CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y LA SALUD MATERNO INFANTIL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

SERIE DE REUNIONES TECNICAS
1992
II

EDITADO POR HUGO R. MENDOZA
CON LA COLABORACION DE
ERWIN CRUZ BOURNIGAL

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

(CENISMI)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y LA SALUD MATERNO INFANTIL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

SERIE DE REUNIONES TECNICAS

1992

II

EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

CON LA COLABORACION DE

ERWIN CRUZ Y MARCOS ESPINAL

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

CENISMI
Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Ave. A. Lincoln #2
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1992, CENISMI, Todos los Derechos Reservados.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Serie de Reuniones Técnicas II, 1992.

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Infección por el VIH - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - 2. Inmunología - Infecciones. I. Mendoza, Hugo R, 1930 - II. CENISMI, III. Serie: Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los mismos. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados.

Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Hugo R. Mendoza
Director, CENISMI
Editor

Participantes

Dr. Hugo Mendoza, CENISMI

Dra. Juana Cruz Bello, CENISMI

Dr. Marcos Espinal, CENISMI

Lic. Elena de Paúl, Hospital Salvador B. Gautier, IDSS

Dra. Chabela Peña, Soc. Infectología, HRRC

Dr. Teófilo Gautier, Director HRRC

Lic. Rosa Lourdes Rosario, Compassion Internacional

Dr. Rubén Darío Pimentel, CENISMI

Dra. Rosa Nieves Paulino, Soc. Dom. de Pediatría

Lic. María del Carmen Wiese, ONAPLAN

Dr. Manuel Tejada Beato, Mat. Ntra. Sra. de la Altagracia, UNIREMHOS

Lic. Amelia Woody, Cuerpo de Paz

Dr. Erwin Cruz Bournigal, Dpto. Inmunología, HRRC

Lic. Iris Calcaño Avila, Hosp. Oliver Pino - IDSS, San Pedro de Macorís

Lic. Leah Steimel, Care Internacional

Dr. Héctor Ruíz Camacho, Hosp. Oliver Pino - IDSS, San Pedro de Macorís

Dr. Leonelo Bautista, CENISMI

Dra. Ellen Koenig, Lab. Nacional Dr. Defillo

Dr. Gregorio Soriano, CENISMI

Dr. Euclides Morillo, Depto. Epidemiología, HRRC

Lic. Santo Rosario, COIN

Lic. Tito Coleman, ALOSTECH

Dra. Scarlett Sánchez, Directora División TB, SESPAS

Lic. Rafael Ortíz, Depto. TB, SESPAS

Dra. Luz Tavárez de Huguet, Soc. Dom. de Medicina Perinatal

Lic. Teófilo Terrero, COIN

Dra. Dulce María Polanco, CENISMI

Lic. Josefina de Bernier, Oficina Nacional de Estadística

Ing. Federíco González Avilés, Director Oficina Nacional de Estadística

Lic. Esmeralda Khoury, Cruz Roja Dominicana

Dra. Marítza López Mateo, UNIREMHOS, HRRC

Dra. Daphne Ramos Saleta, Región V, SESPAS

Dra. Víctoria Soñé, CENISMI

Dr. Jesús Feris Iglesias, Depto. Infecto-Contagioso, HRRC

Dra. Silvia Collazo Arocho, Centro Sanitario, Santo Domingo

Dr. Eduardo Ogando, CENISMI

Dr. Domingo Vásquez Pantaleón, Región IV - Materno Infantil, SESPAS

Dr. Milcíades Albert, ISAPEC

Dr. Diógenes Aybar, ISAPEC

Dra. Tomiris Valerio, CENISMI

Dra. Dulce Chahín, CENISMI

Dr. José Ernesto Pujols, Asistente Asesor Técnico de la Presidencia

Dra. Doris Miguel, Región V, SESPAS

Dr. Gilberto Rivera, ADOFLAFAM

Lic. Gisela Ventura, IDDI

Dra. Mónica Thormann, IDSS, Hosp. Salvador B. Gautier

Dr. Félix Alcántara, Plan Internacional

Lic. Fior Daliza Tejada, IDDI

Dra. Teolinda Alarcón, HRRC

Lic. Plutarca Bidó, Centro Cristiano de Servicios Médicos, Proyecto Niños

Lic. Elizabeth Seunarine, Centro Cristiano de Servicios Médicos, Proyecto Niños

Lic. Antonio De Moya, PROCETS

Dra. Solange Soto, Depto. de Inmunología, HRRC

