasia) pues éstas ocurren en mayor frecuencia en mujeres con inmunidad deprimida.

Este manuscrito está dirigido a los Profesionales de la Salud que tienen en sus manos la salud de las mujeres y niños en Puerto Rico, en particular las mujeres con infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Incluimos en este manual las últimas estadísticas reportadas al Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) en Atlanta. Es importante conocer las estadísticas disponibles pues así, nos daremos cuenta de el problema del SIDA en Puerto Rico y su impacto en todas las esferas de nuestra sociedad. Incluimos además, datos obtenidos de investigaciones científicas llevadas a cabo en Puerto Rico, por diversos grupos y algunas recomendaciones que se desprenden de sus hallazgos.

Esperamos que la lectura de este documento les motive a mejorar los servicios y el cuidado que debemos ofrecer a estos pacientes. Esperamos también que podamos tratar más empáticamente a estos pacientes respetando su dignidad de seres humanos y sabiendo que ante una enfermedad no hay víctimas ni victimarios, no hay culpables ni inocentes.

SIDA en Puerto Rico. Los primeros casos de SIDA en Estados Unidos fueron reportados por el CDC en junio 5 de 1981 (1). Inicialmente la epidemia afectó mayormente a hombres homosexuales y bisexuales; este grupo constituye el 97 por ciento de los casos en el año 1981. En años recientes la epidemia se ha expandido hacia las mujeres

y los niños y al presente, éstos (mujeres y niños) son los grupos de mayor crecimiento en los casos de SIDA reportados en los Estados Unidos.

En Puerto Rico la epidemia del SIDA tuvo unas características diferentes desde sus comienzos. El primer caso se documentó para el año 1981. A diferencia de los Estados Unidos, en Puerto Rico, la mayoría de los casos se vio en usuarios de drogas intravenosas (IVDU). Sesenta (60%) por ciento de todos los casos de SIDA reportados en Puerto Rico han sido en usuarios de drogas intravenosas a diferencia de 25 por ciento en Estados Unidos (2)(3).

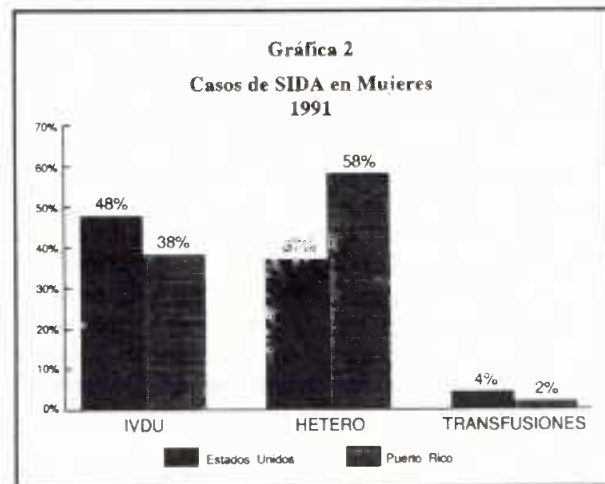
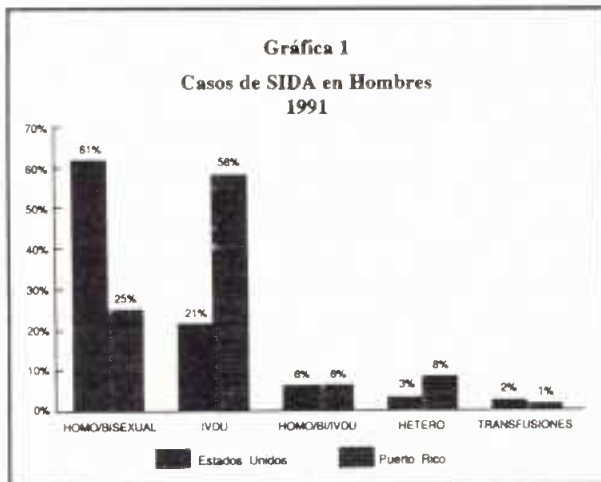
Un grupo adicional (diez por ciento) reporta el uso de drogas intravenosas y conducta homosexual/bisexual como categoría de riesgos en Puerto Rico. En Estados Unidos este grupo es constituido por un 5 por ciento de los casos solamente.

En Estados Unidos 53 por ciento de los casos de SIDA se asocian a comportamiento homosexual/bisexual a diferencia de Puerto Rico en el que este grupo es de 22 por ciento. Aunque la proporción de casos de SIDA en Puerto Rico asociados a conducta homosexual/bisexual es mucho menor que en Estados Unidos, éste es un grupo que requiere atención dirigida y es un componente importante de los casos de SIDA en Puerto Rico. Las gráficas 1 y 2 muestran los casos de SIDA en Puerto Rico y Estados Unidos.

SIDA en Mujeres en Puerto Rico. La mayoría de los casos reportados de SIDA en mujeres en Puerto Rico está relacionado al uso de drogas intravenosas o al contacto sexual con un usuario de drogas. Por las características

* Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico.

** Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico.



que discutimos previamente de la epidemia del SIDA en Puerto Rico, el riesgo para las mujeres y los niños fue mayor desde el principio. La mayoría de los casos reportados inicialmente en Puerto Rico fueron en hombres y mujeres usuarios de drogas intravenosas. Estas poblaciones son mayormente heterosexuales y de ahí la rápida expansión de este virus hacia las mujeres. La gráfica 3 muestra los caso de SIDA reportados en Puerto Rico a lo largo de los años. Hoy en día, la transmisión heterosexual es la causa principal en los casos de SIDA en la mujeres en Puerto Rico.

En el año 1991, el 58 por ciento de los casos de SIDA en mujeres en Puerto Rico fue asociado a transmisión heterosexual a diferencia de Estados Unidos que fue de 37 por ciento.

La conducta bisexual en los jóvenes de Puerto Rico ha sido recientemente demostrada por un estudio llevado a cabo en San Juan (4). Se llevaron a cabo entrevistas en discotecas de heterosexuales y de homosexuales. Un 20 por ciento de los jóvenes que se auto-identificaron como

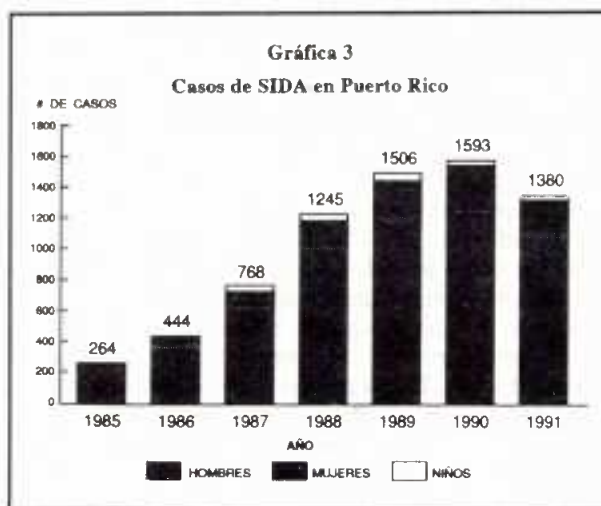
heterosexuales, reportaron haber tenido relaciones sexuales con mujeres en los pasados tres meses a la entrevista. Así mismo, una proporción similar de los jóvenes que se auto-identificaron como homosexuales, tuvieron relaciones sexuales con mujeres en los pasados tres meses a la entrevista. En otras palabras, aún cuando estos jóvenes se perciben como homosexuales o heterosexuales, uno de cada cinco reporta prácticas bisexuales. Describimos este estudio para hacer notar que dadas las barreras sociales y culturales en Puerto Rico, el comportamiento homosexual o bisexual es muy difícil de identificar por los Proveedores de Salud.

Para el año 1991, Puerto Rico se colocó en la segunda posición en las jurisdicciones de Estados Unidos en casos de SIDA en mujeres (Tasa 25.1 por 100,000). También estamos en el segundo lugar en casos de SIDA (Tasa 50.9 por 100,000) y terceros en casos de SIDA Pediátrico (Tasa 30.4 por 100,000). Si Puerto Rico fuese una nación independiente para propósitos estadísticos ocuparíamos el cuarto lugar en casos de SIDA por población en el mundo.

Ya para el 1990 el SIDA se convirtió en la cuarta causa de muerte en Puerto Rico y es la causa principal de muerte en hombres y mujeres entre las edades de 25 a 40 años. El significado de estos datos implican el serio problema del SIDA en Puerto Rico. Implica que como proveedor de salud se está trabajando en una población de alto riesgo y significa que querrámoslo o no estamos trabajando con personas infectadas. El tratar de "esquivar pacientes" es imposible en nuestra isla. El riesgo es mínimo tomando las precauciones universales. Toda la práctica de la medicina debe ser re-evaluada en su perspectiva histórica: antes del SIDA, y después del SIDA.

Estos datos nos deben hacer reconocer que para una sociedad

de escasos recursos la prevención producirá el ahorro más sustancial; pero hay que aceptar que existen ciertas conductas humanas inaceptables para esta sociedad.



Transmisión Heterosexual del SIDA. La transmisión heterosexual del SIDA ha sido extensamente estudiada y hay suficiente evidencia científica para concluir que la transmisión sexual es más eficiente de hombre-a-mujer que de mujer-a-hombre (5). En estudios de seguimiento de parejas discordantes (uno sero-positivo y uno sero-negativo) la transmisión a mujeres es proporcionalmente mayor que hacia hombres. Esta transmisión preferencial, de hombre-a-mujer se ha visto en otras infecciones como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* (6). Esto no quiere decir que los hombres sean inmunes a la transmisión heterosexual. De hecho, el grupo de hombres que asocian su infección a transmisión heterosexual también está en aumento.

Estudios de Seroprevalencia Prenatal y Neonatal en Puerto Rico. Como indicamos previamente existe alta tasa de casos de SIDA en mujeres y niños en Puerto Rico. Si consideramos que por cada caso reportado puede haber hasta diez otros casos infectados el problema se complica. Vamos a hacer una analogía de cómo podemos ver el pasado y el futuro. Cuando miramos las estrellas estamos viendo el pasado si recordamos que esa luz que estamos viendo viajó millones de años hasta llegar a nosotros. Es posible que la estrella que vemos esta noche en realidad no exista ya, pero vemos su pasado. Cuando vemos las estadísticas de los casos reportados de SIDA, estamos viendo el pasado. Estamos viendo las personas que se infectaron hace 5 a 10 años, pues toma tiempo en desarrollarse esa enfermedad. Cuando vemos los datos de las poblaciones infectadas por el VIH estamos viendo el futuro. Estamos viendo los futuros casos de SIDA. Los estudios de seroprevalencia nos muestran precisamente los casos del futuro.

