

VIH/SIDA EN LA ETAPA REPRODUCTIVA: UN DESAFÍO EN EL CUIDADO DE LA MUJER EMBARAZADA Y SU HIJO

HIV/AIDS IN REPRODUCTIVE STAGES: A CHALLENGE IN CARING FOR A PREGNANT WOMAN AND HER CHILD

Daniel Díaz

Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Rosina Cianelli *

Enfermera-Matrona. PhD. M. Salud Pública. Docente Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Lilian Ferrer

Enfermera-Matrona. PhD. M. Salud Pública. Docente Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Artículo recibido el 2 de mayo, 2005. Aceptado en versión corregida el 16 de agosto, 2005

RESUMEN

*El presente estudio bibliográfico tiene como objetivo identificar evidencia empírica relacionada con el VIH/SIDA en mujeres embarazadas: sus cambios en patrones reproductivos, sus hijos recién nacidos y los mecanismos de prevención desarrollados en el último tiempo en el campo del VIH/SIDA perinatal. Los resultados de este trabajo ponen en evidencia que existen factores de riesgo para la transmisión vertical que pueden ser prevenidos eficazmente. Es necesario desarrollar programas de pesquisa universal, promoción en salud, y de prevención con el fin de evitar infecciones por VIH en mujeres embarazadas y/o en sus hijos. Acciones específicas como consejería, terapia antirretroviral, proscripción del amamantamiento y el evaluar cuidadosamente la vía del parto en la mujer que vive con VIH/SIDA son estrategias ampliamente recomendadas por la mayor parte de los estudios; por otra parte, es reconocida la importancia de identificar las necesidades particulares de cada persona. Se pretende que esta publicación ayude a los profesionales que trabajan en el área a fortalecer el pensamiento crítico frente a los desafíos que la praxis de los cuidados relacionados al VIH/SIDA requiere. **Palabras clave:** Atención perinatal, VIH/SIDA, Embarazo, Recién nacido.*

ABSTRACT

*The present bibliographic study had the aim of identifying international empiric evidence related with HIV/AIDS among pregnant women: the changes in their reproductive, their newborns, and the preventive mechanism developed in the last times in the area of perinatal HIV/AIDS. The results of this study evidenced the need for developing massive health promotion and preventive programs with the purpose of preventing HIV among women and/or their children. We recognize the importance of identifying the particular needs of each individual with regards to HIV/AIDS prevention and HIV/AIDS related care. This would allow developing adequate and continuous programs tailored to the specific characteristics of the served population, hence generating a change in their risky behaviors. We conclude that this paper could help health care professionals know the evidence that shows the new challenges related with the practice of HIV/AIDS care. **Key words:** Perinatal care, HIV/AIDS, Pregnancy, Newborn.*

* Correspondencia e-mail: rcianell@uc.cl

INTRODUCCIÓN

La presente revisión bibliográfica, tiene por finalidad analizar una realidad cada vez más prevalente en los centros de salud materno infantil, lo que se refiere al aumento en el número de mujeres que viven con VIH/SIDA, y que se encuentran en condiciones de gestar a un recién nacido potencialmente libre del virus, si se siguen ciertas normativas que limitarían la transmisión vertical a sus hijos. Esta situación preventiva desde hace años se ha comenzado a observar en países desarrollados, en donde a las políticas de pesquisa materna y neonatal para VIH se suman amplias coberturas de antirretrovirales, y asesoría profesional tanto a la mujer que vive con VIH como a su pareja sexual, contribuyéndose de esta forma a la disminución de las incidencias de transmisión perinatal (Van Devanter, Cleary, Moore, Thacker y O'Brien, 1998). Por otra parte, esta revisión tiene por objetivo presentar evidencia empírica que ayude a los profesionales de la salud a reconocer los nuevos desafíos relacionados a la prevención y cuidado del VIH/SIDA en las mujeres gestantes y sus hijos, permitiéndoles de esta forma desarrollar una reflexión crítica de las responsabilidades y aspectos éticos asociados a la praxis obstétrica y perinatal.

Con el fin de lograr los objetivos anteriormente descritos, la presente revisión bibliográfica abarcará: el análisis de la situación epidemiológica mundial del VIH/SIDA y su impacto sobre la salud de la mujer y del niño; la reacción de los gobiernos ante este problema de salud y el desarrollo de políticas públicas; el novedoso surgimiento de esperanzas gestacionales para la mujer que vive con VIH/SIDA; y finalmente una ulterior revisión sobre las diversas estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas diseñadas y propugnadas para hacer frente a la infección del VIH/SIDA, con miras a limitar la transmisión y favorecer la calidad de vida de las mujeres y sus hijos.