Dra. Elizabeth Gómez, PROCETS

Dr. Juan Carlos Millán, Instituto de Medicina Tropical, Habana, Cuba

Dra. Ivelisse Garris, PROCETS

Ing. Carmen Germán, Directora Ciencia y Tecnología, ONAPLAN

Dra. Carmen Buret, Acción Evangélica para el Desarrollo

Dr. José Ducos, PROCETS

Lic. Adela Ramírez, PROCETS

Dra. Aurelina Castro, Depto. de Infectología, HRRC

Dra. Josefina García-Coén, CENISMI, Supervisora Nacional Materno Infantil, SESPAS

Dra. Rita González, Región 0 - Materno Infantil, Hospital Los Minas

Lic. Louise Dierks, Cuerpo de Paz

Lic. Miriam Serrano, CONAPOFA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la situación clínica determinada por la infección de un retrovirus conocido como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), transmitido por contacto humano a través de abrasiones mucosas que facilitan el paso del gérmen a la sangre, así como por la administración parenteral de productos sanguíneos contaminados, por lo que el contacto sexual humano y las transfusiones o inyección de productos sanguíneos son las vías de infección más comúnes.

Todos los elementos que potencializan los mecanismos de transmisión aumentan los riesgos de infección: homosexualidad, prostitución sexual, drogadicción parenteral, la terapia con productos biológicos sanguíneos, así como todas las situaciones que favorezcan el contàcto y manipulación de sangre humana (odontológos, laboratoristas, enfermeras y médicos).

La infección por el VIH en niños ocurre principalmente por el paso de sangre de una madre infectada al feto, antes, durante, o inmediatamente después del parto, así mismo como consecuencia de la terapia con productos biológicos sanguíneos o accidentalmente en determinadas situaciones de riesgo (odontoterapia, terapia quirúrgica, inyecciones).

Aunque el VIH ha sido aislado en la leche materna su transmisión a través de la misma no es concluyente.

El período de incubación es largo (5 a 10 años), y el pronóstico es pobre, ya que alrededor del 85% fallece como consecuencia de la enfermedad, antes de los 5 años después del inicio de la misma.

Fisiopatológicamente el SIDA se caracteriza por una disminución o abolición de los mecanismos inmunológicos de defensa relacionada con la inmunidad celular, al "destruir" el virus los organismos responsables de la mismas (Linfocitos T), lo que favorece el desarrollo de infecciones oportunisticas y neoplásicas, responsables del pobre pronóstico de la enfermedad.

La fiebre de larga duración, la diarrea crónica, la linfoadenopatía generalizada, la pérdida de peso y la disfunción neurológica podrían considerarse como

los cuatro signos más importantes de la enfermedad y resultantes del proceso infeccioso per se.

Los cuadros clínicos relacionados con los diversos sistemas orgánicos, los cuales todos pueden ser afectados, están en relación con las enfermedades oportunísticas y neoplásicas que se desarrollen, destacando las neumonías y lesiones cutáneas y donde participan microorganismos como el Neumocistis carini, Giardias, Cándida albicans y el Mycobacterium tuberculoso.

El rápido progreso de la enfermedad, desde su descubrimiento en 1981, ha provocado una de las más graves pandemias sufridas por la humanidad, con una tendencia progresivamente creciente, que ha determinado su consideración como una verdadera emergencia mundial. El no descubrimiento de una droga efectiva y las dificultades en el desarrollo de una vacuna apuntan a lo señalado. No obstante, los esfuerzos mundiales para el conocimiento y búsqueda de los elementos que puedan neutralizar la enfermedad, son considerables, y posiblemente ninguna otra enfermedad ha obligado a tanta derivación de recursos humanos y financieros en la historia de la humanidad.