Desde el año 1986 el Departamento de Obstetricia y Ginecología de Escuela de Medicina de Universidad de Puerto Rico estableció un programa del cernimiento prenatal de VIH. Este proyecto fue endosado por el Programa de Madres y Niños de la Región Metropolitana de Salud.

A toda paciente que asiste a las clínicas prenatales de la Región Metropolitana de Salud se le ofrece una orientación (pre-consejería), y luego de consentimiento escrito se ofrece la prueba de cernimiento para VIH (ELISA). Si ésta resulta ser positiva, entonces esta prueba se confirma con la prueba Western Blot (Dupont).

El programa estableció una clínica centralizada para el seguimiento de estas mujeres y sus niños. Esta clínica de seguimiento se hace en conjunto con las clínicas prenatales por otras condiciones, de esta manera se reduce el estigma, se protege la confidencialidad y el anonimato de las pacientes.

Durante los años 1987 y 1988 la seroprevalencia prenatal fue de 1.4 por ciento. En otras palabras uno de cada 71 nacimientos en la Región Metropolitana de San Juan era de una mujer infectada con HIV. Esta

seroprevalencia era muy similar a la reportada por el estado de Nueva York (7). Ellos reportaron seroprevalencia de 0.13 por ciento en mujeres blancas, 1.82 por ciento en negras y 1.31 por ciento en hispanas embarazadas. La seroprevalencia de HIV en clínicas prenatales en Estados Unidos se mantienen constante o en aumento (8),(9). Sin embargo, la seroprevalencia en la Región Metropolitana tiene un patrón descendiente en los últimos años. Para el último año fiscal (1991-92) la seroprevalencia fue 0.9 por ciento. Hay muchos factores que pueden afectar esta tasa, entre ellos: mortalidad, migración, disminución en la fertilidad o sesgo en el muestreo. Todos esos factores son reales excepto el último, pues la población muestreada es constante y proporcional al número de partos de la Región. La disminución en la fertilidad es en nuestra opinión el factor más importante para la reducción de las cifras de seroprevalencia. Esta disminución en fertilidad es voluntaria y está asociada a las medidas de planificación familiar ofrecidas a esta población de mujeres seropositivas en seguimiento.

En el estudio perinatal WITS (Women-Infant Transmission Study) se observó que de las primeras 100 mujeres reclutadas durante el embarazo, sólo dos tuvieron embarazos subsiguientes en los primeros dos años del estudio. ¿Qué tan representativa es esta muestra de mujeres embarazadas de la Región Metropolitana de Salud? Comparemos estos datos con los obtenidos por el programa de cernimiento neonatal anónimo en Puerto Rico. (10). Desde el año 1990 el CDC ha auspiciado un estudio de seroprevalencia de VIH en muestras tomadas de infantes nacidos en Puerto Rico. Estas muestras se toman anónimamente y se han analizado por regiones y tipo de hospital. El reporte inicial de datos obtenidos reflejó una seroprevalencia de 1.45 por ciento para los hospitales públicos de San Juan (Municipal, Carolina y Universitario). Los hospitales públicos de Caguas y Bayamón obtuvieron una seroprevalencia de 0.97 por ciento y los hospitales privados de San Juan y Bayamón reflejaron una seroprevalencia de 0.08 por ciento. Estos datos reflejan la extensión de esta infección en la población de mujeres en edad reproductiva, y por consiguiente cuán alta es la proporción de niños expuestos a este virus durante la gestación.

Es importante para el profesional de la salud entender que la infección por VIH existe en instituciones tanto públicas como privadas. Las precauciones universales son la única garantía para el manejo adecuado de todos los pacientes. Tomar precauciones universales no quieren decir "protegerme de los seropositivos y descuidarme con los demás". Tomar precauciones universales implica ser cuidadoso con instrumentos punzantes, agujas, jeringuillas, y secreciones corporales (sangre, semen, secreciones vaginales y líquido amniótico) de todos nuestros pacientes.

Por la alta tasa de personas infectadas con VIH es esencial para todo profesional de la salud el conocimiento de esta enfermedad. El conocimiento de la historia natural, las manifestaciones y el tratamiento de este virus es materia vital y esencial para todo profesional de la salud que trabaje en Puerto Rico.

Estudio Longitudinal de Mujeres. Desde que el comienzó del cernimiento prenatal, a toda mujer identificada se le ha ofrecido seguimiento ambulatorio. Hasta el año 1992 se han evaluado más de 380 mujeres con infección de VIH.

El perfil de esta población nos ayudará a predecir el perfil de los casos en el futuro y nos ayudará a determinar las estrategias necesarias para atender a esta población. A continuación describiremos un corte de 188 mujeres seropositivas comparándolas con 100 mujeres seronegativas de la misma población. El promedio de la edad de las seropositivas fue de 25.6 años y de 25.4 años las seronegativas. Una proporción mayor de las seronegativas está legalmente casadas (70% vs 28%) lo que indica que el requerir la prueba de VIH para una licencia de matrimonio no identificará a la población a riesgo, pues éstas no se casan legalmente. Una gran proporción de estas mujeres (63%) tienen relaciones estables de unión consensual o matrimonio. La gran mayoría de nuestras pacientes (82%) adquirieron la infección por contacto sexual. Un 65 por ciento reconocieron contacto sexual con un usuario de drogas intravenosas (IVDU) y un 16 por ciento de las mujeres dieron historial presente o pasado de uso de drogas. El contacto heterosexual presenta actualmente el mayor riesgo de contagio de SIDA a las mujeres. Otra cifra que preocupa es ese 17 por ciento que no pudieron identificar comportamiento de riesgo en sus parejas. Ese 17 por ciento de mujeres que no se hubiera identificado de no haberle ofrecido universalmente la prueba de VIH. Es posible que un segmento grande de ese grupo sean parejas de hombres bisexuales. Aunque la mayoría de las mujeres en seguimiento fueron contagiadas heterosexualmente por un usuario de drogas intravenosas, muchas de ellas estaban conscientes del comportamiento de riesgo de sus parejas.

¿Qué factores hacen que estas parejas no practiquen sexo más seguro a sabiendas del riesgo a que se confrontan? ¿Cómo se puede concientizar a una mujer del riesgo de su pareja? Estudios en poblaciones de usuarios de drogas han encontrado que en los participantes con parejas sexuales "casuales" y "permanentes", el uso regular del condón regularmente se veía asociado al sexo con parejas "casuales" (72%), y en menor proporción al sexo con parejas "permanentes" (30%).(11). Los mensajes de protección en las relaciones sexuales deben dirigirse a las personas con relaciones "permanentes" en adición al sexo casual, o en las que no se conoce el sero-status de la pareja, y si hay alguno infectado o se sospecha de conducta de riesgo en alguno de los miembros de la pareja. La

consejería a las mujeres en nuestro país debe dirigirse a capacitar a esta población con conocimiento; el riesgo es universal. Los conocimientos y la educación son la clave para la libertad que en este caso se pueda definir como la libertad del SIDA: el poner barreras para que este virus no siga contagiando a otros.

Manifestaciones de la Enfermedad. El SIDA se descubrió inicialmente en hombres homosexuales en Estados Unidos. Por ser una condición que debilita el sistema inmunológico estas personas comenzaron a padecer de infecciones llamadas "oportunistas" pues anteriormente sólo se asociaban a personas de inmunidad alterada por quimioterapia u otras condiciones.

La lista de condiciones o infecciones oportunistas ha ido creciendo y hoy en día incluye 12 condiciones indicativas en ausencia de la prueba serológica de VIH. También, incluye otras 12 condiciones asociadas a la prueba serológica (12). Hay condiciones en la lista que vemos más frecuentemente asociadas a mujeres como: pulmonía por *Pneumocystis carinii* (PCP), *Herpes simplex* (HSV) e infección por citomegalovirus (CMV). Un grupo ha descrito candidiasis esofageal en mayor proporción en las mujeres en seguimiento (13).

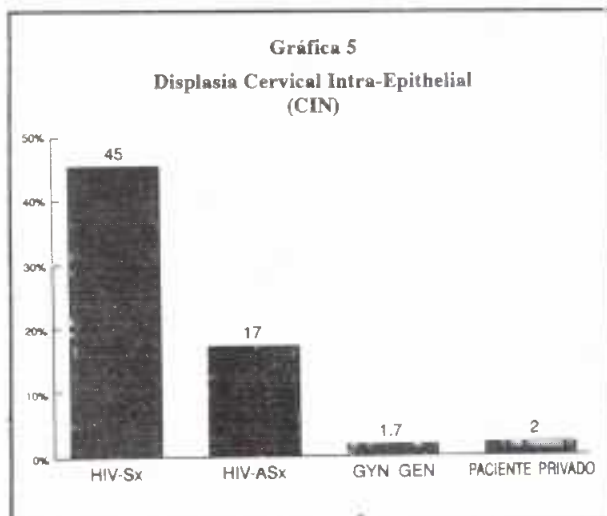
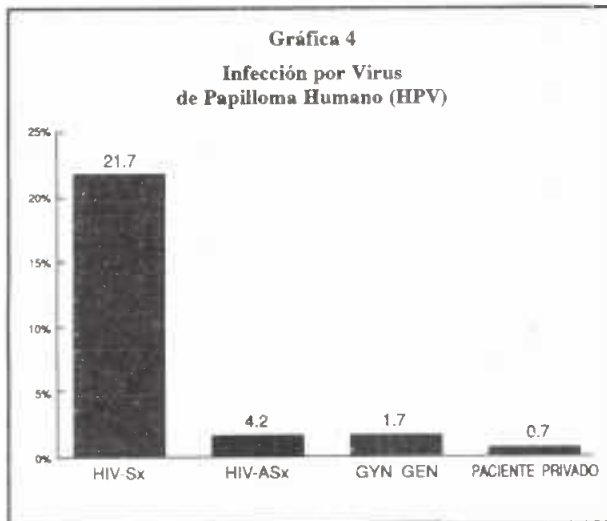
La definición de caso de SIDA ha sido modificada a partir de enero de 1993 para incluir a toda persona con un conteo de linfocitos (CD-4) menor de 200. Incluirá también toda persona con una prueba de anticuerpos positiva (HIV) y condiciones como cáncer invasivo del cuello de la matriz (cervix); tuberculosis pulmonar y pulmonías recidivantes. Se espera que con este cambio en la definición de SIDA, los casos aumenten en un 25 por ciento.