Aspectos generales sobre VIH/SIDA y cambios en actitudes y patrones gestacionales de mujeres que viven con VIH

Anualmente las estadísticas internacionales demuestran que los casos de VIH/SIDA aumentan en forma exponencial, especialmente en los países más pobres. De acuerdo a ONUSIDA, se estima que aproximadamente la mitad de los casos seropositivos a nivel mundial corresponden a mujeres, las cuales residirían principalmente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Por otra parte, el aumento en la prevalencia de VIH/SIDA femenino conlleva un impacto directo sobre las tasas de seropositividad neonatal e infantil, que según ONUSIDA y OMS estiman en 3.2 millones de niños (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2004; ONUSIDA, 2002). Pese a estos antecedentes, el reconocimiento de una relación entre el VIH/SIDA y mujer, ha sido un tema relativamente reciente en la investigación y debate internacional, ya que desde sus albores la transmisión del virus se asoció a prácticas sexuales de hombres homosexuales. Actualmente, es reconocido que el tema del VIH/SIDA no es un problema relacionado a ciertas orientaciones o grupos poblacionales, sino a prácticas sexuales y a conductas individuales que condicionarían riesgos para toda la población sexualmente activa (Palma, 1998).

La dilación de ciertos gobiernos para desarrollar políticas preventivas ha sido un hecho moralmente criticado por organizaciones y grupos feministas tanto nacionales como internacionales, ya que proponen que la preocupación de los gobiernos por ampliar las estrategias de prevención del VIH/SIDA al resto de la población y especialmente a la mujer, se ligó en una primera instancia a la visualización de la mujer como la transmisora del VIH a los hijos e hijas, en desmedro de su protección; es decir, por el valor de ser una persona con derechos ciudadanos (Anderson, 1998).

No obstante, independientemente de las causas que hayan incitado la preocupación por ampliar las estrategias de prevención

para el VIH, se observa que en países desarrollados la diversificación de políticas de prevención y el mejoramiento en las técnicas terapéuticas para el VIH, ha posibilitado que una mayor proporción de la población femenina tanto seropositiva como seronegativa, tenga conocimientos y acceso a tratamientos y cuidados especiales, incidiendo de esta forma en una disminución de los índices de transmisión perinatal del VIH, y con ello dando nuevas esperanzas en su proceso reproductivo a las mujeres que viven con VIH.

La evidencia que desaconsejaba la gestación en la mujer que vive con VIH debido al riesgo de descompensación inmunológica, no ha podido ser sostenida con validez, ya que son numerosos los estudios que sugieren que el embarazo no parece acelerar la progresión al estado de SIDA (Saada et al., 2000; Weisser et al., 1998). Además de lo anterior, otro de los aspectos que han potenciado el cambio de actitud respecto de la gestación de la mujer que vive con VIH, han sido las evidencias de exitosos resultados obstétricos logrados al utilizar terapias anti-retrovirales. Es así como en los EE.UU., en un lapso de 10 años (1991- 2001), se redujo en un 94% los casos de VIH por transmisión perinatal (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2001; Lindegren et al., 1999), siendo esto resultado, entre otras causas, del aumento en la cobertura del Protocolo ACTG 076 en la población de mujeres gestantes seropositivas (CDC, 2001). De esta forma, queda en evidencia que las políticas de salud tendientes a mejorar la cobertura y calidad de la terapia antirretroviral en mujeres gestantes diagnosticadas como seropositivas, reducen notablemente la incidencia de la infección en la población neonatal.

Otra modalidad terapéutica más económica que el Protocolo ACTG 076, conocido como tratamiento antirretroviral breve en base a Zidovudina (AZT), ha demostrado que, al ser utilizado durante las últimas cuatro semanas de gestación y durante el trabajo de parto, se puede reducir el riesgo de transmisión perinatal hasta menos de un 10% si las mujeres son asesoradas paralelamente con el fin de

evitar la lactancia materna (ONUSIDA, 2002; Wade et al., 1998).

Debido a que las personas que viven con VIH pueden tener una mejor calidad de sobrevivencia, adicionado al hecho que la terapia antirretroviral ha demostrado disminuir notablemente la probabilidad de transmisión perinatal, actualmente se ha comenzado a observar que algunas mujeres que viven con VIH optan por vivenciar un embarazo, pese a estar en conocimiento de su condición de seropositividad (Richter, Sowell y Pluto, 2002). Apoyando en forma indirecta estas evidencias se encuentran ciertos estudios que sugieren que la mayor parte de las mujeres y hombres infectados por VIH, continúan sexualmente activos después de haber sido informados sobre su estado serológico (Bova y Durante, 2003; Zierler, Mayer, Moore y Stein, 1999); actitud que aumentaría la probabilidad de embarazo si se considera que gran parte de las mujeres seropositivas se encuentra en el período fértil de su vida, y con un fuerte deseo de vivenciar la maternidad (Lai, 1994). El asesoramiento de mujeres embarazadas seropositivas referente a la disminución del riesgo de transmisión perinatal al utilizar la terapia antirretroviral, ha posibilitado que estas continúen con sus gestaciones descartando la opción del aborto, e inclusive refiriendo deseos de poder planificar alguna futura gestación (Healton, Taylor, Messeri, Weinberg, y Bamji, 1999).

Paralelamente, se han descrito experiencias exitosas en cuanto a la provisión de técnicas de reproducción asistida a mujeres seropositivas y a parejas VIH serodiscordantes; ya sea con fines de tratar infertilidad o de prevenir la transmisión del VIH (Drapkin-Lyerly y Anderson, 2001; Anderson, 1999).