Hasta diciembre del 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informaba que el número total de casos de SIDA notificados era de 431,590 a nivel mundial, de los cuales 250,623 correspondían a las américas

De los casos notificados de América Latina y El Caribe, la mayor frecuencia es de Brasil (46%), seguido por México (18%), El Caribe Latino (10%), el área andina (9%), El Caribe no Latino (7%), Centro América (6%) y el cono sur (4%). (Espinal, M: La pandemia del SIDA, Documento de trabajo para la Reunión Técnica).

Los primeros casos de infección por el VIH en la República Dominicana, fueron detectados tan pronto estuvieron disponibles en el país las facilidades para su identificación, en 1983 (Koenig, H). La búsqueda activa de casos en las poblaciones de riesgo puso rápidamente en evidencia la magnitud del problema, y

aunque no ha sido posible un estudio que permita conocer la real prevalencia de la infección, los datos existentes señalan a la infección por el VIH como un problema de salud importante.

Hasta marzo del 1992, se habían notificado en el país 1645 casos de SIDA (según criterios de definición de casos de OMS), dando una tasa anual promedio de 3.8/100000 habitantes con las observaciones pertinentes en relación a la pasividad del sistema de vigilancia y sus dificultades operativas en los últimos años (Pérez-Méndez, J (PROCETS): El SIDA en la Rep Dom, Documento de trabajo para la Reunión Técnica; PROCETS: La Epidemia de SIDA en Rep Dom, SIDA: 1992; 4: No. 1-3). La seropositividad en donantes de sangre ha sido de 0.3% (700/109130). Es de interés la seropositividad observada en los estudios de un organismo privado que requiere la prueba del VIH a mayores de 15 años, y que podría tomarse como representativa de la población dominicana por las características de azar de la muestra; siendo la prevalencia de seropositividad confirmada de 0.20% (24/11566) en 1991. Si tomamos esta última prevalencia de seropositividad podría estimarse una tasa de 207 infectados por 100000 habitantes equivalente a 14490 individuos infectados. (Espinal, M: op cit).

Durante los primeros años de la epidemia la relación de casos masculino: femenino se mantuvo en la proporción de 4:1, observandose a la homo-bisexualidad como el principal factor de riesgo, quizás por la focalización de los estudios serológicos en estos grupos; sin embargo, a partir del 1987 cuando el uso de la prueba diagnóstica se extendió el número de casos femeninos aumentó predominando la enfermedad en heterosexuales, y llevando la relación hombre: mujer a 2:1, lo que determinaría, de aceptar la prevalencia de adultos infectados señalada previamente que hubieron en 1991, un total de 4830 mujeres infectadas, principalmente en edad fértil. Hasta el 16 de marzo del 1992, el 67.8% de casos eran en varones y el 32.2% en mujeres, siendo las edades de 15 a 45 años la más afectada y las regiones de Salud 0, II y VII las de mayor incidencia (Pérez-Méndez, J: op cit; PROCETS: op cit).

La categoría de riesgo más importante es la heterosexual, (52.5%), siguiendole la homo-bisexualidad (12.9%), transfusiones sanguíneas (5.2%), hijo de madre positiva (1.5%) y usuarios de drogas intravenosas (1.2%). El 26% no se asocia a riesgo conocido.

Aunque de difícil precisión algunos factores están siendo identificados como contribuyentes al cambio del patrón epidemiológico de riesgo de la infección por el VIH, de uno homo-bisexual a uno heterosexual, hecho que parece haberse iniciado anteriormente al 1986. La práctica homosexual de varones jóvenes heterosexuales con fines económicos parece ser un factor influyente en el proceso (De Moya A: Riesgo de Transmisión heterosexual del VIH como función del comportamiento bisexual de menores trabajadores sexuales de la calle, Documento de trabajo preparado para la Reunión Técnica), actividad que parece aumentada con el auge del turismo en los últimos años.

La tendencia heterosexual del riesgo de infección conjuntamente con el incremento de los casos en mujeres hace dirigir la atención a la potencial extensión de la epidemia y al impacto de la misma en la mujer embarazada y en los niños. La prevalencia de infección por VIH en una muestra, aunque no representativa, de mujeres embarazadas y niños recién nacidos de la Maternidad de Santo Domingo recientemente analizada fue de 0.94% y 0.67% respectivamente con un promedio de 0.8% (PROCETS: Encuestas serológicas de prevalencia de infección por el VIH, 1991). Y como se estima que un tercio de los hijos de madres VIH positivas contraeran la enfermedad, anualmente se producirían 533 casos de SIDA en niños, por transmisión vertical (madre a hijo).