Manifestaciones Ginecológicas. Las mujeres infectadas por VIH tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical a edades más jóvenes (14,15,16). Hicimos una evaluación de la citología cervical (PAP Smear) en cuatro grupo de pacientes:

- A. mujeres seropositivas con síntomas (diarreas, adenopatías, fiebres, vaginitis recurrente) N = 46
- B. mujeres seropositivas sin síntomas N = 47
- C. población de clínicas de ginecología general en el Centro Médico de Puerto Rico N = 119
- D. una muestra de 150 pruebas de Papanicolau (PAP) enviadas a un laboratorio privado de patología.

Las mujeres infectadas con VIH expresaron en mayor proporción (13%) co-infección con el virus de papiloma humano (HPV) que los de la población general (1.7%). La gráfica 4 muestra la proporción de pacientes con evidencia de infecciones por HPV en los diversos grupos. Las mujeres infectadas sintomáticas (Grupo A) expresaron HPV en mayor proporción que las asintomáticas. (Grupo B) (22% vs.1.7%) (16). El virus HPV se ha asociado fuertemente al desarrollo de displasia cervical y cáncer. El contenido de DNA de este virus se ha identi-

ficado hasta en un 90 por ciento de cánceres epiteliales de el cuello de la matriz. Una posible explicación a la expresión más frecuente de este virus en las mujeres con infección HIV es la supresión inmunológica. El cáncer y la displasia cervical se han visto aumentadas también en mujeres sometidas a transplante renal (17). También hemos encontrado mayor proporción de displasia cervical en mujeres seropositivas (25% vs 2%); las mujeres seropositivas con síntomas fueron diagnosticadas con displasia en un 45 por ciento a diferencia de las asintomáticas con 17 por ciento (ver gráfica 5). Debido a la inmunosupresión, es importante evaluar a las mujeres infectadas desde el punto de vista ginecológico. Según aparecen los tratamientos antivirales que prolonguen la vida de estos pacientes, nos encontramos mayor número de mujeres que requieren manejo agresivo de lesiones premalignas y malignas. Además de las displasia, hay reportes de infecciones pélvicas más severas y difíciles de manejar en mujeres seropositivas (18).



Recomendaciones para Manejo. Todo adulto infectado con VIH se debe seguir con pruebas de función inmunológica. La prueba más aceptada para este propósito es el panel y conteo de linfocitos. El conteo de linfocitos mínimo debe incluir el valor relativo u absoluto de linfocitos CD-4, CD-8 y la razón CD-4/CD-8. Si el número absoluto de CD-4 es mayor de 500 y la persona no tiene síntomas o episodios de infecciones oportunistas, se deben seguir con la prueba cada seis meses.

La evaluación ginecológica debe ser por lo menos cada seis meses, hasta tener más de dos pruebas de PAP. La razón de falsos negativos en una prueba de PAP es de 30 por ciento, y se necesita por lo menos otra prueba para asegurarnos de que el resultado negativo es real.

Un conteo de CD-4 de 500 o menor (repetido) es la indicación prevaleciente para comenzar el tratamiento con agente antiretrovirales. El agente más usado es zidovudina, conocido (ZDV) previamente como AZT. Las dosis recomendadas para un adulto son de 500 mg. al día. Cada tableta es de 100 mg. y hay dos maneras de tomarlo: una tableta cada cuatro horas (mientras el paciente esté despierto) o la dosis total dividida en tres (dos, una y dos tabletas cada ocho horas). Se debe evaluar la hemoglobina, el conteo de plaquetas, de glóbulos blancos y las enzimas hepáticas de dos o cuatro semanas post tratamiento. En nuestra experiencia, la de 500 mg. al día es bien tolerada por las mujeres.

Si el conteo de CD-4 baja de 200 células por mm³ se debe comenzar terapia preventiva para la pulmonía PCP. El tratamiento ideal es la sulfa (Bactrim o Septra) en pastillas, tres días a la semana. Estudios clínicos demostraron la efectividad de esta terapia sobre la pentamidina en aerosol. De resultar alérgica la paciente, hay otras opciones como la pentamidina en aerosol o el dapsone. Toda paciente infectada debe tener una evaluación médica completa que incluya evaluaciones para tuberculosis. Como la sulfa es la más efectiva clínicamente hay protocolos de desensibilización para los pacientes alérgicos.

La evaluación ginecológica es crucial para identificar el grupo de pacientes con infecciones vaginales recurrentes (Candida) o salpingitis (PID) y para identificar lesiones tempranas o pre-malignas de cervix.

Manejo Durante el Embarazo. El embarazo es un estado de depresión inmunológico en toda paciente. Hasta ahora no se ha demostrado científicamente que sea perjudicial a la mujer seropositiva, pero presenta problemas y oportunidades únicas para la prevención. El estado de embarazo es el momento ideal para estrategias de intervención que puedan reducir los riesgos de contagio del feto. Los datos de transmisión perinatal de los diversos estudios varían grandemente. El estudio colaborativo europeo reportó una transmisión perinatal de 14 por ciento. Estudios en los Estados Unidos han reportado una transmisión de 15 hasta 60 por ciento, dependiendo de la población. Hay varios factores que han sido asociados a

la transmisión perinatal de HIV: conteo de CD-4 menos de 600; presencia de antígeno p24 en sangre materna, estado avanzado de enfermedad materna y edad gestacional menor de 34 semanas.

Puerto Rico es parte de un estudio colaborativo de transmisión perinatal (WITS). La transmisión para las pacientes estudiadas en Puerto Rico es de 17 por ciento. ¿Qué factores facilitan la transmisión en nuestras pacientes? ¿Cómo podemos predecir el riesgo de transmisión? ¿Acelerará la transmisión perinatal las prácticas de sexo sin protección durante el embarazo? Todas estas preguntas, y otras quisiéramos contestar, pero al presente no es posible.

Hay un registro internacional de nacimientos de gemelos a mujeres seropositivas. Los hallazgos de este estudio son interesantes, aunque hay muchas variables que ellos no consideraron. De un total de 121 pares de gemelos, en un tercio de ellos ambos infantes estaban infectados. En otro tercio los infantes eran discordantes (uno positivo y uno negativo). Una proporción mayor, 26 por ciento de los infantes infectados nacieron en primer lugar. Además, una proporción mayor de los infantes infectados nacieron por vía vaginal. Como no hay información sobre el número de horas de rotura de membranas, el uso de monitoreo fetal electrónico interno y otras manipulaciones, no podemos concluir que el parto vaginal aumenta el riesgo de transmisión. El hecho de que haya gemelos discordantes y que el primer infante tenga mayor riesgo de contagio, nos hace pensar en formas de transmisión no sólo sanguíneas a través de la placenta sino también transvaginales.

Por el momento no hay recomendaciones específicas para el manejo del parto excepto el uso de monitoreo fetal electrónico externo a menos de que haya indicaciones obstétricas para el monitoreo interno (sospecha de hipoxia fetal o pobre trazado). El manejo obstétrico debe ser el indicado para pacientes de alto riesgo. No es necesario aislar la paciente de parto en un cuarto separado. Enfatizamos en este momento que las precauciones universales se deben utilizar con todas las pacientes. Por esas razones es crucial el estudiar la población de embarazadas seropositivas en Puerto Rico y el tener acceso a estudios que traten de interceptar la transmisión por medio de agentes antivirales (ZDV) o vacunas. De poder probarse efectivo algún agente antiviral esto implicará la primera cura. El no infectarse es curarse para un feto.

El manejo y evaluación de una embarazada seropositiva debe ser muy similar a la no embarazada mientras el conteo de CD-4 permanezca mayor de 500.

En los Estados Unidos hay consenso en cuanto al beneficio de tratar con zidovudina (ZDV) a toda mujer embarazada seropositiva con un conteo de CD-4 menos de 200. A este grupo de pacientes se le debe ofrecer la alternativa de este agente antiviral después de las 12 semanas de gestación (19). El grupo de pacientes con

contajes entre 200 y 500 CD-4 es controversial. Nosotros favorecemos la opción de antivirales si se identifica la paciente antes de las 26 semanas. Si la identificamos luego de las 26 semanas es preferible esperar al post-parto para comenzar tratamiento antiviral. De probarse la efectividad de los agentes antivirales en reducir la transmisión perinatal, entonces la recomendación aplicará a toda paciente embarazada seropositiva por el beneficio al feto.

Resumen y Recomendaciones

Puerto Rico ha sido impactado grandemente por la infección de HIV. La epidemia en nuestra isla presenta problemas e implicaciones al sistema de salud en Puerto Rico. Recomendamos el ofrecimiento universal de la prueba de HIV a la población prenatal y en las clínicas de planificación familiar. Los beneficios incluyen opciones de tratamiento temprano, con agentes antivirales a madres y niños. Otro beneficio adicional es el poder tener opciones en el embarazo (continuación o interrupción) y de planificación familiar (temporal o permanente). La opción de terapia antiviral para interrumpir la transmisión perinatal (ahora como estudio) se hará más evidente en el futuro. La terapia profiláctica en los infantes puede reducir la morbilidad y mortalidad temprana en los niños menores de un año. Esto sólo se logra identificando la madre embarazada o el infante al nacer.

Por otra parte, el manejo ginecológico debe ser un componente obligatorio del cuidado de toda mujer seropositiva. Recomendamos extender el ofrecimiento de la pre-consejería y prueba de HIV a pacientes evaluadas en clínicas de anaplasia, displasia o ginecología oncológica. Puede que la seroprevalencia sea mayor en estas clínicas que en las prenatales.

El aceptar la universalidad del riesgo implica un cambio en los mensajes de prevención. El contagio de este virus se evita modificando el comportamiento humano; son nuestras acciones las que nos ponen en riesgo. Para cambiar comportamientos como la sexualidad o el uso y abuso de sustancias controladas se necesita una mejor educación. Nuestros niños deben ser "indoctrinados" en lo que es salud, aprender a defenderse del abuso físico o sexual y saber protegerse contra las enfermedades. Nuestra sociedad acepta y permite la comercialización de la sexualidad en el cine, anuncios en los medios de comunicación y la propaganda. Permite exposición de la sexualidad para fines comerciales, pero no permite la exposición y discusión de temas como: planificación familiar, sexo más seguro, responsabilidad paterna o materna y otros. Estos últimos aspectos son los que harán la diferencia en términos de reducción de comportamiento de riesgo en nuestros jóvenes y adultos. Por estas razones, el reto es difícil pues implica traer información sobre salud y sexualidad responsablemente. Ese es uno de los retos que el SIDA trae a nuestro mundo y a nuestra sociedad.