Factores de riesgo y transmisión perinatal

La probabilidad de transmisión perinatal varía dramáticamente en base a numerosos factores de riesgo confluyentes. No obstante lo anterior, la mayor parte de las investigaciones llevadas a cabo estiman que aquellas mujeres que viven con VIH, que no suspenden la lactancia materna y que no han reci-

bido terapia antirretroviral, tienen un 40% de riesgo de transmitir el VIH a sus hijos. (Nduati et al., 2000), riesgo que disminuye a un 25% si se elimina la lactancia materna (Wade et al., 1998), y a un 7% si se adiciona terapia antirretroviral de acuerdo al Petra Study Team (2002); lo cual indicaría que la provisión de terapia antirretroviral, y la suspensión de la lactancia materna resultarían ser las medidas más efectivas a la hora de reducir los riesgos de infección perinatal.

Al evaluarse la relación entre carga viral y el riesgo de transmisión perinatal del VIH, se ha encontrado que el riesgo de transmisión es mayor a medida que es mayor la carga viral (O'Shea et al., 1998), sugiriéndose que los niveles elevados de carga viral maternos al momento del parto resultarían ser el predictor más potente de riesgo de transmisión perinatal (García et al., 1999). De igual forma, un conteo disminuido de células CD4+ maternas, se asociaría con una mayor probabilidad de transmisión perinatal del VIH (Ioannidis et al., 2001).

En contraposición a lo anterior, un factor de riesgo que hasta ahora permanece cuestionable es la resistencia viral a las terapias antirretrovirales, ya que las evidencias solo han mostrado resultados limitados respecto a su asociación con el riesgo de transmisión perinatal (Welles et al., 2000).

Respecto a los factores de riesgo obstétricos, la ruptura prematura de membranas (RPM) parece ser uno de los factores de riesgo más preponderante al momento de determinar la probabilidad de infección perinatal, especialmente en aquellas mujeres con conteos celulares CD4+ disminuidos, y con gestaciones de pretérmino (International Perinatal HIV Group, 2001). Se ha estimado que los riesgos de transmisión perinatal en RPM, aumentan de forma proporcional al tiempo de duración de la ruptura, encontrándose que probabilidades de transmisión de un 8% a las 2 hrs. posruptura aumentarían a un 32% a las 24 hrs. de RPM (International Perinatal HIV Group, 2001). Otros factores de riesgo obstétricos a tener en consideración al momento de determinar las probabilidades de

transmisión perinatal son la corioamnionitis, el parto pretérmino, la amniocentesis, las infecciones de transmisión sexual, y la hemorragia materna intraparto (Tess, Rodríguez, Newell, Duna y Lago, 1998). Finalmente, los factores de riesgo aportados por el feto o recién nacido más destacados por la literatura serían ser un recién nacido con menos de 35 semanas de edad gestacional y pesar menos de 2.500 g al momento de nacer; ambos factores que se asocian frecuentemente a prematuridad y partos de pretérmino (Abrams et al., 1995).

Diagnóstico del VIH durante el embarazo

Pese a la evidencia de exitosas intervenciones tendientes a reducir los riesgos de transmisión perinatal, y a prolongar una vida libre de SIDA, el foco de atención obstétrico tendiente a diagnosticar precozmente y a prevenir la transmisión del virus al feto y al recién nacido, ha mostrado falencias tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, principalmente en relación a la efectiva pesquisa universal del VIH en la población gestante (CDC, 2001). Se estima que de un total de 329 niños nacidos con VIH entre 1995 y 1996 en EE.UU., un 34% de ellos nacieron de madres que no tuvieron pesquisa para VIH previo al parto (Lindegren et al., 1999). Similarmente, otros estudios estiman que un 40% de las mujeres seropositivas que tuvieron su parto en los EE.UU. durante el año 2000 no fueron diagnosticadas previamente (CDC, 2003).

Lo anterior ha propiciado la creación de ciertas estrategias de pesquisa, que en cierto grado resultan controversiales. Las dos estrategias más habituales desarrolladas en los EE.UU. han sido el *opt-out* y el *opt-in*, las que pueden entenderse: en el caso del *opt-out* como la evaluación serológica arbitraria del VIH; y en el caso del *opt-in* como la evaluación serológica consentida y con posibilidad de ser rechazada. De este modo se observa que en el primer acercamiento (*opt-out*), la mujer simplemente es informada respecto a la realización e inclusión de la prueba para VIH dentro de la batería de exámenes clínicos correspon-

dientes al control prenatal; mientras que en la estrategia *opt-in*, se incorpora una asesoría y el proceso de consentimiento informado, previo a la realización de la pesquisa, posibilitando de este modo rechazar informadamente el examen (CDC, 2002).