Hasta diciembre de 1991 el 2.5% de los casos de SIDA se habían presentado en niños menores de 15 años, incidencia cercana a la de América Latina (3%) y baja comparada con la incidencia en El Caribe (7%).

Los cambios observados en el patrón de riesgo de los casos de SIDA apuntan a un potencial aumento de mujeres infectadas y por tanto de la potencial transmisión al recién nacido y aumento de casos en este grupo etáreo. El 92% de los niños infectados por el VIH conocidos hasta ahora en el país lo han sido por transmisión vertical de madre a hijo (Cruz-Bournigal E: Documento de trabajo preparado para la Reunión Técnica), lo cual refuerza las consideraciones anteriores.

Esta situación no es privativa de nuestro país si no que puede observarse como una tendencia mundial lo que ha hecho considerar a la mujer y al niño por parte de los organismos internacionales de salud como grupos prioritarios para el desarrollo de actividades de atención y prevención (Espinal M: SIDA y Salud Materno-Infantil, Documento de trabajo preparado para la Reunión Técnica).

Se espera que para finales de la presente década el 80% de todas las infecciones por el VIH serán resultados de la transmisión heterosexual, estimandose que en los actuales momentos existen 3 millones de mujeres y 5 millones de hombres infectados, provenientes en su mayoría de Africa y América.

Es de interés señalar que en el área de El Caribe se refleja de forma importante el fenómeno que analizamos, ya que la relación hombre: mujer es de alrededor de 1.8, reflejo de un aumento en el número de notificaciones por transmisión heterosexual, y ciertamente la proporción de casos de SIDA en mujeres de la región ha pasado de 18.3% en 1983 a 35% en 1989; y no menos importante el hecho de que para dicho año de 1989, el 11% de todos los casos fueron en niños menores de 5 años todos hijos de madre positivas para el VIH.

El impacto de la situación planteada sobre la salud de madres y niños puede considerarse mediante el estudio de ciertos indicadores e implicaciones sociales.

Ha sido bien documentado que el 80% de los casos de SIDA pediátrico es debido a la transmisión del VIH in útero durante el embarazo, y en menor escala al momento del parto. Numerosos estudios han confirmado dicha hipótesis, estimán-

dose que la tasa de transmisión oscila entre el 10 y 52%. Más del 50% de estos niños infectados por el VIH mueren antes del primer año de edad y el 80% mueren antes de cumplir el 5to. año de vida, lo que de todas formas contribuirá a incrementar las tasas de muertes en niños menores de uno y cinco años respectivamente.

En ese sentido, ha sido sugerido por algunos expertos en la materia, que el impacto de la infección por el VIH sobre la mortalidad por todas las causas en niños menores de 5 años podría exceder el impacto de la misma sobre la mortalidad por todas las causas en infantes menores de un año, estimándose que en un país como Haití, el SIDA produciría un aumento de la mortalidad por todas las causas en niños menores de 5 años entre 6 y 48%. De la misma forma, la mortalidad por todas las causas en aquellos menores de un año, solamente aumentaría entre 2 y 15%. En adición, se ha postulado que si se asume una tasa de transmisión media madre-hijo de 35% y una seroprevalencia en mujeres embarazadas de 0.5%, la infección por VIH será responsable de un incremento proporcional en la mortalidad en niños por todas las causas entre 5 y 10%, la cual se incrementaría a medida que la seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas también aumente.

De ser ciertas las aseveraciones anteriores, las ganancias alcanzadas en supervivencia infantil podrían estar a riesgo de ser revertidas en aquellos países, como es el caso de Haití, en donde el VIH está presente en una sustancial proporción de mujeres embarazadas.

Dentro de las implicaciones sociales resultantes de la situación planteada, tenemos el hecho que se refiere a las mujeres infectadas por el VIH, que hoy se asume son tres millones, y a las consecuencias sociales sobre los hijos de estas. Dichas mujeres, morirán en un período no mayor de 7 años luego del diagnóstico, contribuyendo a aumentar las tasas de mortalidad materna por VIH y por todas las causas. Habrá un 35% de sus hijos infectados también por el virus, pero existirá

también un 65% de los mismos no afectados por dicha infección. Los niños positivos al VIH morirán, pero aquellos no afectados quedarán huérfanos, con todas sus consecuencias sociales.