El otro gran reto es el de la revisión de todo el sistema de salud. El SIDA ha puesto en evidencia la desigualdad de acceso a medios de salud en nuestra sociedad. De no aceptar el reto no garantizamos la sobrevivencia intacta de nuestra sociedad. Si aceptamos esos retos, nuestro mundo sobrevivirá y probablemente las futuras generaciones heredarán un mundo más justo.

Entendemos que el cáncer del cuello de la matriz es prevenible, los abscesos pélvicos por salpingitis pueden prevenirse con terapia anti-microbiana temprana y las vaginitis recurrentes pueden atemperarse con terapia sistémica. En otras palabras, la calidad de vida de las mujeres infectadas con VIH puede mejorarse con diversas terapias. Los mensajes de reducción de riesgo deben dirigirse a las parejas en relaciones estables y en particular a las mujeres que están ajenas de la conducta de riesgo de sus parejas.

Abstract

During the second decade of AIDS the spread of this disease has encompassed most areas of the world. In Puerto Rico the epidemic has been different than in the mainland USA. Our initial cases were mostly associated to intravenous drug use and subsequently heterosexual transmission. Sexual transmission of HIV is the principal cause of AIDS for women in Puerto Rico. AIDS is also the principal cause of death in young women in Puerto Rico (ages 25-40). Therefore the counselling to women has to include the universality of the risk. Data from seroprevalence studies show a high prenatal seroprevalence (1%) in the San Juan Metropolitan Health Region. In view of the high prenatal seroprevalence, universal offering of HIV counselling and testing is recommended. Gynecologic evaluation is essential in the follow-up of women with HIV infection and should include frequent evaluations to determine the frequent occurrence of premalignant lesions in the cervix that may be associated to immunosuppression.

Referencias

1. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles: Center for Disease Control (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Review (MMWR). 1991; 30:250-252.

2. HIV/AIDS Surveillance. Year-end edition Jan 1982 US Department of Health and Human Services Public Health Service. Centers for Diseases Control (CDC).
3. AIDS Surveillance Report, Puerto Rico Oct., 1992. Central Office of AIDS Affairs, P.R. Health Department.
4. Crandon J. A study concerning HIV related knowledge attitudes and behaviours in a sample of Puerto Rican men and its relevance to AIDS education, prevention and outreach in San Juan, Puerto Rico. Abstract No. POD 5830. VII International Conference on AIDS, Amsterdam, The Netherlands, July 1992.
5. Alexander NJ, Gabelnick HL, Spieler JM. Heterosexual transmission of AIDS: Proceeding of the Second Contraceptive Research and Development (CONRAD) Program International Workshop, Norfolk, Virginia, February 1-3 1989.
6. Handsfield HH. Gonorrhea and uncomplicated gonococcal infection. In Holmkek, Mardh PA, Sparling PF, Wresner PJ (eds): Sexually transmitted diseases, New York: McGraw-Hill 1984, 205-220.
7. Noviek LF, Berns D, Stricof R, Stern R, Pass K, Wethers J. HIV seroprevalence in newborns in New York State. JAMA 1989; 261:1745-50.
8. National HIV Surveillance Summary Results through 1990 Vol 2 US Department of Health and Human Services Public Health Service, Centers for Disease Control.
9. Pregnancy Serosurvey North Carolina Health Department Surveillance Report Oct. 1992.
10. Santiago-Borrero PJ, Rullan J, Gorriñ M. HIV seroprevalence in newborns from San Juan and nearby towns PR Health Sci J 1990; 9: 272.
11. Condom use among male injecting drug users, New York City 1987-1990. MMWR Aug. 28, 1992 / Vol. 41/No. 34.
12. Centers for Disease Control. Revision of the CDC surveillance case definition for AIDS. MMWR 1987; 36 (1S); 4S 5S.
13. Carpenter C, Mayer K, Stein M et. al. Human immunodeficiency virus infection in north american women; experience with 200 cases and a review of the literature. Medicine 1991; 70:307-325.
14. Feingold A, Vermund S, Burk R, Kelley K, et. al. Cervical cytologic abnormalities and papilloma virus in women infected with HIV. J Acquired Imm Def Syn 1990; 3:896-903
15. Maiman M, Tarracone N, Viera J, Suarez J, Serur E, Boyce J. Colposcopic evaluation of human immunodeficiency virus in seropositive women. Obstet Gynecol 1991; 78:84-88.
16. Zorrilla C, Romaguera J, Corrada R, Diaz C, Diaz R, Zweig M. Increased incidence of cervical smears of HIV seropositive women in Puerto Rico. VII International Conference on AIDS.
17. Halpert R, Frucchter R, Sedlis A, Butt K, Boyce J, and Sullman F. Human papilloma virus and lower genital neoplasia in renal transplant patients. Obstet Gynecol 1986; 68:251-258.
18. Hoegsberg B, Abulafia O, Sedlis A, Feldman J, Jalais D des. Landesman S, Minkoff H. Sexually transmitted diseases and HIV infection among women with pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 1990; 163;4;1; 1135-1139.
19. The American College of Obstetrics Gynecology (ACOG). Human Immunodeficiency Virus in Women. Technical Bulletin Number 69, June 1992.

Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Preguntas y respuestas para los 90

F OMEÑACA TERES

Miembro del «European Collaborative Study». Servicio Neonatología. Hospital «12 de Octubre».

Pocos podían imaginar hace tan sólo diez años, que una enfermedad que empezó relacionada con homosexuales, hemofílicos y haitianos, desembocaría al correr del tiempo y a nivel mundial en uno de los problemas más graves de salud pública.

En una época de auténtica euforia médica sustentada sobre todo en los adelantos tecnológicos, el excepticismo con que muchos (ignorantes y sabios) observaron y aún observan esta epidemia, contrasta con la cruda realidad y su enorme importancia. Ocurre como en las grandes catástrofes, donde mientras se está inmerso en ella se es incapaz de apreciar lo que en realidad ocurre, sólo cuando todo ha pasado se pueden evaluar los verdaderos resultados. Uno tiene la impresión de encontrarse todavía en el epicentro del problema.

Descartada casi en su totalidad la posibilidad de adquirir esta infección por transfusiones o hemoderivados y dejando a un lado los raros casos de abusos sexuales o drogadicción en adolescentes, el mecanismo de transmisión de esta infección en la infancia se centra fundamentalmente en la transmisión madre-niño, transmisión vertical o perinatal. Todo lo relacionado con este tema, constituye hoy en día un punto especial de interés.

En los últimos años hemos empezado a conocer en profundidad la historia natural de la infección por VIH en la edad pediátrica (1, 2), y se han desarrollado métodos diagnósticos cada vez más precisos y precoces. Algunos, como la producción «in vitro» de anticuerpos específicos, la IgA específica, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y el cultivo de virus han mostrado una gran sensibilidad y especificidad. También se han empezado a obtener resultados esperanzadores con el tratamiento antiviral, Azidotimidina y ddi. La literatura se ha visto anegada de datos epidemiológicos, variantes clínicas, infecciones por oportunistas, anécdotas por doquier. Más de 30.000 artículos se han publicado en estos años (3).

En el año 1984, cuando empezamos a trabajar y plantearnos preguntas sobre esta infección, dos de ellas nos pa-

recieron básicas y han constituido durante este tiempo un especial motivo de dedicación y preocupación. ¿Qué probabilidades de infectarse tiene el hijo de una madre VIH positiva? o dicho de otra manera, ¿cuál es la tasa de transmisión perinatal? y de otra parte, ¿qué factores influyen en esta transmisión? ¿por qué unos niños se infectan y otros no? La primera cuestión era básica para muchas parejas y la segunda es crucial para poder tomar cualquier medida preventiva.

En relación con las tasas de transmisión, las primeras cifras aportadas superaban con mucho el 50 % (4-6), y fueron las que inicialmente tuvimos que manejar. Las cifras más aceptadas en USA han sido 40-50 % (7) y más recientemente el 30 % (8). En 1988 se publica el estudio colaborativo italiano que con datos de su registro aporta el 33 % de tasa de transmisión (9), y un año después el francés con el 27 % (10). En Africa, se han dado cifras del 33 % en Rwanda (11), y el 39 % en Zaire y Zambia (12, 13). En 1991 el European Collaborative Study (ECS), del que nuestro programa de seguimiento forma parte y que engloba a 12 centros de siete países europeos, con más de 600 niños seguidos desde el nacimiento, encuentra una tasa de transmisión perinatal del 12,9 % (1). En nuestra cohorte de seguimiento desde 1985, y que en la actualidad incluye a más de 230 niños la tasa encontrada fue del 14,7 % (14).

¿Qué razones pueden explicar estas diferencias? Algunas podrían ser metodológicas. Los trabajos iniciales fueron retrospectivos. Partiendo de niños infectados y con muy pocos casos se intentaba obtener una tasa de transmisión que resultaba sobrevalorada y errónea. El método, que por otro lado fue el más habitual durante mucho tiempo, tiene una importante fuente de error. Los niños que vayan añadiéndose al estudio estarán en su mayoría infectados. Los que hayan pasado desapercibidos en el período neonatal y se hagan seronegativos, al ser niños sin problemas especiales no tienen por qué volver al hospital y por consiguiente ser detectados, nunca sabremos de ellos. Por otro lado, de los niños ya incorporados al seguimiento, lógicamente se perderán con más facilidad los sanos y continuarán los infectados, los cuales, en uno u otro momento acabarán por ir al hospital. A efectos prácticos resulta difícil en una unidad de seguimiento no incluir a los niños tal y como se van incorporando, tengan la edad que tengan, a no ser

Correspondencia:

F Omeñaca Teres
Servicio de Neonatología
Hospital «12 de Octubre»
28041 Madrid

que el trabajo se plantee como prospectivo y con objetivos concretos.