Según las revisiones del CDC, se documenta que los exámenes serológicos para pesquisa del VIH son frecuentemente realizados en zonas en donde se lleva a cabo la técnica *opt-out* alcanzando cifras cercanas al 98% de las mujeres atendidas; mientras que la técnica *opt-in* representa bajas tasas de realización del test en mujeres gestantes llegando inclusive a ser rechazado en un 75% de las atenciones (Schoen, Limata y Black, 2001). En base a estos resultados, se concluye que la metodología *opt-out* aumenta la tasa de realización del test serológico de pesquisa para VIH en mujeres embarazadas, sin embargo, es importante considerar las implicancias de la evaluación VIH sobre el estado individual de la mujer gestante, especialmente en referencia a su estado de salud psicológico, social y al posible aumento del riesgo de violencia intrafamiliar en el caso que el resultado del examen sea positivo y lo conozca su pareja (Sowell, Phillips, Seals, Murdaugh y Rush, 2002). En reacción a estas controversiales estrategias, ONUSIDA ha incorporado la "Asesoría" como un requisito previo a la realización de una prueba para detectar el VIH, con el fin de permitir que la persona elija informadamente si desea o no hacerse la prueba; contraindicando a su vez la realización de pruebas obligatorias y arbitrarias (ONUSIDA, 2002).

Otro aspecto controvertido del diagnóstico es la disponibilidad de pruebas rápidas para pesquisa del VIH. Estas tienen relevancia debido a la creciente disponibilidad de tecnología en los servicios de maternidad, y por la alta efectividad de la terapia antirretroviral abreviada posdiagnóstico rápido intraparto (Minkoff y O'Sullivan, 1998). Estas pruebas rápidas proporcionan resultados en un lapso promedio de 25 minutos, con sensibilidad y especificidad cercanas al 100% (Webber et al., 2001).

Se estima que la detección del VIH, mediante estas pruebas rápidas, es costo efectiva en aquella población de mujeres que no cuentan con control prenatal y que se encuentran en trabajo de parto (Stringer y Rouse, 1999). No obstante, pese a que la disponibilidad de esta tecnología otorga a los centros de salud un nuevo nivel de pesquisa para el VIH, es trascendental considerar las posibles implicancias psicológicas y sociales que pueden resultar de la pesquisa intraparto, en ausencia de una asesoría que posibilite la reflexión y libre elección de la mujer respecto a la realización del test (Beckerman, 2002; DeCock, Shaffer, Wiktor, Simonds y Rogers, 1997).

Determinación de la modalidad del tipo de parto

Entre un 25 y un 35% del total de transmisiones perinatales ocurre al momento del parto (Newell, 1998). Por lo anterior se ha otorgado una significativa atención a la evaluación de la modalidad del tipo de parto, con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH desde la madre al recién nacido. Un estudio del European Mode of Delivery Collaboration (1999) tuvo por objetivo analizar la relación existente entre el modo de resolución del parto y la probabilidad de infección perinatal, encontrando que en un 10,5% de los casos estudiados se transmitió el VIH al recién nacido al ser el parto vía vaginal, comparado con un 1,8% cuando fue interrumpido por cesárea. De igual manera el International Perinatal HIV Group (1999), en un metaanálisis de 15 estudios prospectivos, concluyó resultados similares a los evidenciados por el European Mode of Delivery Collaboration. Sin embargo, estudios posteriores realizados en madres con baja carga viral no encontraron diferencias en los riesgos de transmisión de VIH, entre mujeres que tuvieron parto vaginal (0,8%), cesárea electiva (0,8%) y cesárea no electiva (1,1%) (Shapiro, Tuomala y Samelson, 2002).

De esta forma pareciera que la determinación de la carga viral materna sería el factor preponderante al momento de decidir la

modalidad del tipo de parto, especialmente si se consideran las sugerencias aportadas por otros estudios que refieren una mayor morbilidad asociada a la intervención quirúrgica en la mujer VIH positiva (Marcollet et al., 2002; Read, 2000).

Responsabilidades referidas a la adherencia farmacológica

La adherencia a la terapia antirretroviral es uno de los temas más complejos a tratar en las madres VIH positivas, ya que se ha observado que es común que la adherencia se vea comprometida durante las primeras semanas postparto debido a la elevada demanda de cuidados maternos (Ickovics et al., 2002). Otro aspecto importante de evaluar, es la baja adherencia de las madres al tratamiento antirretroviral de sus hijos recién nacidos, hecho que se ha relacionado principalmente a la presencia de madres asintomáticas, y a la existencia de antecedentes maternos de baja adherencia a su propio tratamiento antirretroviral (Demas et al., 2002). De esta forma, se consideraría que la sola proporción de la terapia antirretroviral a la madre y a su hijo, no serían efectivas ni suficientes para limitar la transmisión perinatal si no se realiza un trabajo de consejería con el fin de potenciar su utilización.

Responsabilidades en el cuidado del neonato

El manejo estándar del neonato en riesgo de exposición al VIH, incluye un tratamiento con Zidovudina por 6 semanas, análisis PCR para VIH, medicación contra efectos adversos y profilaxis contra neumonía por *Pneumocystis carinii* con Trimetoprim - Sulfametoxazol desde las 6 semanas hasta el cuarto mes de vida.