Un punto de interés y probablemente uno de los menos estudiados en relación con el SIDA, se refiere al rol de la lactancia materna en la transmisión del VIH, ya que este ha sido aislado en la leche materna, y que de demostrarse su importancia en la transmisión del mismo, sería impredecible su efecto en los países en vías de desarrollo.

En ese sentido, y tomando una vista a la evidencia existente sobre la posible transmisión del VIH por la leche materna, es de todos muy claro que la misma no es concluyente. El estudio más reciente conducido en Rwanda, 217 mujeres sero-negativas para el VIH, al momento del parto, fueron seguidas prospectivamente con sus niños; todas estaban lactando y ninguno de los niños recibió transfusión sanguínea. Luego de 16 meses de seguimiento, 16 de las mismas resultaron positivas al VIH y 8 de sus niños también. El único factor de riesgo atribuible para que los niños se infectaran luego del nacimiento fue la lactancia materna a través de sus madres. Sin embargo, la mayoría de los casos positivos al VIH fueron detectados en los primeros tres meses post-parto, lo que pudiera hacer suponer que la transmisión ocurriera intrautero. Debe recordarse, que existe un período de latencia, estimado en 6 meses, para que la prueba para la infección por el VIH se haga positiva después de haber adquirido el virus.

Este y otros estudios muy limitados, sugieren que el riesgo de contraer el VIH a través de la lactancia, si existe, parece ser muy bajo, y en los actuales momentos los beneficios que aporta la leche materna sobrepasan dicho riesgo, por lo que la OMS recomienda que la misma debe promoverse y continuarse en países donde los recursos sean escasos.

La definición del SIDA pediátrico según la OMS está basada en la presencia de signos mayores (pérdida de peso, poco progreso pondero-estatural, diarrea crónica, fiebre de evolución prolongada) y signos menores (linfodenopaía generalizada, candidiasis, otitis y faringitis a repetición y dermatitis generalizada) (Cruz-Bournigal E: op cit).

Es importante distinguir entre infección por el VIH y el SIDA pediátrico.

Los vías de transmisión están claramente definidas siendo la más importante la materno-fetal. Se ha encontrado el virus en las placentas y fetos de 15 y 20 semanas de madres infectadas, lo que va relacionado con la transmisión precóz durante la gestación. Así mismo puede transmitirse el virus durante el parto por contacto con sangre y secreciones vaginales.

Los mayores riesgos de transmisión están asociados a valores bajos de linfocitos T (CD4) en la madre así como a la ausencia de anticuerpos a la glico proteína 120 (GP 120) del virus.

Aunque no se conoce con exactitud el período de incubación, se tiene establecido que es más corto en niños que en adultos, y en los niños infectados por transmisión vertical.

El desarrollo de técnicas de laboratorio que permitan la detección más temprana de los anticuerpos expresivos de infección en el niño, permitirá precisar mejor las características evolutivas de la infección, así la detección de los anticuerpos para VIH del tipo de la IgA, mediante método recientemente desarrollado y aplicandose desde hace poco tiempo entre nosotros contribuirá al conocimiento de tales características, y naturalmente a una mejor precocidad en el diagnóstico de la infección y a la toma de medidas profilacticas (Koenig H: Detección temprana de la infección por el VIH, Documento de trabajo para la Reunión Técnica).

Evolutivamente se distinguen dos formas clínicas de los casos adquiridos en útero; una de inicio temprano y de enfermedad severa y otra de inicio tardío y más lento progreso, estando relacionada la primera forma a infección durante los primeros meses de gestación y la segunda con infección cercana al parto.

La primera forma evolutiva se asocia a una mayor incidencia de infecciones oportunistas, encefalopatías, nefropatías y cardiopatías severas. La forma de evolución lenta se asocia más comúnmente a adenopatía generalizada, hiperplasia parotidea y neumonitis intersticial linfoidea.

Es de interés puntualizar que la embriopatía descrita por algunos autores no ha sido aceptada universalmente.