El programa de seguimiento de recién nacidos (RN) hijos de madres VIH positivas empezó en la Policlínica de Neonatología del Hospital Infantil La Paz en el año 1985. Sólo se admitieron RN de la propia Maternidad, conociendo la seropositividad de la madre antes o en el momento del parto y comenzando en todos desde el nacimiento.

Los criterios seguidos para el diagnóstico de la infección y los diversos métodos disponibles influyen también en las cifras que se obtengan. Si se dispone de pruebas que permitan un diagnóstico muy precoz, las cifras dadas en un determinado momento se van a ver modificadas. Los criterios de infección, como son el presentar manifestaciones clínicas de SIDA, detectar el antígeno P24 en más de una ocasión o mantener los anticuerpos más allá de los 18 meses, pueden verse modificados si se dispone de métodos más sofisticados como la producción «in vitro» de anticuerpos específicos, la reacción en cadena de la polimerasa o PCR o el cultivo de virus. Lógicamente, se modificará la cifra de niños infectados y por ende en un determinado corte la tasa de transmisión. El tema se complica más si como ha ocurrido en el ECS, en seis niños se aisló el virus en alguna ocasión, luego se hicieron seronegativos y permanecen asintomáticos. No está claro lo que estos significa ni menos si hay que incluirlos o no entre los infectados. Los niños que se han hecho seronegativos y permanecen clínica e inmunológicamente asintomáticos, los consideramos libres de infección, no sin algunas reservas y de momento su seguimiento debe prolongarse hasta los 5 años.

Otro dato que puede modificar enormemente los resultados es la tasa de mortalidad, tanto neonatal como en el primer año de vida. Este punto es de particular importancia en los estudios africanos, donde la mortalidad es muy alta, independientemente de la infección por el VIH. Queda por dilucidar si parte de la mayor mortalidad en los hijos de madres VIH positivas comparados con los de madres VIH negativas, es debida o no a la infección por el VIH.

Las diferencias étnicas, con la posibilidad de que la infección sea más fácil en la raza negra, tampoco puede descartarse. Sería algo similar a lo que ocurre con la transmisión del virus de la hepatitis B (VHB), que en la zona subsahariana y en el sudeste asiático la tasa de transmisión es mucho más alta debido a la alta prevalencia en aquellos lares del antígeno «e» en las madres portadoras del HBsAg (15).

La posibilidad de que sean virus distintos tampoco puede totalmente rechazarse, dando que en la mayoría de los estudios no se emplean cultivos virales.

Algunas cosas parecen claras en la actualidad. Las tasas de transmisión encontradas en los estudios retrospectivos, no son admitidas como correctas. Las cifras descienden cuando los estudios son de cohorte y desde el nacimiento. En los estudios prospectivos se encuentran cifras del 10-20 % e influye mucho la metodología que se emplee. La verdadera tasa es la que tiene en cuenta el número de niños infectados y el número total de niños que inician el seguimiento, pero como hemos visto, esta cifra

se ve invariablemente modificada a lo largo del tiempo. Las diferencias entre Europa y Africa quedan por explicar.

Quizás, aceptando una metodología similar, las diferencias puedan explicarse si logramos conocer el papel que juegan los diferentes factores que se presume pueden influir en la transmisión.

Respecto a la segunda pregunta, empezaremos diciendo que cuando conozcamos mejor los factores que influyen en la transmisión, podremos explicarnos mejor las diferencias ya señaladas. Por poner sólo un ejemplo de lo que esto puede significar, baste recordar que en la infección por el virus de la rubeola si la infección es en el primer mes de la gestación, las posibilidades de infección del feto son del 50 % y si es en el tercero del 10 % (16). También y refiriéndonos de nuevo al VHB con el que el VIH tiene muchas similitudes, sabemos que solamente un 5-10 % de los niños que se infectan por transmisión vertical, llegan ya infectados al momento del nacimiento y el resto se infecta en el momento del parto (15).

No se ha encontrado relación con la paridad. En algunos trabajos en Zambia (13), y Congo (17), se ha relacionado con madres más jóvenes.

En diversos estudios europeos se ha buscado la posibilidad de que la vía de infección materna fuera un factor que influyese en la transmisión. No se ha encontrado ninguna relación, a excepción de estudio retrospectivo italiano, donde la drogadicción podría actuar como factor atenuante (9).

Existen pocas experiencias sobre la influencia en las tasas de transmisión del momento de infección materna. Es decir, si la madre lleva mucho o poco tiempo infectada o lo que sería más interesante si la madre se infecta o reactiva la infección en el primer, segundo o tercer trimestre del embarazo.

Cuanto más tiempo lleva la madre infectada, lógicamente más avanzada estará la enfermedad. Se ha encontrado una relación entre los estadios más avanzados (IV de la clasificación del CDC) y las tasas de transmisión. A mayor grado de severidad materna mayor posibilidad de infección fetal. Este punto no es fácil de demostrar, puesto que en la mayoría de las ocasiones las madres son asintomáticas y resulta casi excepcional que una madre en estadio avanzado de la enfermedad quede embarazada y más aún que lleve a término la gestación. En el ECS (1), y en el francés (10), no se encontraron diferencias. En Africa las encuentra Ryder en Zaire (12), pero no otros (11, 17).

Otro punto importante a considerar, es el momento de la primoinfección materna. No hay datos sobre las posibilidades de infección del feto si la infección materna ocurre en el primer trimestre. En el año 1988 tuvimos ocasión de estudiar un niño prematuro nacido de una madre sana y sin antecedentes que en el segundo mes de vida empezó a mostrar signos sugestivos de infección por el VIH. Reconstruida la anamnesis, resultó que la madre había adquirido la infección por transmisión heterosexual y muy probablemente en el primer trimestre del embarazo. El niño falleció de SIDA a los seis meses de edad, con una septicemia por citomegalovirus y una neumonía por *Pneumocystis Carinii*. La madre falleció también de SIDA a los 18

meses del parto. Para nosotros es la evidencia más clara de que la primoinfección materna en el primer trimestre del embarazo comporta un grave riesgo de infección para el feto y, lo que es peor, la expresividad clínica puede ser rápida y letal tanto para la madre como en el niño.

En algunas observaciones africanas, la seroconversión materna en el segundo o tercer trimestre no incrementaron las tasas de transmisión (12). En Rwanda 4 de 5 niños cuyas madres hicieron una seroconversión en los primeros meses después del parto, se infectaron, siendo presumible que la infección materna tuviese lugar en el tercer trimestre del embarazo (18).

En las primoinfecciones de los homosexuales se han observado importantes elevaciones de la viremia, antes de que aparecieran los anticuerpos p24 y p160 (19). Las altas cantidades de virus y la ausencia de anticuerpos neutralizantes y no neutralizantes puede incrementar las tasas de transmisión (20).

La posible influencia de la asociación durante el embarazo de alguna otra infección de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, clamidia, etc., ha sido muy estudiada en Africa, sin haber encontrado resultados definitivos (11, 12, 17).

En relación con el estado inmunológico de la madre, se han estudiado diversos parámetros. Los más relacionados han sido las cifras bajas de CD4, y la presencia de antigenemia (21), ambos como expresión de enfermedad avanzada, lo que estaría en relación con el incremento en el título de virus en plasma conforme progresa la enfermedad (22). En algunos trabajos la presencia en suero materno de la gp120 ejercería un papel protector frente a la transmisión (23), pero no ha sido confirmado (24).

La edad gestacional a partir de la cual el feto puede infectarse no ha podido ser determinada. Se ha sugerido que la transmisión puede producirse a partir de la 12-13 semanas, que es cuando los CD4 aparecen en los T linfocitos del timo (25). Han sido recogidos casos de transmisión muy precoz 15-20 semanas (26-28). La diferenciación inmunológica tanto celular como la expresión antigénica y la presencia de anticuerpos maternos IgG en el feto, podrían determinar una situación de inhibición o falta de expresión biológica o inmunológica que se manifestaría posteriormente. Esto explicaría los casos en que aparecen positivos los cultivos sin expresión clínica y algunos niños que, dados durante mucho tiempo como no infectados, se han hecho al final seropositivos (1).

En el momento del parto, la atención se centra en saber si el nacimiento por vía vaginal facilitaría la transmisión o si la cesárea protegería o disminuiría la posibilidad de infección. Algunos trabajos sugieren que la cesárea reduciría la tasa de transmisión (29). Los más importantes estudios prospectivos no lo han encontrado (1, 10).

Los gemelos han constituido siempre un experimento biológico de gran interés en Perinatología. Así lo han confirmado los resultados obtenidos al reunir en un estudio 66 parejas de gemelos (30). La tasa de transmisión encontrada para el primer gemelo fue del 50 % si nació por vía vaginal y del 38 % si nació por cesárea, frente al 19 %

para el segundo gemelo, siendo igual que naciese por vía vaginal o cesárea. Parece como si el primer gemelo tuviera más facilidad de infectarse al estar más próximo y en contacto más directo con el canal vaginal. Se describen también gemelos incluso monozigotos donde se infectaron ambos, alguno o ninguno. Todos estos hallazgos resultan bastante difíciles de explicar.

La influencia que diversos factores relacionados con el parto, como el tiempo de rotura de la bolsa, la duración total, el uso de determinados procedimientos como el fórceps, ventosa, microtomías, episiotomía, etc., queda por dilucidar. Desde hace algunos años recomendamos evitar la monitorización interna y las microtomías, siempre que sea posible, en los partos de madres VIH positivas.

Los estudios de diagnóstico precoz de la infección han mostrado que la mitad de los niños infectados son positivos con la PCR en el momento del nacimiento y el 100 % a los 3-6 meses (31, 32). Este hecho pudiera ser debido a que la prueba tenga escasa sensibilidad en el período neonatal o a que realmente lo que ocurre es que el niño se contamina y se infecta en el momento del parto y las manifestaciones biológicas y clínicas sólo se pueden demostrar pasados algunos meses. Sería algo similar a lo que conocemos de la transmisión perinatal del VHB.

En el momento del parto, la deglución o el contacto con la sangre materna, secreciones vaginales (33) o líquido amniótico (34), la permeabilidad intestinal al paso del virus (como lo demuestra la transmisión a través de la leche), así como las frecuentes transfusiones maternofetales, pueden constituir una importante vía de infección para el niño. Por otra parte, se han descrito casos de niños infectados nacidos por cesárea, con membranas íntegras y por consiguiente sin posibilidad de contacto con el canal vaginal (35).