El análisis de laboratorio no considera fiable la evaluación de anticuerpos IgG hasta por lo menos los 18 meses de vida, ya que estos son capaces de atravesar la placenta desde la madre al feto y dar falsos positivos. La detección del ADN viral por técnica PCR, se realiza al momento del nacimiento, a las 4 semanas, y a los 4 y 6 meses de vida. Adicionalmente, se podría realizar una evaluación extra a las 2 semanas de vida, con el fin de detectar infección intraparto en aquellas situaciones de alto riesgo, tales como antecedentes de seropositividad materna con ausencia de terapia antirretroviral al momento del parto. Se ha estimado que la sensibilidad de PCR antes de la primera semana de vida varía de un 38% a un 50%, aumentando a un 96,2% al ser realizado a las 4-6 semanas de vida, y a un 100% al ser realizado posterior a la séptima semana (Cunningham *et al.*, 1999).

El descarte de seropositividad en el neonato se puede realizar por medio de dos pruebas virológicas negativas, que se realizan al primer mes de vida o más tarde, y a los 4 meses de edad o más tarde. Otra forma de descartar la seropositividad para VIH es determinar serología negativa para anticuerpos VIH a los 18 meses de vida; sin embargo, esta alternativa diagnóstica ha demostrado ser inmensamente menos costo- efectiva que la detección seriada de ADN por PCR al nacimiento, al mes y a los 4 meses de vida (Mrus, Yi, Eckman y Tsevat, 2002). Finalmente, es relevante comentar que no hay evidencia que relacione el tratamiento con Zidovudina a una subdetección del ADN viral por técnica PCR en niños evaluados para infección VIH.

CONCLUSIONES

El rápido avance científico, tecnológico y farmacológico parece superar en forma amplia la reactividad profesional frente a ciertos temas de salud, especialmente si son problemáticas que se mantienen en el submundo del silencio, ignorancia, temor, y desconcierto. Como queda en evidencia en el presente trabajo bibliográfico, el tema del VIH/SIDA cobra especial relevancia en salud en la mayor parte de las naciones del orbe, ya sea por el impacto epidemiológico, psicosocial o económico que comprende.

Ciertamente es de vital importancia conocer y reconocer periódicamente las tendencias epidemiológicas acerca del VIH/SIDA al interior de las comunidades y subgrupos poblacionales, con el fin de desarrollar e im-

plementar estrategias y políticas de salud oportunas, relevantes y adecuadas a la idiosincrasia de las personas a las cuales van dirigidas (Torres y Cernada, 2003). Lamentablemente en Chile no existen datos certeros acerca de la real prevalencia del VIH/SIDA en mujeres gestantes, debido a la ausencia de políticas de salud que faciliten una pesquisa precoz y diagnóstico oportuno en los centros de control pre y perinatal; en consecuencia, podría suceder que gran parte de las mujeres gestantes seropositivas permanezcan subdiagnosticadas y prorrogadas de sus derechos hasta momentos avanzados de la vida del recién nacido (Comisión Nacional del SIDA [CONASIDA], 2001; CONASIDA, 2003; CONASIDA, 2004).

En países como el nuestro, dada la inexistencia de políticas de salud y educación eficaces tendientes a prevenir ampliamente la infección del VIH/SIDA en la población sexualmente activa prevalente e incidente, se podría correr el riesgo que una proporción no despreciable de hijos de mujeres que estén en condiciones de embarazarse, puedan adquirir la infección perinatal si los centros de salud y en general las políticas de salud para estos no son actualizadas, generalizadas y ejecutadas rigurosamente tanto con fines preventivos, como diagnósticos y terapéuticos. Estrategias implementadas en países desarrollados como la pesquisa precoz y universal del virus durante el control prenatal, la aplicación de evaluaciones serológicas rápidas en salas de maternidad para casos obstétricos no controlados, el aumento en la cobertura y la calidad del tratamiento antirretroviral tanto durante la gestación como durante el parto y postparto, y el desarrollo y la formación de profesionales consejeros cualificados en temas de reproducción y VIH/SIDA, claramente serían algunas de las medidas que nuestro sistema de salud tanto público como privado debiera desarrollar, fortalecer y mejorar urgentemente con el fin de brindar una mejor calidad de atención en salud, y por sobre todo para evitar, prevenir y limitar la transmisión del virus de la madre que vive con VIH/SIDA a su hijo.

En Chile, CONASIDA ha sido el organismo encargado de implementar las políticas de prevención y tratamiento para el VIH/SIDA; no obstante, pese a considerar un programa aparentemente amplio en cuanto a la concepción biopsicosocial de la persona seropositiva, parece carecer de potencia e impacto al momento de masificar y popularizar las estrategias tendientes a prevenir la infección en la población general, lo cual podría finalmente contrarrestar los esfuerzos humanos, materiales y económicos dispuestos para tratar a la población ya infectada, o para reducir las tasas de seroprevalencia en ciertos grupos de la comunidad. En base a esta observación, se sugiere que además de fortalecer las estrategias de atención existentes para personas que viven con VIH/SIDA (calidad, oportunidad y cobertura de la atención en salud), los organismos responsables de la elaboración de políticas de salud propicien urgente, amplia y universalmente la promoción y la prevención como estrategias plausibles de ser desarrolladas a nivel comunitario, con el fin de apoyar la reducción de costos comprendidos por tratamientos y cuidados paliativos por conceptos de VIH/SIDA.