En los niños es raro encontrar linfopenia contrario a la hipergamaglobulinemia que es más marcada, así como son más frecuente las infecciones bacterianas y la encefalopatía progresiva, contrariamente a la poca frecuencia de el Sarcoma de Kaposi y el linfoma por célula B.

El control de los valores de linfocitos T (CD4) en los niños infectados es importante para la toma de acciones profilácticas, puntualizandose que los valores de CD4 menores de $1500/mm^3$ en niños de 1 a 11 meses de edad, 750 entre 12 y 23 meses, 500 entre 2 y 5 años y de 200 entre 6 o más años, obliga a iniciar profilaxis con Trimetropim-Sulfa y/o Pentamidina.

Hasta el momento actual sl Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital de Niños Robert Reid Cabral, responsable del seguimiento y atención de los niños infectados por el VIH,ha tenido bajo su control 49 niños (Cruz-Bournigal, E: Manejo del Niño con SIDA, documento de trabajo para la Reunión Técnica), referidos de diversos centros públicos y privados.

De estos 49 niños, 18 (37%) son menores de 18 meses, siendo el de menos edad de 41 días. Cuarenticinco casos (92%) han sido infectados por transmisión vertical y 4 por transfusiones de sangre. El 22% (11 casos) han fallecidos.

Las manifestaciones clínicas predominantes ha sido la dermatitis generalizada, diarrea prolongada, fiebre prolongada, desnutrición, la hipertrofia parotidea, TB pulmonar e infecciones por monilias.

Es de interés señalar que el evidente aumento de los casos de TB en el mundo podrían tener relación con la pandemia de SIDA, por la evidente frecuente asociación y la predisposición a la activación de tuberculosos infectados por el VIH. La infección por VIH puede anergizar a los infectados por TB (Espinal, M: Reacción a la prueba de la tuberculina a persona infectada por el VIH, Documento de trabajo para la Reunión Técnica); así mismo, el 6.8% de mujeres, y el 3.2% de niños con TB están infectados por el VIH (Espinal, M: Infección por el VIH, SIDA y TB en mujeres y niños, Documento de trabajo para la Reunión Técnica).

Las más importantes dificultades relacionadas con el manejo del niño infectado con el VIH están vinculadas al peso que dichos pacientes ejercen sobre los recursos hospitalarios existentes, precarios de por si, para atender otras patologías agudas y potencialmente recuperables; así mismo los problemas suscitados por las actitudes negativas de parte del personal médico y paramédico, con evidente conducta de rechazo y descuido, a lo que contribuye la ausencia de normas hospitalarias para el manejo del niño infectado y de las circunstancias que lo rodean. Problema singular lo constituye el niño con SIDA huérfano y adoptado, y como ejemplo de tales situaciones valga señalar el seguimiento de uno de los niños infectados que lleva ya 84 consultas, y el de otro, que lleva 180 días de hospitalización. Los costos reales de la atención de un niño con SIDA no han sido aún cuantificado en el país.

Desde que se comprendió el grave problema de salud que significaba la infección por el VIH y el SIDA para la República Dominicana, se iniciaron diversos esfuerzos estatales y privados para tratar de poner en las perspectivas

correspondientes la situación y desarrollar actividades dirigidas a la prevención de dicha infección. En 1987 se inició el Programa para el Control de las Enfermedades de Transimisión Sexual y SIDA (PROCETS), bajo control de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

El programa, de intensa actividad en sus primeros años, en sus aspectos y objetivos fundamentales tales como educación comunitaria, vigilancia e investigación, se ha visto debilitado en sus últimos años por razones financieras y estructurales de su administración.

Ha contribuído a este debilitamiento la política de los organismos de ayuda extranjera, al no facilitar recursos a organismos o agencias estatales, fomentando, por otra parte, a los organismos privados voluntarios sin fines de lucro (OPV) llamados también, organismos no gubernamentales (ONG), unido a las características culturales propias de nuestros organismos estatales influídos por las políticas personales y grupales de los funcionarios de los gobiernos.