Se acepta como demostrada la posibilidad de transmisión a través de la leche materna (36, 39). En el ECS (1) la diferencia en las tasas de transmisión entre los niños lactados y los que no, fue del 31 vs 14 % y en el estudio francés del 43 vs 17 % (10). El trabajo llevado a cabo en Kigali por Van De Perre y su entusiasta grupo franco-belga-ruandés resulta realmente preocupante (40). De 16 madres que se hacen seropositivas durante la lactancia, nueve niños se infectan y en cuatro de ellos parece seguro que la infección fue debida a la lactancia materna. Está aceptado que la leche materna puede ser un vehículo de infección para el VIH. En la actualidad se están llevando a cabo diversos trabajos para intentar conocer cuál es la importancia real de esta vía de transmisión (22). No conviene olvidar que en todo el tercer mundo, los lactantes, estén o no infectadas sus madres, no tienen ninguna alternativa a la lactancia materna. Hay situaciones que son para vivirlas y no para ser contadas. La sala de mujeres del único hospital de Kigali, dos mujeres por cama y lleno a rebosar, todas mujeres jóvenes en estadios terminales de SIDA y con los niños pegados al pecho resulta humillante y doloroso hasta donde uno es capaz.

El dilucidar la importancia de cada una de estas vías de infección es fundamental para poder determinar en un próximo futuro las posibles estrategias a seguir en orden a realizar una correcta quimio o inmunoprofilaxis en el recién nacido. Si la mayoría de los niños están infectados intraú-

tero y por consiguiente ya están infectados en el momento de nacer pocas medidas podremos tomar. Si, por el contrario, la mayoría de los niños se colonizan o infectan en el momento del parto, las medidas preventivas podrán ser eficaces.

Estas son algunas de las cuestiones planteadas en la transmisión perinatal, pero hay otros muchos temas que debatir en esta apasionante y trágica infección. Apuntaremos uno de ellos. En USA la prevalencia de mujeres VIH positivas en edad fértil se calcula en el 0,15 %, en la maternidad «La Paz» el 0,5 %, en algunas zonas de Africa Central el 10-30 %, donde además los niños suponen ya entre el 5-25 % de los casos de SIDA (41). Se prevé para esta década más de un millón de niños huérfanos en Africa. ¿Dónde se encuentra la tan cacareada sensibilidad de los pediatras por los problemas de la infancia? Quizás sea mejor no decir nada y esperar a que algún día nuestra sociedad deje de ser pequeña, rural y consumista para hacerse algo más grande y generosa.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY: «Children born to women with HIV-1 infection: natural history and risk of transmission». *Lancet*, 1991, 337: 253-260.
2. PIZZO, Ph A, y WILFERT, C M. En: «Pediatric AIDS». Willians & Wilkins. Baltimore 1991.
3. ELFORD, J; BAR, R, y SUMMERS, P: «Research to HIV and AIDS between 1981 and 1990: the epidemic curve». *AIDS*, 1991, 5: 1515-1519.
4. SCOTT, G B; FISCHL, M A; KLINAS, N, et al.: «Mothers of infants with acquired immunodeficiency syndrome: evidence for both symptomatic and asymptomatic carriers». *JAMA*, 1985, 235: 363-366.
5. LUZY, G; ENSOLI, B; TURBESSI, G, et al.: «Transmission of HTLV III infection by heterosexual contact». *Lancet*, 1985, 2: 1018.
6. MOVICK, B E, y RUBINSTEIN, A: «AIDS. The pediatric perspective». *AIDS*, 1987, 1: 3-7.
7. FRIEDLAND, G H, y KLEIN, R S: «Transmission of the human immunodeficiency virus». *N Engl J Med*, 1987, 317: 1225-1235.
8. CALDWELL, M B, y ROGERS, M F: «Epidemiology of Pediatric HIV infection». *Ped Clin North Amer*, 1991, 38: 1-66.
9. ITALIAN MULTICENTRE STUDY: «Epidemiology, clinical features and prognostic factors of paediatric HIV infection». *Lancet*, 1988 ii: 1043-1045.
10. BLANCHE, S; ROUZIOUX, C; GUINHARD MOSCATO, M L, et al.: «A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1». *N Engl J Med*, 1989, 320: 1643-1648.
11. LEPAGE, P H; MSELLATI, P; STEVENS, A M, et al.: «Transmission de la mere à l'enfant et histoire naturelle de l'infection a VIH chez l'enfant: 15 mois de suivi d'une cohort a Kigali, Rwanda». V International Conference on AIDS in Africa. Kinshasa, Zaire, october 1990.
12. RYDER, R W; NSA, W; HASSIG, S E, et al.: «Perinatal transmission of the human immunodeficiency virus type 1 to infants of seropositive women in Zaire». *N Engl J Med*, 1989, 320: 1637-1642.
13. HIRA, S K; KAMANGA, J; BHA, G J, et al.: «Perinatal transmission of HIV-1 in Zambia». *Br Med J*, 1989, 299: 1250-1252.
14. OMEÑACA, F: «Contribución al estudio de la transmisión perinatal e historia natural de la infección por el VIH». Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Año 1989.
15. BEASLEY, R P; TREPO, C; STEVENS, S E, et al.: «The "e" antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen». *Amer J Epidemiol*, 1977, 105: 94-99.
16. BART, K J, y HERMANN, K L: «Rubella in pregnancy». En: *Virus Infection in Pregnancy*. Grune & Stratton. Florida, 1984.
17. LALLEMANT, M; LALLEMANT, L C; COEUR, S; CHEYNIER, D, et al.: «Morbidity, mortality and HIV-1 infection rates in infants born to seropositive mothers. Brazzaville. Congo: 30 months follow up». V International Conference on AIDS in Africa. Kinshasa, Zaire, october 1990.
18. «WORKSHOP ON MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV IN AFRICA. Gent (Belgium). February 1992.
19. CLARK, S J; SAAG, M S; DECKER, W D, et al.: «High titres of cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV-1 infection». *N Engl J Med*, 1991, 324: 954-960.
20. MOFESON, L M, y BURNS, D N: «Passive immunization to prevent mother infant transmission of human immunodeficiency virus: current issues and future directions». *Pediatr Infect Dis J*, 1991, 10: 456-462.
21. DATTEL, B J; HAVER, L B; WOSEY, C B, et al.: «Perinatal transmission of HIV-1: is a decrease CD4 cell count predictive?». V International Conference on AIDS. Montreal, June 1989.
22. HO, D D; MOUDGIL, T, y ALAM, M: «Quantification of human immunodeficiency virus type 1 in the blood of infected persons». *N Engl J Med*, 1989, 321: 1621-1625.
23. GOEDERT, J J; MENDEZ, H; DRUMMOND, J E, et al.: «Mother-to child transmission of human immunodeficiency virus type 1: association with prematurity of low anti gpl20». *Lancet*, 1989 ii: 1351-1354.
24. KRASINSKI, K; CAO, Y; FRIEDMAN-KIEN, A, et al.: «Elevated maternal total and neutralizing anti HIV-1 antibody does not prevent perinatal HIV-1». V International Conference on AIDS. San Francisco, June 1990.
25. LOBACH, D F; HENSLEY, L L; HO, W, y HAYNES, B F: «Human T cell antigen expression during the early stages of fetal thymic maturation». *J Immunol*, 1985, 135: 1752-1759.
26. SPRECHER, S; SOUMENKOFF, G; PUISSANT, F, et al.: «Vertical transmission of HIV in 15 week fetus». *Lancet*, 1986, 2: 288-289.
27. JOVAISAS, E; KOCH, M A; SCHAFER, A, et al.: «LAV/HTLV III in 20 week fetus». *Lancet*, 1895, 2: 1129.
28. PEUTHERER, J F; REAUS, D; AW, D, et al.: «Detection of HIV in the fetus: A study of six cases». IV International Conference on AIDS. Stockholm 1988. Abstract 7235.
29. CHIODO, F; RICCHI, E, y COSTIGLIOLA, P: «Vertical transmission of HIV-III». *Lancet*, 1986, i: 739.
30. GOEDERT, J J; DULIEGE, A M; AMOS, C J, et al.: «High risk of HIV-1 infection for first born twins». *Lancet*, 1991, 338: 1471-1475.
31. ROGERS, M F; OU, C F; REYFIELD, M, et al.: «Use of the polymerase chain reaction for early detection of the proviral sequences of human immunodeficiency virus in infants born to seropositive mothers». *N Engl J Med*, 1989, 36: 1649-1654.
32. ROGERS, M F; OU, C F; FILBOURNE, B, et al.: «Advances and problems in the diagnosis of human immunodeficiency virus infection in infants». *Pediatr Infect Dis J*, 1991, 10: 523-531.
33. VOGT, M V; WITT, D J; CRAVEN, D E, et al.: «Isolation of HTLV-III/LAV from cervical secretions of women at risk for AIDS». *Lancet*, 1986, i: 525-527.
34. MUNDEY, D C; SCHINAZI, R F; GERBER, A R, et al.: «HIV isolated from amniotic fluid». *Lancet*, 1987, 2: 459-460.
35. MINKOFF, H; NANDA, D; MENEZ, K, et al.: «Pregnancies resulting in infants with acquired immunodeficiency syndrome or AIDS related complex». *Obstet Gynecol*, 1987, 69: 285-287.
36. ZIEGLER, J B; COOPER, D A; JOHNSON, R O, et al.: «Postnatal transmission of AIDS associated retrovirus from mother to infant». *Lancet*, 1985, 1: 896-897.
37. OXTOBY, M J: «Human Immunodeficiency virus and other viruses in human milk, placing the issues in broader perspective». *Pediatr Infect Dis J*, 1988, 7: 825-835.
38. THIRY, L; SPRECHER-GOLDBERG, S; JONCKHEER, T, et al.: «Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers». *Lancet*, 1985, 2: 891-892.

39. HIRA, S K; MANGROLA, V G; MWALA, C, et al.: «Apparent vertical transmission of human immunodeficiency virus type-1 by breast feeding in Zambia». *J Pediat*, 1990, 117: 421-424.
40. VAN DE PERRE, Ph; SIMONON, A; MSELLATI, Ph, et al.:
Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant». *N Engl J Med*, 1991, 325: 593-598.
41. PIZZO, P A, y BUTLER, K M: «In the vertical transmission of HIV, timing maybe everithing». *N Engl J Med*, 1991, 325: 652-654.