Pese a que en muchas ocasiones las temáticas referidas a la protección de la población femenina y perinatal frente al problema del VIH/SIDA pueden parecer difíciles de implementar en la práctica, esto debido a los altos costos que involucran las estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas especialmente para países pobres o en vías de desarrollo como Chile, el esfuerzo y tenacidad de ciertos equipos profesionales apoyados en las nuevas evidencias científicas logran de todas formas proponer y realizar ciertas modificaciones que impactan en menor o mayor grado sobre la calidad de salud materno-infantil. No obstante, sin desconocer la relevancia e importancia de buscar y desarrollar estas estrategias en el ámbito materno-infantil, es vital reconocer que el VIH/SIDA más que un problema actual o futuro que impacta focalizadamente sobre los indicadores epidemiológicos de ciertos sectores de la comunidad como lo es la po-

blación obstétrica y perinatal, es un asunto que debe ser abarcado y dimensionado en su totalidad y real inmensidad; de esta forma, el desarrollo lógico y ético considerado sería que cualquier estrategia específica y focalizada siempre debiera enmarcarse sistemáticamente dentro de un cuadro general y transversal que haga alusión a la reducción de la infección en toda la comunidad, ya que de otra forma sería posible que en el largo plazo todos estos pequeños y aislados esfuerzos por mejorar parcialmente ciertos indicadores resultaran ser gastos infructuosos e ineficientes al ser analizados en base a indicadores epidemiológicos macros.

Por otra parte, es importante reconsiderar que una estrategia de prevención para el VIH/SIDA debiera involucrar a la mayor cantidad de actores, e intervenir en la mayor cantidad de niveles sociales de la comunidad, para así proteger e impactar a la mayor cantidad de personas. Es ampliamente reconocido que la prevención funciona, y también es más o menos conocido cuáles son las estrategias más efectivas para ciertos grupos poblacionales. En consideración a lo anterior, resulta vital que los profesionales de la salud aprendan a promover y a evaluar aquellos programas de prevención funcionales, potenciando su operatividad, subsidio y refinamiento; ya que ciertamente si a estos les son desconocidos, las estrategias y políticas preventivas no llegarán finalmente a la población para la cual fueron diseñados (Coates y Collins, 1998; Dilorio, Resnicow y Manteuffel, 1998).

Así como los cambios sociales, actitudinales, y conductuales de las nuevas generaciones hacen necesario y urgente que las necesidades en salud sean abocadas responsable y éticamente por los entes reguladores de las políticas públicas de salud, no menos importante es que en conjunto con lo anterior se crean instancias de consulta comunitaria para que funcionen como organismos reguladores de los servicios asistenciales, para responder a las expectativas de atención de la población, y para resguardar la necesidad de participación y de compromi-

so ético de las personas en la regulación de las políticas que les afectan. Finalmente, es necesario recordar que estas instancias de participación, consulta y debate comunitario en VIH/SIDA, deben velar por proteger ante todo la dignidad humana de la persona con y sin VIH/SIDA, por medio de la promoción de la igualdad, la tolerancia y el respeto a la libertad y a la expresión individual a través de todas las instancias de desarrollo social posibles existentes en las comunidades (Coley, Sikkema y Perry, 1997).

En conclusión, las evidencias de tendencias observadas en países desarrollados ciertamente nos dan luces de lo que podría pronto suceder en nuestro contexto; de manera que es responsabilidad de los profesionales y entidades abocados al cuidado de la población crear estrategias de acción focales y universales que permitan que la calidad de vida y atención se optimice en estos temas, ayudando por otra parte a controlar las tasas de seroprevalencia de todos los subgrupos de la comunidad nacional.

Finalmente, es importante recordar la responsabilidad ética que compete a Enfermería y demás profesiones de la salud en temáticas que como ya se dijo no son exclusivas ni privativas de la salud obstétrica y perinatal, sino que son ampliativas y por tanto también referidas a la salud social y comunitaria. La ausencia de programas de promoción y prevención extensivos y continuos a toda la población ciertamente es, por una parte, el principal factor de riesgo para adquirir el VIH, y por otra, es el principal factor promotor de su propagación; de manera que se invita a estimular el pensamiento crítico en base al análisis de evidencias nacionales e internacionales con el fin de tomar las herramientas cognitivas y actitudinales propias de cada disciplina, y ayudar a formular programas y políticas de salud responsables que impacten a la mayor parte de la población en forma efectiva y significativa.

Enfermería y Obstetricia son energías vitales dentro de los sistemas de salud; bajo su alero yace parte de la responsabilidad por humanizar la atención en salud; es labor y

responsabilidad de sus profesionales, iniciar una nueva comprensión del paradigma epidemiológico vigente. Enfermería y Obstetricia al ampliar su mirada, descubrirán que