Estas razones han hecho surgir en los últimos años numerosos organismos no gubernamentales, alrededor de 25, que señalan en sus objetivos su interés por el SIDA, desde su participación en actividades educativas y preventivas hasta la atención de enfermos y cuidado de niños infectados (Guerrero E: Papel de las ONG's en la lucha contra el SIDA en la Rep Dom, comunicación a la Reunión Técnica).

Los propósitos de estas ONG son plausibles, sin embargo, su dispersión, su débil estructura administrativa, su dependencia de recursos externos con baja sostenibilidad a largo plazo, limitan su cobertura y actividades, y hacen necesario los esfuerzos que se realizan para integrarlas dentro de un programa nacional que normatice las actividades de prevención del SIDA.

Indudablemente que dentro de las actividades necesarias para la atención al problema del SIDA en la República Dominicana, la información y educación

comunitaria juega un papel fundamental, y son precisamente los esfuerzos del PROCETS y de determinadas ONG en tal sentido, los más distinguidos.

En los primeros años de la epidemia las actividades educativas y preventivas se concentraron en los grupos de riesgos hasta el momento identificados, para en los últimos años mostrar la tendencia a expandirse a toda la población (Albert, M: Los Programas Educativos para la prevención del SIDA en la República Dominicana, Documento de trabajo para la Reunión Técnica), sin embargo, aunque dichas actividades para los grupos de riesgo lucen excelentes, bien fundadas y con objetivos claros, aquellas dirigidas a la población general son vagas, difusas, poco específicas; sin normatización y más bien ciclicas, sintiéndose la ausencia de criterios sobre el contexto de valores, siendo no obstante su contenido excelente e imaginativo, haciendose necesario programas que generen criterios de valores éticos y morales, y conciencia de responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad de las personas. Apunta hacia esas características el programa en desarrollo del Instituto de Educación Sexual de la Asociación Proeducación y Cultura (Albert, M: op cit).

Son de observación también los hechos de que existen dudas sobre la calidad de los recursos preventivos ofrecidos, extremada concentración de recursos en los grupos de riesgo, ausencia de coordinación entre los organismos no gubernamentales que tratan de incidir en el problema, así como entre los programas educativos; notorio es también la falta de conciencia sobre el problema de parte de los publicistas y medios de comunicación, así como la escasa participación de la iglesia y la nula participación por parte de los grupos económicos de relieve nacional. Por último, ninguno de los programas existentes tienen alcance nacional para cualquiera de los grupos sociales y etarios existentes (Albert, M: op cit).

De interés es señalarse la evidente disminución de los recursos externos y la fragilidad de sostenibilidad económica de la mayoría de los organismos envueltos en las acciones contra el SIDA, incluyendo los de dependencia gubernamental.

La infección por el VIH y el SIDA en la República Dominicana es, por la magnitud del problema, su tendencia a incrementarse y el predominio de la heterosexualidad en el patrón de riesgo, con el aumento de los casos en mujeres y niños, y la existencia de situaciones sociales que facilitan su expansión hacen a la misma, uno de los problemas de salud más importantes si no el más importante del país.

Los esfuerzos estatales y privados realizados hasta ahora con fines de prevención, vigilancia e investigación requieren de un proceso de integración y coordinación más efectivo, con el apoyo técnico y financiero adecuado.

Las acciones de prevención, fundamentadas principalmente en la educación de la comunidad, requieren de una intensificación y ampliación urgente, con el desarrollo de estrategias para llegar a todos los grupos etarios a nivel nacional, sin olvidar los factores sociales y económicos modelantes de la cultura sexual.

Las actividades de educación para médicos y personal paramédicos deben ampliarse; así como la normatización para el manejo del paciente con SIDA debe ser establecida procurandose al máximo los recursos para su establecimiento y cumplimiento.

Diversos aspectos éticos deben ser debidamente estudiados, dándole la atención que requieren, tales como los asociados al problema del destino del producto de un embarazo de una mujer VIH positivo y el cuidado del enfermo de SIDA y la atención humana que requiere.

El hallazgo de un liderazgo nacional que contribuya al proceso organizativo de las acciones, estrategias y políticas es una prioridad inminente.