HABLEMOS DEL MEDIO: EL CONDÓN

El único medio seguro hasta ahora para prevenir la transmisión del VIH es el condón. Y el condón es un medio de prevención para el uso del hombre. Es decir, la mujer no tiene a su alcance ningún medio de prevención propio y efectivo. El llamado condón femenino y el cuadro de latex, así como las cremas con nonoxinol 9, no están al alcance de la mujer mexicana e, incluso, son difíciles de encontrar en otros países.

Mientras las mujeres no tengan sus propios medios de prevención, el único medio a su alcance es el convencimiento; esto es, convencer a sus parejas sexuales (si son hombres) de que utilicen el condón. En la medida en que las mujeres no cuenten con un medio para prevenir la infección por VIH sobre el cual tengan el control, estarán en permanente riesgo y su seguridad dependerá de la voluntad del otro. Desde la perspectiva de género esta situación refuerza la tradicional forma de dependencia y pasividad. Por otro lado, el condón sólo protege a la mujer en la penetración en una relación heterosexual, pero no puede utilizarse en otras formas de sexualidad femenina en las cuales sus genitales están expuestos.

Mientras la información que sobre el sida se vierta no sea objetiva y directa y no se proporcionen los medios para la protección de la mujer, ésta seguirá sintiéndose y estando en riesgo.

SE CONCEPTUALIZA AL SEXO SEGURO COMO UNA RELACIÓN SEXUAL DONDE NO SE INTERCAMBIAN FLUIDOS SEXUALES

Los talleres de erotización del sexo seguro o protegido están fundamentalmente encaminados a que las personas tengan una sexualidad plena, desgenitalizada, creativa, comunicativa, responsable, amorosa, donde se recupere todo el cuerpo. El principal problema que aparece en estos talleres es que si a la mujer se le ha negado la sexualidad por tanto tiempo, ¿cómo puede entonces ejercer el sexo seguro, si ni siquiera ha ejercido la libertad de su cuerpo en la expresión de su sexualidad?

A través de la realización plena de la sexualidad hay una apropiación del propio cuerpo, de ahí que sea factible entender que no sólo la sexualidad sino también la salud es un derecho de la mujer. Si la sexualidad le es placentera, se crean vínculos, y con ellos el deseo de una seguridad. Pero si la sexualidad ha estado negada, castigada y reprimida en la mujer, el taller de sexo seguro o protegido se ve limitado en la experimentación, en la creatividad y en el reforzamiento de la seguridad, es decir, se presentan obstáculos para casi todos sus objetivos.

Realizar un taller de sexo seguro o protegido es hablar de varias sexualidades, tantas como mujeres participen. Este taller resulta en verdad eficiente, en la medida en que la mujer cobra conciencia del derecho al placer, al disfrute del cuerpo

y al ejercicio de su sexualidad, al conversar de todo ello con otras y otros. Un taller de erotización del sexo seguro no es otra cosa más que hablar fraternalmente de las formas en que nos relacionamos o amamos, pues el sida provoca cuestionamientos profundos sobre nuestra vida.

Sin embargo, la información que hay respecto del sida ha paralizado sexualmente todavía más a las mujeres. Uno de los argumentos que se utilizan para no ejercer el sexo seguro, es que “quita la espontaneidad”. Y la espontaneidad se considera un valor, un valor que en la época del sida ha cobrado una significación mayúscula. Lo peligroso de todo ello es que se vea al condón, al sexo seguro como la forma sexual oficial y con este argumento se gestó un rechazo basado en la idea de que el no utilizar el condón es contestatario.

La educación sobre sexualidad es primordial para atacar el fenómeno del sida. La sexualidad ya no puede ser valorada desde el punto de vista según el cual el semen en la eyaculación equivale al éxito y la plenitud, donde la penetración es la sexualidad, reducida a la genitalidad.

El llamado sexo seguro remueve las profundidades de nuestros sentimientos, de nuestra sensualidad, ya que la cercanía con las mucosas y la combinación con los líquidos, temperaturas y fluidos corporales están directamente conectados con los amores, intimidades, miedos, frustraciones, inseguridades, utopías, anhelos; en síntesis, con nuestras ideas sobre la vida y la muerte.

En los talleres de sexo seguro se ha visto que a la mujer le es más fácil que al hombre acceder a las propuestas que ahí se plantean, ya que está más acostumbrada a pensar en protegerse durante las relaciones sexuales, por lo menos pensando en el riesgo del embarazo. Está más predispuesta a aceptar medidas preventivas. No así el hombre que vive una sexualidad “espontánea”, donde no hay riesgo inmediato. Por ello, para el hombre lo espontáneo adquiere un valor, un valor muy masculino, donde lo común es la eyaculación precoz, “el rapidito”, la genitalización, la penetración; no se da permiso de fantasear, de acariciar, no se detiene a pensar que la relación sexual requiere de mayor comunicación física, afectiva, verbal y creativa.

La mujer, en cambio, desea el contacto de los cuerpos mediante caricias; es por ello que estos talleres le abren posibilidades de ejercer su sexualidad con una responsabilidad a la que ya está acostumbrada por las medidas contraceptivas. El sexo seguro es una invitación a una forma de relacionarnos que abarca niveles de comunicación sexual y afectiva más amplios; no se trata de “limitar el paso de los fluidos sexuales” de uno a otro y nada más, se trata de ampliar las formas de relacionarnos siendo más comunicativos corporal y emocionalmente en la creatividad sensual del acto sexual.

Infección V.I.H., transmisión horizontal

M.^a Soledad Bartolomé Carrascal*

INTRODUCCIÓN

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) plantea un problema de ámbito mundial con múltiples aspectos sociales, culturales, económicos, políticos, éticos y jurídicos, y profundas repercusiones en todos estos ámbitos.

Las medidas de prevención y lucha contra el Sida adoptadas en los planos nacional e internacional han requerido la intervención de toda clase de servicios sanitarios y sociales.

El siete de abril de 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) dictaron una declaración conjunta sobre los riesgos y responsabilidades de las enfermeras de todo el mundo en el cuidado a los pacientes con infección VIH [1].

Asimismo, en junio de 1988, la OMS y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en su reunión sobre *El Sida y el lugar de trabajo* formularon una serie de recomendaciones [2].

Ambas reuniones, en su contenido básico, incluían:

- Respeto al carácter confidencial de la enfermedad.
- Información sobre las vías de transmisión.
- Normas de educación y prevención.

Los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha indican que existen sólo tres formas de transmisión de la infección VIH [3,4,5].

- Relaciones sexuales: homo-heterosexuales.
- Vía parenteral: sangre y hemoderivados.

*Supervisora de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos. Hospital Materno-Infantil «Nuestra Sra. de Aránzazu» San Sebastián.

RESUMEN

El artículo que sigue fue presentado en la X Reunión Nacional de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales que tuvo lugar en Valencia recibiendo el premio Ordesa a la mejor comunicación. En él se refleja la inquietud suscitada por la alta incidencia de niños seropositivos, lo que motivó a los autores a preparar un protocolo de actuación para proteger la salud de los profesionales de Enfermería y de los niños no infectados que estaban ingresados en la unidad.

- Transmisión perinatal: de una madre infectada a su hijo; antes, durante y después del parto.

El riesgo de transmisión vertical de madres con infección VIH hacia sus hijos llega alrededor del 30%, aunque algunos grupos de trabajo lo elevan hasta un 50% [6,7].

Antecedentes de la transmisión ocupacional de la infección VIH

Rigurosos estudios indican que el riesgo de transmisión de la infección VIH al personal sanitario como consecuencia de accidentes laborales es extremadamente bajo. La OMS acepta una incidencia inferior a 1%, añadiendo que el cumplimiento de las normas establecidas lo reduce a niveles inapreciables [8].

***El riesgo de transmisión
de infección VIH al
personal sanitario como
consecuencia de
accidentes laborales es
extremadamente bajo***

En la literatura médica se han publicado 25 casos de personal VIH(+), cuyo único factor de riesgo fue la exposición ocupacional. En 13 de estos casos se obtuvo información documentada de la seroconversión [9].

El tipo de exposición consistió en: 15 por pinchazo, cuatro por piel no intacta, tres por salpicaduras, dos por heridas con objeto cortante y uno a través de la piel. Este último fue el de una madre que cuidaba en su domicilio a su bebé infectado y mantuvo reiterados contactos con sangre y secreciones sin aplicar las normas de higiene correspondientes.

Por puesto de trabajo se registraron: cinco enfermeras, dos investigadores de laboratorio, dos analistas, tres técnicos, un médico, un dentista, una asistente a domicilio y una madre. Nueve no se especifican.

Por países los casos fueron: dieciocho, EE.UU.; dos Francia; dos Inglaterra; uno Italia; uno Méjico y uno Martinica. Tras accidentes múltiples ocurridos en nuestro país, solamente se ha detectado un caso de VIH(+) en un trabajador sanitario.

Este estudio nos demuestra:

1. Los pinchazos por aguja son la causa más frecuente de accidentes laborales.
2. Enfermería se trata del estamento de mayor riesgo.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, las actitudes y compor-

tamiento de los trabajadores sanitarios manifiestan una intensa ansiedad cuando se trata de cuidar a personas infectadas por el VIH. Se conoce incluso el rechazo de algunos profesionales a realizarlo.

En consecuencia, conocer bien la infección, sus vías de transmisión, el manejo de los pacientes VIH(+), es vital para trabajar sin temor, evitando riesgos.

En el País Vasco, en marzo de 1989, el número de casos de Sida era de 345; un año después ha ascendido a 626 con un crecimiento del 81%, siendo la drogadicción intravenosa (DIV) el principal factor de riesgo (10).

Hasta junio de 1990, se atendieron en nuestra maternidad 170 madres DIV, de las cuales 47 y sus hijos recién nacidos (RN) fueron VIH (+). Esta elevada incidencia de la infección VIH nos exigió protocolizar de forma muy estricta la atención a los niños de las unidades de Neonatología y Cuidados Intensivos.

Objetivo

Mediante normas de actuación:

- Evitar el riesgo de transmisión horizontal de la infección VIH entre los niños ingresados y el personal sanitario.
- Documentar al personal de Enfermería sobre la infección VIH para reducir sus temores y angustias.

Protocolo

Procedimientos no invasivos

Lavado de manos: Se realizará siempre antes y después de cada contacto con el niño, aunque se utilicen guantes.

Utilización de guantes: Siempre que la persona que cuida al niño presente heridas o erosiones en las manos y/o antebrazos.

En los primeros momentos de todo recién nacido. La piel del neonato se ha-

Los trabajadores sanitarios manifiestan una intensa ansiedad cuando se trata de cuidar a personas infectadas por VIH

llado envuelta en vernix caseosa, sustancia impregnada en secreciones vaginales y sangre fetal infectada. A partir de las 24 horas, cuando el bebé está lavado y ha reabsorbido el vernix, podemos prescindir de los guantes en cuidados como el baño, alimentación, colocación de electrodos, control de constantes... etc., salvo que se presenten heridas o erosiones en manos y/o antebrazos.

Procedimientos Invasivos

Lavado de manos: Se realizará antes y después de la utilización de guantes.

Utilización de guantes: Siempre que se apliquen técnicas con riesgo de exposición a sangre:

- Extracción de muestras de sangre.
- Manipulación de muestras de sangre.
- Manipulación de objetos manchados de sangre.
- Manipulación de sondas, catéteres umbilicales, tubos endotraqueales... etcétera.
- Inyectar medicación por vía i.v. o i.m.
- Practicar venoclisis.
- Realización de curas.

Y en general todas las prácticas relacionadas con vías abiertas a sangre.

Batas

Si ocasionalmente se produjeran salpicaduras de secreciones, vómitos, deposiciones o cualquier fluido corporal

en la bata, ésta debe cambiarse inmediatamente. Seguidamente se introducirá, previa bolsa hidrosoluble, en sacos debidamente identificados para su circulación y lavado especial.

Eliminación de residuos

Los apósitos, gasas, algodones, pañales, así como todo material desechable de uso habitual—jeringas, sondas, electrodos, microgoteros, pinza cordón umbilical... etc.— se depositarán en doble bola de plástico en los cubos de basura reservados para tal fin, debiendo ser vaciados periódicamente.

Residuos punzantes: Todo material desechable punzante-cortante que provenga de cualquier niño infectado, debe ser introducido en contenedores resistentes a la punción. Se colocarán estratégicamente, debiendo ser sustituidos cuando se encuentran al 75% de su capacidad total, cerrándolos herméticamente. Por último se depositarán en los cubos de basura destinados para su posterior incineración.

Limpieza y desinfección de utillaje y ropa

Se utilizarán guantes para realizar los siguientes procedimientos (con lavado de manos antes de iniciarlos y una vez finalizados).

Instrumental: Tras usarlo, sumergirlo en glutaraldehído al 2% durante media hora; limpiar con agua y jabón; esterilizar.

Termómetros: Limpiar con agua y jabón; sumergir en solución alcohólica de clorhexidina al 0,5% durante media hora; mantener en seco.

Biberones, tetinas, manguitos de tensión arterial, tubos de mayo, tubos del respirador, mascarillas, ambú, palas de la ríngon, etc. Limpiar con agua y jabón; esterilizar.

Batas manchadas de sangre u otros fluidos corporales. Sumergir en glutaraldehído al 2% durante media hora; limpiar con agua y jabón; nueva inmersión en glutaraldehído al 2%; aclarar con agua.

Camas, cunas de calor radial, incubadoras. Previa limpieza con agua y jabón, impregnar repetidas veces con solución de glutaraldehído al 2% durante media hora; aclarar con agua.

Superficies, cables, monitores, bombas de perfusión, pies de goteo y todo equipamiento contaminado con sangre. Previa limpieza con agua y jabón, impregnar repetidas veces con glutaralde-



Contenedor para material cortante-punzante.



Manipulación mediante guantes al recién nacido.

hído al 2% durante media hora; aclarar con agua.

En salpicaduras de sangre, vómitos, secreciones u otros fluidos corporales sobre el suelo. Verter lejía diluida de cinco a diez g de cloro activo por litro de agua; tapar con una servilleta de papel hasta limpiarla nuevamente con la dilución de lejía.

La ropa de los niños contaminada con sangre, se cambiará inmediatamente, introduciéndola, previa bolsa hidrosoluble, en sacos debidamente identificados para su circulación y lavado especial.

- La dilución de lejía debe prepararse a diario por la pérdida gradual de fuerza; el envase debe ser opaco a la luz.
- Se tendrá en cuenta la fecha de caducidad de los desinfectantes.

Prevención de la transmisión ocupacional de la infección VIH

— Para evitar riesgos de pinchazos con agujas nunca se recapucharán tras su uso, ni se intentará doblarlas o separar de las jeringuillas; se introducirán directamente en contenedores resistentes a la punción.

— Todas las salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales en la piel, se lavarán inmediatamente con agua y jabón. Las que se produzcan en ojos y boca, con agua abundante. En este caso se comunicará a Medicina Preventiva con parte de accidente de trabajo.

— Los pinchazos o cortes se lavarán inmediatamente con agua y jabón, dejando que se produzca sangrado abundante. Se desinfectarán con alcohol de 70° a 90° o povidna yodada del cinco al 10%.

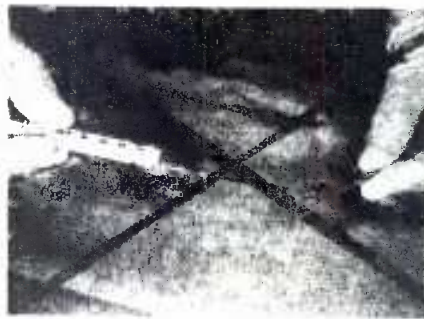
— Todo pinchazo o corte debe ser comunicado lo antes posible a Medicina Preventiva con parte de accidente de trabajo.

— La sangre y otras muestras biológicas de pacientes infectados por el VIH que se envíen a analizar, deberán ir debidamente identificadas como de alto riesgo y se introducirán en un segundo envase para transportarlas. Igualmente se señalarán volantes y hojas de consulta.

— Se identificará al niño como de alto riesgo, de forma discreta pero visible; todo el personal deberá conocer esta situación.

Pacientes que requieren estos cuidados

Todos los niños ingresados en las Unidades de Neonatología y Cuidados Intensivos.



Las agujas no deben recapucharse tras ser usadas.

Concepto de los diferentes grupos.

1. Niños con infección VIH diagnosticada.
2. Niños con infección VIH probable: Hijos de madres VIH (+); hijos de madres con antecedentes de factores de riesgo: toxicómanas, relaciones sexuales, con extoxicómanos, promiscuas o que hayan ejercido la prostitución.
3. Niños con infección VIH no conocida: Sin historial de factores de riesgo conocidos ni sospecha alguna, pero que, pasado un tiempo, pueden manifestar la infección VIH.

Respeto al paciente

Un concepto debe prevalecer: Se aislará la infección, no el paciente.

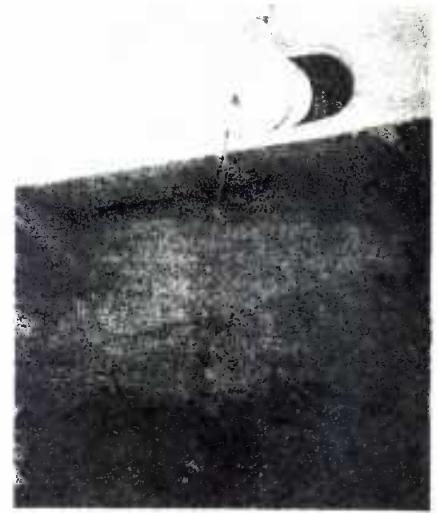
En la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA 41.24) titulada: *Sida: necesidad de evitar toda discriminación a las personas infectadas por el VIH*, se instó a los estados miembros a:

1. Fomentar un espíritu de comprensión con las personas infectadas por el VIH.
2. Proteger los derechos humanos y su dignidad evitando toda discriminación.
3. Garantizar el carácter confidencial de la enfermedad.

Comentario

Las normas anteriormente expuestas van dirigidas a minimizar el riesgo de transmisión de la infección VIH y garantizar las medidas de higiene óptimas contra dicha enfermedad.

Si no existe duda con respecto a que estas medidas deben aplicarse con los niños infectados o de riesgo, centramos nuestro interés en que también sean cumplidas con aquellos que, sin sospecha alguna, pueden manifestar la enfermedad, ya que el desconocimiento de la infección implica un mayor peligro de transmisión horizontal.



Vertido de lejía sobre salpicaduras de sangre.

Puesto que la educación es el mejor medio para convencer a los individuos de que modifiquen su comportamiento de riesgo, y así reducir al mínimo los temores y prejuicios basados en la ignorancia, creemos que conocer y cumplir las normas dictadas contribuirá:

1. Al correcto manejo del niño con infección VIH.
2. A evitar la transmisión horizontal de la infección VIH en las unidades.
3. A que el personal de Enfermería adquiera seguridad y confianza disminuyendo el temor existente a la infección VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] OMS: «Guidelines for nursing management of people infected with human immunodeficiency virus (HIV)» *WHO AIDS*, Serie 3, 1988.
- [2] OMS, OIT: *Informe de la reunión consultiva sobre el Sida y el lugar de trabajo*. Ginebra, 1988.
- [3] ECHEVARRÍA J.: «Aspectos pediátricos de la infección VIH. Servicio de Salud. Osakidetza» *Cuadernos de Salud. Sida*, 2; 119-135, 1989.
- [4] «Infección Perinatal por HIV. Tak Force In Pediatric AIDS» *Pediatrics* (Esp.) 26 (6): 365-368, 1988.
- [5] MORTON J, BALKER C. y cols.: «Maternally Transmitted HIV Infection in children» *AIDS*, 2: 437-441, 1988.
- [6] ECHEVARRÍA J. y cols.: «Estudio prospectivo en recién nacidos hijos de madres infectadas por el VIH» *Anales Españoles de Pediatría*, 30(6): 429-431, 1989.
- [7] SCOTT G., FISCHL, MA.: «Mothers of infants with the acquired immunodeficiency syndrome» *Jama* 253 (3): 363-366, 1985.
- [8] WORMSER, G.P., RABKIN C.S., JOLINE L.: «Frecuencia de nosocomial transmission of HIV infection among health care workers» *N. Engl. J. Med.* 319: 307-308, 1988.
- [9] CDC: «Guidelines for prevention of transmission of Human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public safety workers» *MMWR*, 38 (5-6), 1989.
- [10] «Plan de prevención y control del Sida. La asistencia a los pacientes con Sida. Problemática, objetivos y acciones realizadas» 1987-1990. *Servicio Vasco de Salud. Osakidetza*.