bajo el problema social del VIH/SIDA hay una luz de esperanza que puede ser potenciada si se trabaja por resguardar el valor sagrado de quienes confían en sus cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, E., Matheson, P., Thomas, P., Thea, D., Krasinski, K., Lambert, G., et al. (1995). Neonatal predictors of infection status and early death among 332 infants at risk of HIV-1 infection monitored prospectively from birth. New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Study Group. *Pediatrics*, 96 (3), 451-458.
- Anderson, D. (1999). Assisted reproduction for couples infected with the human immunodeficiency virus type 1. *Fertility and Sterility*, 72 (4), 592-594.
- Anderson, K. (1998). Mujeres, SIDA y pobreza en las poblaciones de Chile; un enfoque desde los Derechos Humanos. *Cuadernos Mujer y Salud. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*.
- Beckerman, K. (2002). Mothers, orphans, and prevention of pediatric AIDS. *Lancet*. 359 (9313), 1168-1169.
- Bova, C. & Durante, A. (2003). Sexual functioning among HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDS*, 17(2), 75-83.
- Center for Disease Control and Prevention (2001). *HIV/AIDS Surveillance Report*. Recuperado el 1 de abril de 2005, de <http://www.cdc.gov>.
- Center for Disease Control and Prevention (2002). HIV testing among pregnant women, in United States and Canada during 1998-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, 1013-1016.
- Center for Disease Control and Prevention (2002). Progress toward elimination of perinatal HIV infection. Michigan, 1993-2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, 93-97.
- Center for Disease Control and Prevention (2003). *Rapid HIV-1 antibody testing during labor and delivery for women of unknown HIV status*. Recuperado el 1 de abril de 2005, de http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/materials/Labor&DeliveryRapidTesting.pdf.
- Coates, T. & Collins, C. (1998). Preventing HIV infection. *Scientific American*, 279 (1), 96-97.
- Coley, B., Sikkema, K. & Perry, M. (1997). *The role of women as opinion leaders in a community intervention to reduce HIV risk behavior*. [Resumen]. Presentado en la Conferencia Nacional sobre Mujeres y VIH, Pasadena, California.
- Comisión Nacional del SIDA (2001). *Política de prevención y control del VIH/SIDA*. Recuperado el 1 de abril de 2005, de <http://www.conasida.cl>.
- Comisión Nacional del SIDA (2001). *Resumen Epidemiológico SIDA N° 15*. Recuperado el 1 de abril de 2005, de <http://www.conasida.cl>.
- Comisión Nacional del SIDA (2003). *Estrategia de atención integral a personas que viven con VIH/SIDA*. Recuperado el 1 de abril de 2005, de <http://www.conasida.cl>.
- Comisión Nacional del SIDA (2004) Recuperado el 1 de abril de 2005, de <http://www.conasida.cl>.
- Cunningham, C., Charbonneau, T., Song, K., Patterson, D., Sullivan, T., Cummins, T. et al. (1999). Comparison of human immunodeficiency virus 1 DNA polymerase chain reaction and qualitative and quantitative RNA polymerase chain reaction in human immunodeficiency virus 1-exposed infants. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 18 (1), 30-35.
- DeCock, K., Shaffer, N., Wiktor, S., Simonds, R. & Rogers, M. (1997). Ethics of HIV trials. *Lancet*, 350 (9090), 1546-1547.
- Demas, P., Webber, M., Schoenbaum, E., Weedon, J., McWayne, J., Enríquez, E. et al. (2002). Maternal adherence to the zidovudine regimen for HIV-exposed infants to prevent HIV infection: a preliminary study. *Pediatrics*, 110 (3) 35.
- Dilorio, C., Resnicow, K. & Manteuffel, B. (1998). *Keepin' it R.E.A.L.: a comparison of two HIV prevention interventions* [Resumen]. Presentado en la 12ª Conferencia Mundial de SIDA, Ginebra, Suiza.
- Drapkin Lyerly, A. & Anderson, J. (2001). Human immunodeficiency virus and assisted reproduction: reconsidering evidence, reframing ethics. *Fertility and Sterility*, 75 (5), 843-858.

- European Mode of Delivery Collaboration (1999). Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet*, 353 (9158), 1035-1039.
- García, P., Kalish, L., Pitt, J., Minkoff, H., Quinn, T., Burchett, S. et al. (1999). Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *New England Journal of Medicine*, 341(6), 394-402.
- Healton, C., Taylor, S., Messeri, P., Weinberg, G. & Bamji, M. (1999). Effects of ZDV-based patient education intentions toward ZDV use, HIV testing and reproduction among a US cohort of women. *AIDS Care*, 11(6), 675-686.
- Ickovics, J., Wilson, T., Royce, R., Minkoff, H., Fernández, M., Fox-Tierney, R. et al. (2002). Prenatal and postpartum zidovudine adherence among pregnant women with HIV: results of a MEMS substudy from the Perinatal Guidelines Evaluation Project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30 (3), 311-315.
- International Perinatal HIV Group. (1999). The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *New England Journal of Medicine*, 340(13), 977-87.
- International Perinatal HIV Group (2001) Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS*, 15, 357-368.
- Ioannidis, J., Abrams, E., Ammann, A., Bulterys, M., Goedert, J., Gray, L. et al. (2001). Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/ml. *Journal of Infectious Diseases*, 183(4), 539-545.
- Lai, K. (1994). Attitudes toward childbearing and changes in sexual and contraceptive practices among HIV-infected women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 61(2), 132-136.
- Lindgren, M., Byers, R., Thomas, P., Davis, S., Caldwell, B., Rogers, M. et al. (1999). Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *JAMA*, 282(6), 531-538.
- Marcollet, A., Goffinet, F., Firtion, G., Pannier, E., Le Bret, T., Brival, M. et al. (2002). Differences in postpartum morbidity in women who are infected with the human immunodeficiency virus after elective cesarean delivery, emergency cesarean delivery, or vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (4), 784-789.
- Minkoff, H. & O'Sullivan, M. (1998). The case for rapid HIV testing during labor. *JAMA*, 279 (21), 1743-1744.
- Mrus, J., Yi, M., Eckman, M. & Tsevat, J. (2002). The impact of expected HIV transmission rates on the effectiveness and cost of ruling out HIV infection in infants. *Medical Decision Making*, 22, 38-44.
- Nduati, R., John, G., Mbori-Ngacha, D., Richardson, B., Overbaugh, J., Mutha, A. et al. (2000). Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA*, 283(9), 1167-1174.
- Newell, M. (1998). Mechanisms and timing of mother to-child transmission of HIV-1. *AIDS*, 12(8), 831-837.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas (2002). AIDS Epidemic Update. Recuperado el 1 de abril de 2005, de : www.unaids.org.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas (2004). "El informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2004". Recuperado el 1 de abril de 2005, de: <http://www.unaids.org/wad2004/report.html>.
- O'Shea, S., Newell, M., Dunn, D., García-Rodríguez, M., Bates, I., Mullen, J. et al. (1998). Maternal viral load, CD4 cell count and vertical transmission of HIV-1. *Journal of Medical Virology*, 54 (2), 113-117.
- Palma, I. (1998). No hay un discurso que facilite el uso del condón. *Cuadernos Mujer y Salud. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*.
- Petra Study Team (2002). Efficacy of three shortcourse regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 359(9313), 1178-86.
- Read, J. (2000). Cesarean section delivery to prevent vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. Associated risks and other considerations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 918, 115-121.

- Richter, D., Sowell, R. & Pluto, D. (2002). Factors affecting reproductive decisions of African American women living with HIV. *Women Health*, 36(1), 81-96.
- Saada, M., Le Chenadec, J., Berrebi, A., Bongain, A., Delfraissy, J., y Mayaux, M. et al. (2000). Pregnancy and progression to AIDS: results of the French prospective cohorts. SEROGEST and SEROCO Study Groups. *AIDS*, 14(15), 2355- 2360.
- Schoen, E., Limata, C. & Black, S. (2001) Unsuccessful voluntary prenatal testing for human immunodeficiency virus infection. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 20, 79-81.
- Shapiro, D., Tuomala, R. & Samelson, R. (2002). *Mother-to-child HIV transmission rates according to antiretroviral therapy, mode of delivery, and viral load (PACTG 367)*. [Resumen] Presentado en la 9ª Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Seattle, Washington.
- Sowell, R., Phillips, K., Seals, B., Murdaugh, C. & Rush, C. (2002). Incidence and correlates of physical violence among HIV-infected women at risk for pregnancy in the southeastern United States. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(2), 46-58.
- Stringer, J. & Rouse, D. (1999). Rapid testing and zidovudine treatment to prevent vertical transmission of human immunodeficiency virus in unregistered parturients: a cost-effectiveness analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 94(1), 34-40.
- Tess, B., Rodrigues, L., Newell, M., Dunn, D. & Lago, T. (1998). Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother to child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS*, 12(5), 513-520.
- Torres, M. & Cernada, G. (2003) Cultural landscapes and cultural brokers of sexual and reproductive health in U.S. Latino and Latin American populations. Recuperado el 1 de abril de 2005, de: <http://www.baywood.com/intro/276-7.pdf>.
- Van Devanter, N., Cleary, P., Moore, J., Thacker, A. & O'Brien, T. (1998). Reproductive behavior in HIV discordant heterosexual couples: implications for counseling. *AIDS Patient Care STDS*, 12 (1), 43-49.
- Wade, N., Birkhead, G., Warren, B., Charbonneau, T., French, P., Wang, L. et al. (1998). Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*, 339(20), 1409-1414.
- Webber, M., Demas, P., Enriquez, E., Shanker, R., Oleszko, W., Beatrice, S. et al. (2001). Pilot study of expedited HIV-1 testing of women in labor at an inner-city hospital in New York City. *American Journal of Perinatology*, 18 (1), 49-57.
- Weisser, M., Rudin, C., Battegay, M., Pfluger, D., Kully, C. & Egger, M. (1998). Does pregnancy influence the course of HIV infection? Evidence from two large Swiss cohort studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 17(5), 404-410.
- Welles, S., Pitt, J., Colgrove, R., McIntosh, K., Chung, P., Colson, A. et al. (2000). HIV-1 genotypic zidovudine drug resistance and the risk of maternal-infant transmission in the women and infants transmission study. The Women and Infants Transmission Study Group. *AIDS*, 14(3), 263-271.
- Zierler, S., Mayer, K., Moore, J. & Stein, M. (1999). Sexual practices in a cohort of US women with and without human immunodeficiency virus. HERS Study. HIV Epidemiology Research Study. *Journal of the American Medical Women's Association*, 54 (2), 79-83.