Cuadro 1

Criterios para la consideración de casos de SIDA (OMS)*

En adultos

Presencia de anticuerpos para el VIH confirmada por la prueba de Western Blot +

Dos o más signos mayores y por lo menos un signo menor

o Sarcoma de Kaposi generalizado o meningitis criptocococica

Signos Mayores	Signos Menores
Pérdida de peso igual > 10% peso corporal	Tos > 1 mes
Diarrea > 1 mes	Dermatitis pruriginosa generalizada
Fiebre > 1 mes	Herpes Zoster recurrente
	Candidiasis oro-faringea
	Herpes simple, progresivo y generalizado
	Linfodenopatía generalizada

En niños < 5 años

Presencia de anticuerpos para el VIH confirmada por la prueba de Western Blot +

Dos signos mayores y por lo menos dos signos menores

Signos Mayores	Signos Menores
Pérdida de peso o ganancia lenta	Linfodenopatía generalizada
Diarrea > 1 mes	Candidiasis oro-faringea
Fiebre > 1 mes	Infecciones comúnes repetidas (otitis, faringitis)
	Tos persistente
	Dermatitis generalizada

*) SESPAS/PROCETS/OPS: Manual de Normas de Vigilancia Epidemiológica de la Infecció por el VIH y SIDA, Serie de Manuales Técnicas, 1991

Cuadro 3

Hallazgos clínicos más importantes en los casos de SIDA en niños bajo observación en la Clínica de Alergia e Inmunología del Hospital de Niños Robert Reid Cabral, Santo Domingo (50 casos)

	N	%
Episodios diarreícos frecuentes	29	58
Infecciones por monilias	19	38
Episodios de IRA frecuentes	15	30
Linfadenopatía generalizada	8/33	24
Hipertrofia Parotidea	11	22
Bajo Peso (< 10 P)	9	18
TB Pulmonar	9	18
Sepsis	4	8
Otitis	3	6
Meningitis	3	6

Cuadro 4

Causas de muerte en 13 casos de niños fallecidos por SIDA*.

Total de fallecidos	13/50	26%
Meningitis	4/13	30.7%
Candidiasis digestiva	3/13	23%
Sepsis + SCID	2/13	15.3%
TB Pulmonar	2/13	15.3%
Encefalitis/Varicela	1/13	7.6%
Deshidratación aguda	1/13	7.6%

*) Cruz-Bournigal, E: Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital de Niños Robert Reid Cabral.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

(CENISMI)

Reunión Técnica sobre

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

como Problema de Salud Materno Infantil

en la República Dominicana

Abril 23, 1992

Hotel Santo Domingo Sur

Salón Cabuya

Programa

8:30 - 8:35	Introducción y Metodología de Trabajo.	H. Mendoza, CENISMI
8:35 - 9:00	La Pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.	M. Espinal, CENISMI-Universidad de Berkeley, CA, EUA
9:00 - 9:30	El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la República Dominicana. Situación Actual.	J. Pérez Méndez, PROCETS
9:30 - 10:00	El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Niños.	E. Cruz Bournigal, HRRC
10:00 - 10:30	Preguntas y Comentarios.	
10:30 - 11:00	Café	
11:00 - 11:30	Detección Temprana de la Infección por HIV en Niños.	E. Koenig, Lab. Nacional de Salud Pública
11:30 - 12:00	Manejo del Niño con SIDA en la Rep. Dom. Facilidades y Dificultades.	E. Cruz Bournigal, HRRC
12:00 - 12:30	Papel de la ONGS en la lucha contra el SIDA en la República Dominicana.	E. Guerrero, COIN
12:30 - 1:00	Preguntas y Comentarios	
1:00 - 2:30	Almuerzo	

2:30 - 3:00	Infección por el VIH, SIDA y TB en Mujeres y Niños. M. Espinal, CENISMI-Universidad de Berkeley, CA., EUA
3:00 - 3:30	Prostitución Infantil e Infección por HIV A. de Moya y A. Fiallo, PROCETS
3:30 - 4:00	Los Programas Educativos para la Prevención del SIDA en la Rep. Dom. Estado Actual. M. Albert, ISAPEC
4:00 - 4:30	Preguntas y Comentarios
4:30 - 5:00	Recomendaciones Finales. Fin de la Reunión.

PATROCINIO

unicef

NESTLE DOMINICANA

CODETEL

COMPAÑIA EMBOTELLADORA, C POR A

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA