

## TENDENCIAS DE LA MORBI-MORTALIDAD del VIH/SIDA EN EMBARAZADAS Y NIÑOS. VENEZUELA 2000-2014.

Alejandro Rísquez<sup>1</sup>, Ana Carvajal<sup>2</sup>, Tatiana Drummont<sup>3</sup>, José Vicente Franco<sup>4</sup>.

---

**RESUMEN:** *Introducción:* Los casos y muertes por VIH en la edad pediátrica en Latinoamérica han disminuido 17% y 30% respectivamente, aunque su comportamiento es muy heterogéneo, igual que sus programas de atención. El objeto del estudio es conocer la tendencia de la mortalidad materna e infantil en menores de 5 años por VIH/SIDA en Venezuela durante el lapso 2000-2014. *Métodos:* Revisión información oficial y registros de morbilidad y mortalidad VIH/SIDA del MPPS Venezuela 2000-2014. Series cronológicas según edades, sexo y tasas específicas, números absolutos y relativos, regresión lineal y razón de brecha y Razón Estandarizada de Mortalidad con intervalos de confianza por Poisson con 95% confianza y, de los inter-lapsos con prueba estadística Z ( $\alpha=0,05$ ). *Resultados:* La morbilidad y la mortalidad en ascenso ( $r=0,596$ ) menores 1 año. Se estiman 1500 a 1800 mujeres gestantes VIH positivas y van en aumento; la letalidad ha disminuido. Se detectan más 50% como infecciones asintomáticas, el resto sintomático o enfermo SIDA. El riesgo de morir antes de los 5 años está distribuido muy desigual: existe 10 veces mayor riesgo en los menores de 1 año vs. de 1-4 años. El mapeo epidemiológico muestra como los estados del centro y sur-oriente tienen mortalidad infantil más alta. *Discusión:* Aumento de la morbilidad y mortalidad de VIH/SIDA en la población infantil y las mujeres gestantes que se puede asociar a diagnóstico tardío e inicio de la terapia antirretroviral inoportuna; además de fallas en la promoción de sexualidad segura y responsable en adolescentes y adultos en edad reproductiva.

**Palabras claves:** mortalidad, morbilidad, epidemiología, VIH/Sida, infantil.

**ABSTRACT:** *Introduction:* Cases and deaths from HIV in the pediatric age in Latin America have declined 17% and 30% respectively, although between countries behavior is very heterogeneous, as well as among care programs. The object of the study is to know the trend of maternal and child mortality in children under 5 years by HIV/AIDS in Venezuela during the period 2000-2014. *Methods:* Reviewed official information and

*records of morbidity and mortality HIV/AIDS of the MPPS Venezuela 2000-2014. Time series according to age, sex and specific rates, absolute and relative numbers, linear regression and reason for gap and standardized by reason of mortality with confidence intervals by Poisson with 95% confidence, and inter-time-lapse with statistical test Z ( $\alpha = 0,05$ ). Results: Morbidity and mortality rising ( $r = 0,596$ ) under 1 year. 1500 to 1800 pregnant women HIV positive are estimated and on rise; the case-fatality rate has decreased. More than 50% are detected as symptomless virus infections, the rest sick or symptomatic AIDS. The risk of dying before the age of 5 is distributed very unequally: there is 10 times higher risk in children under 1 year vs. 1-4 years. The mapping epidemiological shows as those States of the Centre and East have mortality child more high. Discussion: Increase the morbidity and mortality of HIV/AIDS among children less than 5yo and pregnant women may be associated with delayed diagnosis and onset of ill-timed antiretroviral therapy; In addition to lack of promotion of safe and responsible sexuality in adolescents and adults in reproductive age.*

**Key words:** mortality, morbidity, epidemiology, HIV/AIDS, child.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo a ONUSIDA, en América Latina el número de nuevas infecciones por el VIH en 2014 fue un 17 %, menor que en el

1. Profesor Asociado. Especialista en Pediatra-Epidemiología. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Universidad Central de Venezuela.
2. Especialista en Medicina Internista-Infectología. Servicio Infectología. Hospital Universitario de Caracas.
3. Especialista en Pediatría-Infectología. Servicio Infectología. Hospital Universitario de Caracas.
4. Especialista en Pediatría-Infectología. Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira.

Recibido: 05-05-18

Aprobado: 08-01-19

año 2000, por lo tanto, están disminuyendo. Sin embargo, a pesar de ello, para el mismo año 2014 se aprecian en 87.000 [70.000–100.000] casos. Las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 31 % en América Latina <sup>1</sup>.

Los países latinoamericanos tienen comportamientos heterogéneos y algunos mantienen tasas elevadas de infección por el VIH, con prevalencias que oscilan desde el 0,2% hasta el 1,7% de la población. Para Venezuela la prevalencia estimada por ONUSIDA es de 0,5% de la población, siendo su transmisión predominante por vía sexual <sup>1</sup>.

**TENDENCIAS DE LA MORBI-MORTALIDAD del VIH/SIDA EN EMBARAZADAS Y NIÑOS.  
VENEZUELA 2000-2014.**

La epidemia global de infección por VIH fue develada en los años 80, Venezuela registra su primer caso en el año 1983 y a partir de ese momento se ha evidenciado un incremento continuo del número de casos y muertes hasta el momento actual <sup>2</sup>. La prevalencia en el periodo 2011 a 2015 en Venezuela, para el grupo de 15 a 49 años según estimaciones de ONUSIDA es de 0,5% (0,5-0,6%) <sup>1</sup>. En un estudio realizado en el estado Aragua en el año 2004 en donde se evalúan 26.631 embarazadas se evidenció una prevalencia de infección por VIH en embarazadas de 0,5%, siendo el reporte de prevalencia para años previos de 0,1% al 0,4% entre 2000 y 2003. En el estado Carabobo mostraba cifras de 0,3 a 0,5% <sup>3</sup>.

Para el año 2013 se registraba en el Ministerio del poder Popular para la Salud (MPPS), 135.000 casos de VIH, de los cuales la mayoría eran varones, aunque se reconoce que al menos entre el 30 y 40% de los casos eran niñas y mujeres. Se estima 35,000 [21.000 – 51.000], niños menores de 15 años viven con el VIH: Es importante resaltar que la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual en mujeres viviendo con VIH, incluyendo las embarazadas, son más elevadas que en la población general <sup>4-7</sup>.

Los grupos etarios más afectados en cuanto a mortalidad por VIH son los de 30 a 34 años de edad. Las tasas de mortalidad por VIH/SIDA más altas se encuentran entre los grupos desde los 25 años hasta los 49 años de edad, incluyendo el grupo de mujeres en edad reproductiva <sup>5, 8</sup>.

En relación a los casos de embarazadas con VIH, el Programa Nacional de SIDA (PNS) del MPPS desde el año 2004 hasta el 2013 ha atendido 2.625 embarazadas con VIH y por estimaciones del Programa Spectrum de ONU/SIDA para el año 2013, el acceso a tratamiento ARV en las gestantes con VIH fue solo de 27,55 %, con una tasa de transmisión vertical de 21,88 %. El porcentaje de niños de madres seropositivas que recibieron un test diagnóstico durante los 2 primeros meses de nacido fue de 11,16%. El número de casos nuevos de VIH en la población infantil para el año 2013 fue de 343 (PNS). El tratamiento de la mujer gestante con VIH en el Hospital Universitario de Caracas, desde su consulta prenatal, cesárea y tratamiento del recién nacido han disminuido la incidencia al estándar internacional de menos del 4% <sup>9</sup>.

La mayoría de las muertes por VIH durante el primer año de vida ocurren en los primeros 6 meses de vida, representando 68,5% de la mortalidad infantil por VIH

(Venezuela 2003-2007). Las causas resultantes de la mortalidad por VIH/SIDA son en su mayoría enfermedades infecciosas y parasitarias (B20), seguidas de resultantes en otras afecciones (B23), luego VIH resultantes sin especificación en los certificados de defunción (B24), y el resto de 3% en tumores malignos y otras<sup>9-10</sup>. En cuanto al indicador de mortalidad podemos observar que en el grupo de menores de 5 años que muy probable su etiología sea por transmisión vertical, las muertes son ligeramente superiores en los varones que en las hembras, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa<sup>11-16</sup>.

El objeto de esta investigación es analizar la morbilidad y la mortalidad por VIH/SIDA en las embarazadas y los niños menores de 5 años según los datos oficiales publicados disponibles para Venezuela durante los últimos 15 años.

## **MÉTODOS**

### **Diseño del estudio**

Estudio descriptivo y de tendencias de la serie cronológica de morbilidad y de mortalidad pediátrica de la infección por VIH/SIDA en Venezuela durante el período 1996-2012.

### **Población y muestra**

La población de estudio es la población infantil venezolana menor de 15 años de edad para el período estudiado.

### **Recolección de los datos**

Las fuentes de información son los anuarios de morbilidad y mortalidad oficiales publicados hasta diciembre de 2015, además de una revisión de informes, presentaciones y documentos oficiales sobre la infección por VIH/SIDA sobre Venezuela de organismos públicos y privados que tengan como orientación el estudio del tópico y sean de libre acceso.

La fuente secundaria de información define casos y muertes de VIH/SIDA y cumple con la Clasificación Internacional de Enfermedades y de eventos relacionados a la salud, en su Décima Edición, 1995, elaborado por la Organización Mundial de la Salud. El Sistema de Información Epidemiológica Nacional (SIEN) ubica la infección por VIH/SIDA dentro de las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por Transmisión sexual (formato EPI-15 del SIEN) y las registran en dos casillas llamadas Infección Asintomática por virus de la inmunodeficiencia Humana (Z21) y la Enfermedad de la infección por virus de la

inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (B20-B24).

La mortalidad por Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] se codifica como de la B20-B24; mientras que la mortalidad materna se ubican dentro de las Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98); específicamente Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio (O98.7)

Se revisaron los Anuarios de Mortalidad y Morbilidad del Ministerio de Salud de Venezuela y datos publicados por ONUSIDA. Las poblaciones como denominadores para el cálculo de las tasas son las publicadas por el Instituto Nacional de Estadística de Venezuela.

Desde el punto bioético, se trata de un estudio de revisión documental y ecológico, no se conoce ni revela la identidad de los personas casos y muertes y se trata de estadísticas oficiales, publicadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y de ONUSIDA nacional y regional, disponibles en la red de internet.

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron transcritos y trabajados en Excel y SPSS, versión 20. Se calcularon tasas crudas y específicas de acuerdo a grupos de edad, sexo, procedencia, muertes y casos, se usaron tasas anuales promedio para algunos períodos de tiempo, se calculó la letalidad en porcentaje. Para las tendencias se usó la regresión lineal, coeficiente de determinación y sus intervalos de confianza al 95%. Para las comparaciones entre las entidades federales se usó la Razón de brecha proporcional. Se presentaron los datos en porcentajes, medianas y cuartiles, cuadros con frecuencias ordenadas de mayor a menor, gráficos tipo polígono de frecuencias, de barras, diagramas de segmentos y mapeo para la visualización de las entidades y regiones afectadas. Se calculó la tasa de letalidad de los Recién Nacidos Vivos fallecidos entre las gestantes como indicador de severidad. Para la comparación de los lapsos de tiempo con numeradores pequeños se usó la Razón Estandarizada de Mortalidad con intervalos de confianza por Poisson con 95% de confianza <sup>17</sup> y calculadora versión Excel. La comparación de los inter-lapsos con prueba estadística Z ( $\alpha=0,05$ ).

## RESULTADOS

De acuerdo a los datos presentados por ONUSIDA se estiman en Venezuela alrededor de 1.800 [1.700 – 2.000] mujeres embarazadas que requieren tratamiento todos los años para la prevención de la transmisión vertical madre-hijo del VIH/SIDA durante el período 2010 a 2015 (18). Por lo que la cobertura de gestantes con el tratamiento antirretroviral ha venido aumentando del 22 (20-24%) a 43% (39-47) de las embarazadas entre 2010 y 2015 respectivamente, de acuerdo a la información que maneja ONUSIDA.

En la Tabla 1, se observa que las embarazadas con VIH/SIDA que requieren asistencia o atendidas va en ascenso, con un promedio anual de 187,7; tasa anual promedio de 31,91 x 100.000 recién nacidos vivos registrados (RNVR) para los primeros 6 años del período analizado vs. 380,5, tasa anual promedio 63,1 x 105 RNVR para el lapso del 2007-2012. Al extraer la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) se concluye que aumentaron casi 2 veces, 198% (IC95%: 178-219), las gestantes VIH atendidas.

La letalidad ha disminuido de 9,1% a 5,5% entre el lapso 2001-2006 al 2007-2012, diferencia de 3,6% interlapsos, diferencia

no estadísticamente significativa ( $Z= 1,41$ ;  $p 0,015$ ).

El anuario de mortalidad del año 2012 registra un total de 9 muertes clasificadas como Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio con el código del Clasificador Internacional de Enfermedades, Décima edición O98.7; está dentro de las llamadas Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98).

## Morbilidad

Se registran alrededor de 94 casos anuales promedio en los menores de 5 años por VIH/SIDA, es decir, alrededor de una incidencia promedio mensual de 7 a 8 casos en todo el país. Los anuarios de morbilidad también nos revelan la concentración de la consulta y podemos observar que va entre 2 y 5 consultas por paciente, entre la consulta de primera y las sucesivas, es la enfermedad de notificación obligatoria que tiene mayor concentración de consultas médicas. El total de las consultas o morbilidad por VIH para todas las edades no representa más del 0,2% del total de la consulta registrada anual,

**TENDENCIAS DE LA MORBI-MORTALIDAD del VIH/SIDA EN EMBARAZADAS Y NIÑOS.  
VENEZUELA 2000-2014.**

con tasas para la infección asintomática para VIH/SIDA.

Los anuarios de morbilidad publicados y disponibles en el portal del MPPS, se presentan los datos de VIH/SIDA para menores de los 5 años en los resúmenes de EPI-12, según la edad para los menores de 1

hasta de 7,4 x 100.000 habitantes y de 6,7 años, de 1 a 4 años y los menores de 5 años, además de clasificarlos en infección asintomática y Enfermedad de VIH/SIDA, con el total de infecciones por VIH más enfermedad por VIH/SIDA, solo para los años que aparecen en la Tabla 2.

Año	Embarazadas atendidas con HIV/SIDA	Muertes <1 año por VIH/SIDA	Letalidad (%) RN/ gestantes atendidas
2001	261	11	4,2
2002	138	14	10,1
2003	110	26	23,6
2004	160	17	10,6
2005	147	11	7,5
2006	310	20	6,5
2007	374	18	4,8
2008	335	16	4,8
2009	233	26	11,2
2010	402	24	9,1
2011	591	21	3,6
2012	348	23	6,6

**Tabla 1.** Embarazadas con HIV/SIDA atendidas, mortalidad en menores de 1 año y la letalidad. Venezuela, 2001-2012.

**Fuente:** Programa Nacional de SIDA/ITS – Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) Años 2010-2012 ONUSIDA.

Año	<1 año			1-4 años			<5 años		
	Infección asintomática (Z21)	Enfermedad VIH/SIDA (B20-B24)	Z21 + B20-B24	Infección asintomática (Z21)	Enfermedad VIH/SIDA (B20-B24)	Z21 + B20-B24	Infección asintomática (Z21)	Enfermedad VIH/SIDA (B20-B24)	Z21 + B20-B24
2004	5,5	3,3	8,8	0,9	1,1	1,9	2,5	2,0	4,5
2008	10,8	2,9	13,8	1,5	1,1	2,6	4,3	1,8	6,1
2010	6,1	5,1	11,2	0,7	0,6	1,3	2,3	1,9	4,1
2011	1,0	2,1	3,1	0,4	0,5	0,9	0,7	1,1	1,7

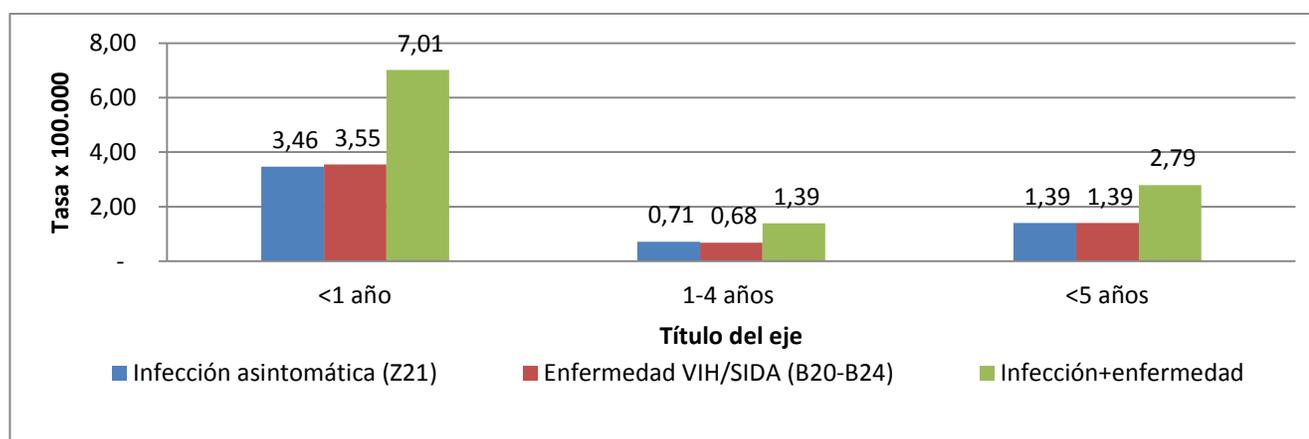
**Tabla 2.** Morbilidad por VIH/SIDA en menores de 5 años. Venezuela, años 2004, 2008, 2010-2011.

**Fuente:** Anuarios de Morbilidad Venezuela.

La letalidad es muy variable, 34,6% (DE 21,6%) para el corto número de años analizados y tiene como máximo 65% y mínimo 16,4%.

De los datos desprendidos se observan que tanto las infecciones asintomáticas como la enfermedad de VIH/SIDA están

alrededor del 50% del total, para los años estudiados, evidenciándose que las tasas de morbilidad de los menores de 1 año son muy superiores a los de 1 a 4 años de edad, de alrededor de 5 veces más riesgo para los lactantes menores vs. los preescolares.



**Gráfico 1.** Tasas promedio anual de morbilidad por infección y enfermedad VIH/SIDA en menores de 5 años de edad según grupos de edad. Venezuela 2010-2011.

**Fuente:** Cálculos propios realizados a partir de los datos de los Anuarios de Morbilidad y la población del Instituto Nacional de Estadística.

## Mortalidad

Se registran en promedio entre 2 a 3 muertes mensuales en menores de 5 años por VIH/SIDA. Los menores de 1 año representan 63% de las muertes de los menores de 5 años, es decir, 1,67 veces más que los de 1 a 4 años. Los varones tienen riesgo mayor en todos los grupos de edad, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Cronológicamente en el período existe una tendencia a aumentar el número de muertes, y la tasa de mortalidad para los menores de 5 años. El año 2003 tiene un pico sobresaliente para el total de las muertes de menores de 5 años, con mayor tasa y número de muertes para todo el período, la mediana es de 25 muertes

anuales con percentil 25% de 22 y del 75% de 33 muertes. Los primeros años de la serie muestran que las muertes en los menores de 1 año tienen durante los primeros 4 años cifras que no pasan de las 17 muertes mientras que los últimos años de la serie todas están por arriba de 20 muertes anuales.

Los menores de 1 año con una tendencia lineal a aumentar atribuible en parte al paso del tiempo ( $r=0,596$ ; regresión lineal estadísticamente significativa  $p=0,012$ ; pendiente  $B=0,119$  con límites de confianza del 95% entre 0,031 a 0,27). Mientras que las muertes por VIH/SIDA en los niños de 1 a 4 años tiene una tendencia estable, sin aumentos, y con una dispersión mucho menor.

Grupos sexo	Edad/	Muertes 1996-2012			Tasas anual promedio 1996-2012 (x100.000)		
		Niños	Niñas	Todos	Niños	Niñas	Todos
-1 <sup>a</sup>		149	136	285	2,6	2,5	2,5
1 - 4 años		99	71	170	0,5	0,4	0,5
0 a 4 años		248	207	455	1,0	0,9	0,9

**Tabla 3.** Muertes totales y tasas promedios anuales por VIH en menores de 5 años según sexo. Venezuela, 1996-2012.

**Fuente:** Cálculos propios realizados a partir de los datos de los Anuarios de Mortalidad y población del Instituto Nacional de Estadística.

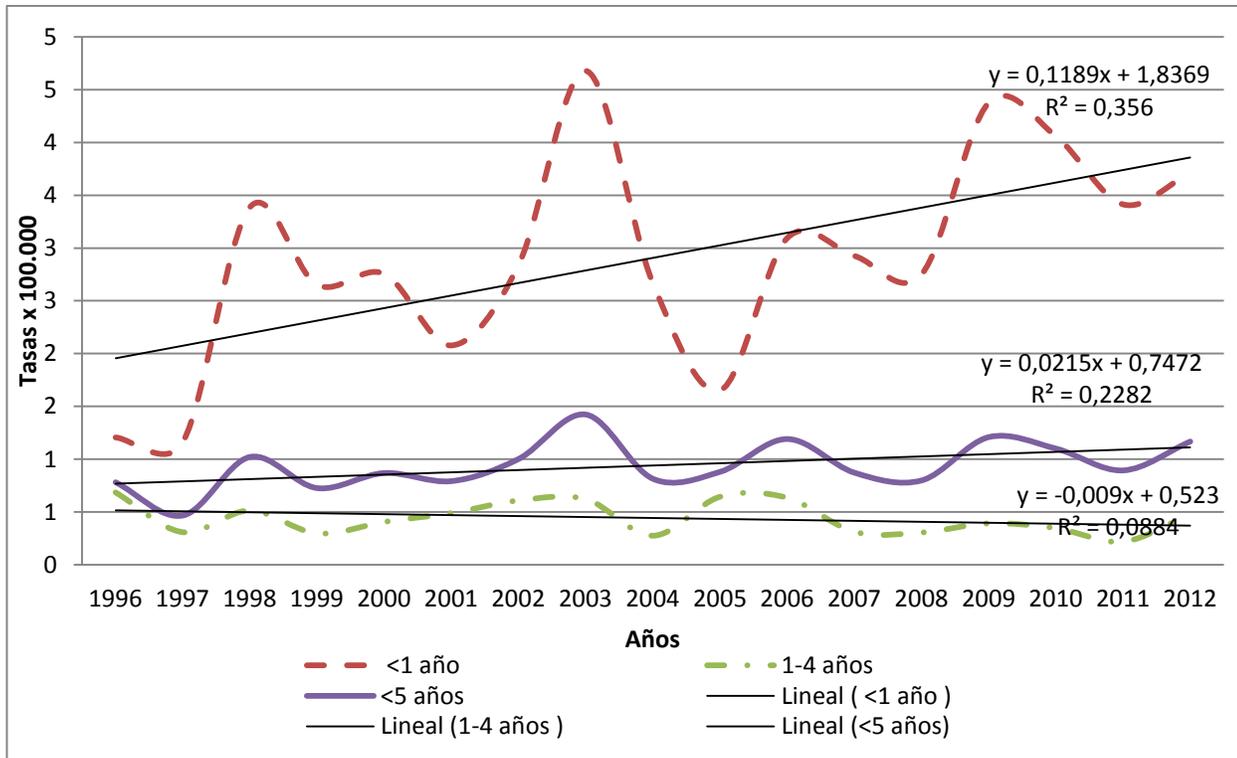
Año/grupos	Tasas x 100.000			Muertes		
	<1 año	1-4 años	<5 años	<1 año	1-4 años	<5 años
1996	1,20	0,68	0,78	6	15	21
1997	1,16	0,31	0,47	6	7	13
1998	3,39	0,51	1,02	17	12	29
1999	2,65	0,30	0,72	14	7	21
2000	2,76	0,41	0,87	15	9	24
2001	2,08	0,49	0,79	11	11	22
2002	2,84	0,61	1,00	14	14	28
2003	4,68	0,62	1,42	26	14	40
2004	2,67	0,27	0,81	17	6	23
2005	1,65	0,64	0,88	11	14	25
2006	3,09	0,63	1,19	20	14	34
2007	2,93	0,31	0,87	18	7	25
2008	2,75	0,30	0,80	16	7	23
2009	4,38	0,39	1,21	26	9	35
2010	4,06	0,35	1,10	24	8	32
2011	3,41	0,22	0,89	21	5	26
2012	3,71	0,48	1,17	23	11	34

**Tabla 4.** Muertes por VIH en menores de 5 años. Venezuela, 1996-2012

**Fuente:** Cálculos propios realizados a partir de los datos de los Anuarios de Mortalidad y población del Instituto Nacional de Estadística.

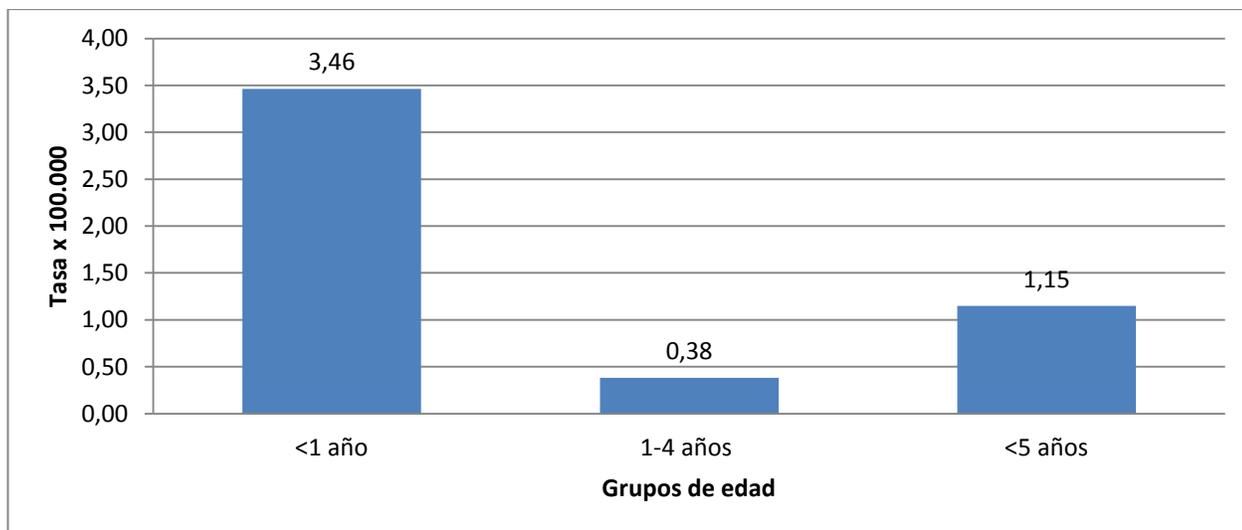
El riesgo de morir antes de los 5 años está distribuido de manera muy desigual entre los menores de 1 año y los de 1 a 4 años de edad, casi 10 veces mayor riesgo de morir en los menores de 1 año versus de 1 a 4 años de edad.

Casi el 20% de las muertes en los menores de 1 año ocurren durante el período neonatal, casi la mitad en los siguientes 5 meses, para alcanzar el 73% antes de cumplir los 6 meses de vida.



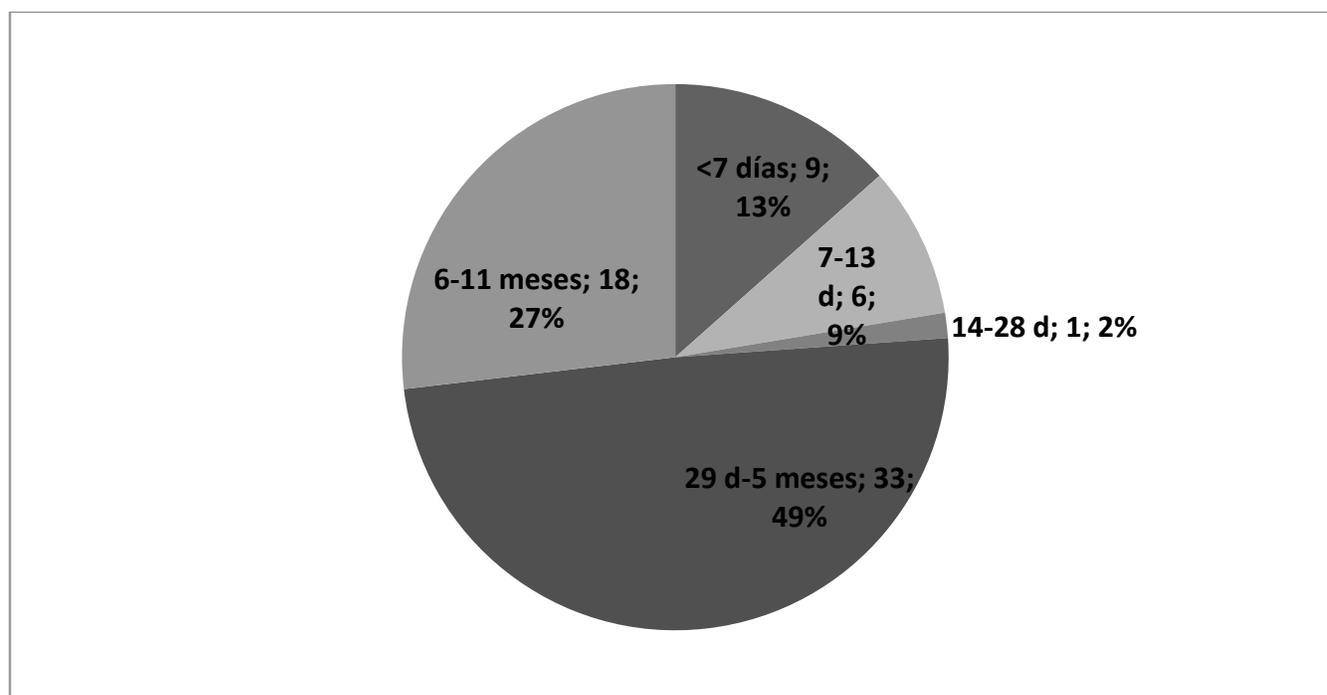
**Gráfico 2.** Tasas de mortalidad por VIH en menores de 5 años y sus tendencias. Venezuela 1996-2012

**Fuente:** Cálculos propios realizados a partir de los datos de los Anuarios de Mortalidad y población del Instituto Nacional de Estadística.



**Gráfico 3.** Tasas anual promedio de mortalidad (x100.000) por VIH/SIDA en niños menores de 5 años. Venezuela 2010-2012.

**Fuente:** Elaboración propia.



**Gráfico 4.** Mortalidad en menores de 1 año (x100.000) por VIH/SIDA, según momento de la muerte. Venezuela, 2010-2012.

**Fuente:** Elaboración propia.

Los registros de mortalidad en menores de 5 años muestran que algunas entidades federales tienen diferencias muy importantes con otras, las de mayor riesgo como en los Estados Anzoátegui y Vargas tienen al menos 10 veces más riesgo que los estados Lara y Delta Amacuro los últimos que reportan tasas más bajas. Hay 2 estados Delta Amacuro y Mérida que no reportan muertes en menores de 5 años durante los años revisados 2010-2012. La Razón Proporcional de Brechas muestra cómo se distribuyen los estados en relación al que

menor tasa de mortalidad por VIH en los menores de 5 años (contando a partir del estado Lara, puesto que Mérida y Delta Amacuro presentan tasas de mortalidad 0 en los 3 años considerados. Se observa como los primeros 6 entidades federales de la lista tienen más de 75% de exceso de muertes en relación con el estado Lara que tiene la tasa más baja del país. Bajo el enfoque de riesgo, los estados que están por arriba de la media nacional son de alto riesgo y deberían estudiarse las razones que expliquen este brecha negativa.

Entidad Federal	<1 año	1-4 años	<5 años	Razón Proporcional de Brecha (%) <5 años
Anzoátegui	7,02	0,66	2,23	100,0
Vargas	5,41	1,40	2,23	99,6
Bolívar	5,96	0,68	2,18	97,5
Carabobo	5,01	0,89	1,86	81,5
Distrito Capital	6,78	0,00	1,82	79,7
Yaracuy	5,88	0,74	1,78	77,6
Amazonas	6,62	0,00	1,68	72,7
Nueva Esparta	3,32	1,03	1,58	67,5
Monagas	6,20	0,00	1,48	62,6
Apure	2,24	0,99	1,37	57,2
<b>Venezuela</b>	<b>3,46</b>	<b>0,38</b>	<b>1,15</b>	<b>46,3</b>
Trujillo	4,45	0,00	1,11	44,5
Cojedes	7,47	0,00	1,09	43,4
Zulia	2,73	0,39	1,03	40,6
Guárico	3,79	0,00	0,98	38,0
Barinas	0,00	1,12	0,85	31,3
Falcón	3,76	0,00	0,82	30,1
Sucre	1,62	0,55	0,82	30,0
Portuguesa	3,96	0,00	0,80	28,9
Aragua	1,05	0,64	0,73	25,7
Táchira	3,23	0,00	0,71	24,5
Miranda	1,12	0,21	0,45	11,7
Lara	0,94	0,00	0,21	0,0
Delta Amacuro	0,00	0,00	0,00	0,0
Mérida	0,00	0,00	0,00	0,0

**Tabla 5.** Tasas promedio anual de mortalidad (x100.000) por VIH/SIDA en orden decreciente por los menores de 5 años, según Entidad Federal. Venezuela, 2010-2012.

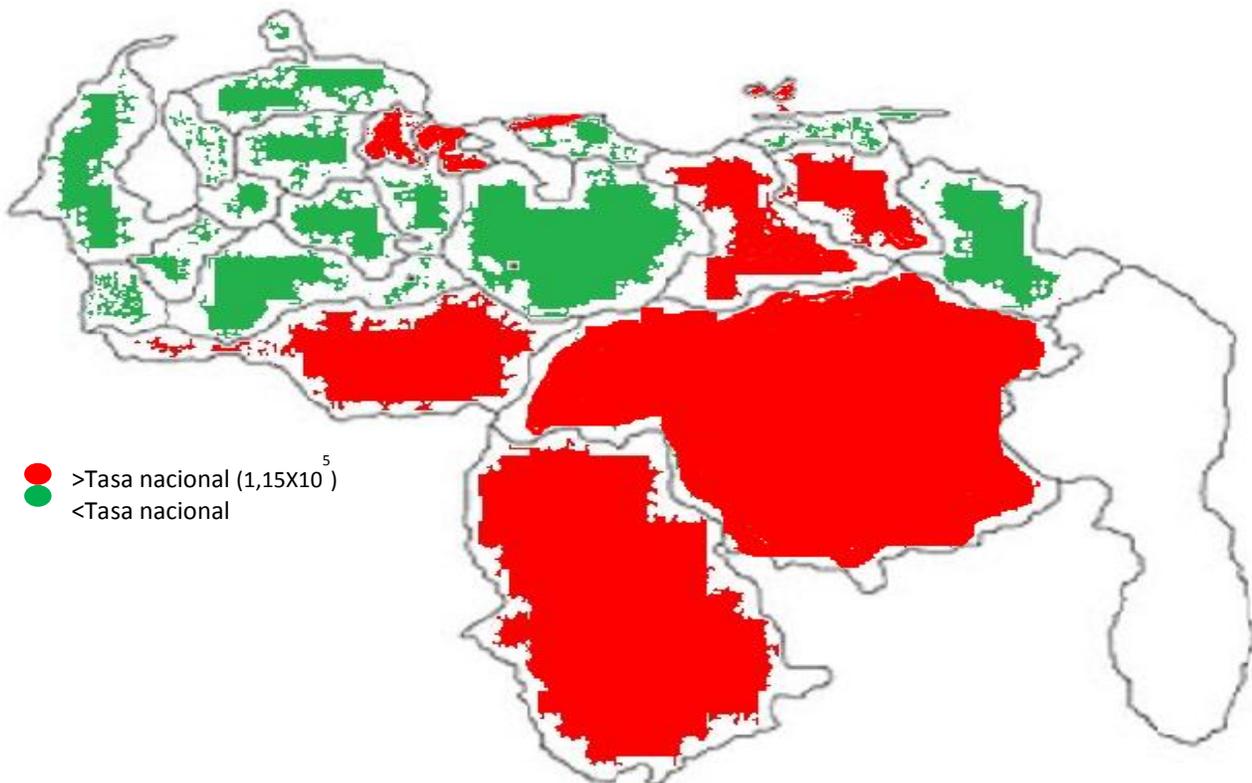
**Fuente:** Elaboración propia.

El mapeo epidemiológico nos muestra como los estados del centro y el sur-oriental del país son los que tienen las tasas de mortalidad infantil más alta para VIH/SIDA.

## DISCUSIÓN

ONUSIDA establece en su estrategia para el período 2016–2021 en su objetivo número 2 llegar a cero nuevas infecciones por el VIH entre los niños y que las madres sigan vivas y con buena salud, a pesar de los avances

que se han producido en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección por el VIH, el número de niños con nuevas infecciones por el VIH sigue siendo inaceptablemente alto; alrededor de 150.000 [110.000-190.000] niños se infectaron con el VIH en el año 2015, que aunque está por debajo de los 490.000 [430.000-560.000] que se infectaron en el año 2000, todavía esta cifra se considera muy alta <sup>18</sup>.



**Figura 1.** Tasas de mortalidad por arriba y por debajo de la tasa promedio anual nacional de VIH/SIDA en menores de 5 años de edad. Venezuela, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia.

En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en el año 2014 fue un 17 % menor que en 2000, y el número de muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 31% a nivel general.

En el año 1983, ocurrió en Venezuela el primer fallecimiento por HIV/SIDA, desde la fecha y hasta diciembre de 2013, se han registrado 311.681 muertes relacionadas al VIH/sida. Hasta diciembre de 2015 se han notificado 146.164 casos de VIH/sida, siendo el sexo más afectado el masculino con un 76 %. Se estima que en Venezuela hay 108.575 personas que viven con el VIH, el 64,66 % de ellas de sexo masculino, siendo la epidemia es de tipo concentrada con una prevalencia en la población general de 0,56% y superior al 5% en los grupos de población más vulnerable, especialmente en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

En Venezuela, las actividades de prevención de la Transmisión materno infantil son realizadas de manera conjunta, por la Dirección General de Programas de Salud del MPPS a través de las Direcciones de Salud, mediante el Programa Nacional de SIDA/ITS (PNSIDA/ITS), y la Dirección Salud de la Familia, con sus Divisiones de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR), y Niños, Niñas y Adolescentes (DNNA). La DSSR es la responsable de la atención integral de

todas las embarazadas según lo establecido en la Norma Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; dentro de sus actividades principales en materia de PTMI se encuentra la pesquisa de la Infección por VIH. La prueba para VIH es gratuita y obligatoria para todas las mujeres embarazadas y se realiza al inicio del control prenatal, con la finalidad de detectar de forma oportuna a las embarazadas positivas para iniciar su tratamiento y atender adecuadamente su embarazo; a pesar de ello según el informe del Programa Nacional ITS/VIH/Sida el porcentaje de embarazadas que conocen su estado con respecto al VIH para el año 2015 era del 23,4%. Y se estimó que el porcentaje de embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil para el año 2015 fue de 43,2%. No se tienen cifras oficiales de la tasa de transmisión materno infantil en Venezuela (Ministerio del Poder Popular Para la Salud: Informe - Nacional de seguimiento de la declaración política sobre VIH/Sida de 2011 <sup>1</sup>.

Para el año 1997 la relación Hombre/Mujer entre los nuevos infectados por VIH era de 6:1, cifra que se ha modificado a 3,5:1 para el año 2011. Un estudio reciente revela la “feminización” creciente de la epidemia; la mayoría de las

mujeres que viven con VIH en el país no posee pareja, 73% no están incluidas en el régimen de seguridad social, 79% no posee un trabajo estable y 33% no recibe una remuneración constante. Más de dos tercios de las mujeres que viven con VIH en este estudio no han recibido educación universitaria y el 90% tiene ingresos que están por debajo de tres salarios mínimos <sup>19</sup>.

No se cuenta con un estudio reciente de prevalencia de VIH en embarazadas de alcance nacional, sin embargo un estudio disponible de 2009 realizado por López-Zambrano permitió observar el comportamiento de la prevalencia de VIH en embarazadas del Estado Aragua entre 2000 y 2005 la prevalencia fue de 0,5 o menos. Sin embargo, en el año 2005, la prevalencia de VIH mostró un significativo incremento (3.05%), lo que representa un aumento de 600% con respecto al año anterior PROGRAMA SIDA/ITS <sup>10</sup>, lo cual explicaría el resultado evidenciado en el presente estudio en cuanto al aumento de las embarazadas con VIH/SIDA que requieren asistencia o atendidas va en ascenso, con un promedio anual de 187, tasa anual promedio de 31,91 x 105 recién nacidos vivos registrados (RNVR) para los primeros 6 años del período analizado vs. 380 tasa anual promedio 63,1 x 105 RNVR para el lapso del

2007-2012. En la presente investigación de revisión documental solo tuvimos acceso a las estadísticas de la mortalidad materna por VIH durante el año 2009, lo cual nos impide hacer un análisis sobre el comportamiento de este indicador en las embarazadas infectadas con el VIH en nuestro país. En el África Sub Sahariana, el SIDA constituye una de las principales causas de mortalidad materna. Las embarazadas que viven en regiones de alta prevalencia de VIH y de tuberculosis están expuestas a sufrir ambas infecciones, cada una de ellas son factores independientes para mortalidad materna, cuando se presentan ambas en una embarazadas, como dice la Dra Mofenson Lynne, son una combinación mortal <sup>20</sup>.

Las infecciones asociadas al VIH son frecuentes en gestantes, lo cual tiene repercusiones sobre el producto por venir, se han documentado en población africana <sup>6</sup>. En Venezuela, en el Hospital Universitario de Caracas, durante el año 2016, 13% de las gestantes en control presentaron patologías asociadas al VIH; TB fue la infección oportunista más frecuente seguida de la histoplasmosis, una gestante falleció de tuberculosis, síndrome de desgaste y pneumocitosis <sup>7</sup>.

En cuanto a la terapia antirretroviral (TARV) utilizada en niños, un estudio hecho

**TENDENCIAS DE LA MORBI-MORTALIDAD del VIH/SIDA EN EMBARAZADAS Y NIÑOS.  
VENEZUELA 2000-2014.**

por Villalobos en México entre los años 1998 y 2008, el diagnóstico de infección por VIH se realizó en promedio a los tres años de edad, y en cerca de 50% de los pacientes antes de los 23 meses; 80% se encontraron sintomáticos al momento del diagnóstico, mientras que nuestros hallazgos muestran más temprano el diagnóstico; la morbilidad fue mucho mayor en menores de 1 año que en los de 1 a 4 años superando su valor casi 3 veces <sup>21</sup>. No se observó diferencia significativa en el presente estudio en cuanto al sexo de los niños, siempre ligeramente más frecuente en varones, comportamiento similar reportado por Ebissa en Etiopía y Villalobos en México <sup>13,21</sup>.

Al considerar la mortalidad, se reporta en diversos estudios la disminución de 5.3% en 1996 a 0.7% en 1999 <sup>14</sup>, en el estudio de Judd y col se evidencia en el Reino Unido, una mortalidad de 13.3 casos/100 personas año antes de 1997 a 2.5 casos/100 personas año en 2003-2006 <sup>16</sup>. En México, la introducción de la TARV fue alrededor de 1998, observándose en el estudio de Villalobos que la mortalidad disminuyó de 33% en la época pre-TARV a 7% en la era TARV, con una reducción de la mortalidad de 78% <sup>13</sup>. En el presente estudio no se evidencia esta tendencia a la reducción por el contrario en menores de un año se

evidencia un alza sostenida de las tasas de mortalidad, manteniendo cierta estabilidad en mayores de un año y en general para los menores de 5 años.

## **CONCLUSIONES**

Las acciones sanitarias tomadas para la prevención del VIH; como el control prenatal, el uso de TARV para las gestantes y la prevención temprana del VIH/SIDA no han logrado contener el aumento de las cifras de morbi-mortalidad por VIH/SIDA en la población infantil venezolana. En particular y por el contrario, en los niños menores de 1 año se encuentra un aumento, lo cual indudablemente amerita y hace ineludible mayores estudios para conocer la tasa de transmisión materno-infantil a nivel nacional, así como estudiar las causas del incremento de la mortalidad a pesar de la inclusión del TARV de manera universal en el país. Es necesario insistir en la entrega oportuna de las cifras de morbilidad y mortalidad infantil por infección VIH, de los programas preventivos y TARV ejecutados así como tener una mejor contraloría sanitaria y especializada.

Es importante realizar estudios donde se evalúe la incidencia de las condiciones socio-económicas de las regiones y grupos vulnerables y etnias en el desarrollo de la

infección por VIH/SIDA, e igual revisar las gestiones sanitarias que se ha realizado en materia de promoción y prevención en salud; especialmente en sexualidad segura y control prenatal así como en educación sexual de los adolescentes y jóvenes para disminuir y detectar a tiempo las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

## REFERENCIAS

1. ONUSIDA. El SIDA en cifras 2015. Ginebra: ONUSIDA; 2015.
2. Teva I, Bermúdez M, Ramiro M, Buela-Casal G, Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. Rev. med. Chile [Internet]. 2012 [Citado 25 agosto 2016]. 140 (1): 50-58. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872012000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872012000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100007>.
3. Carvajal A, Oletta J, Godoy O. Epidemiología de la Infección por VIH en Venezuela desde el año 1983 hasta el año 2013. En: Memorias del XXI Congreso de Medicina interna: 19 al 22 de mayo de 2015, Caracas, Venezuela.
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. *ASAP. AIDS Strategy & Action plan*. Caracas: MPPS; 2011.
5. Carvajal, Ana. Situación del VIH-SIDA en Venezuela: Embarazo. Noticias Epidemiológicas N°9. Caracas: Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela; 2009.
6. T Pillay, M Adhikari, H M Coovadia. In utero HIV infection in pregnancies complicated by tuberculosis in Durban, South Africa. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004; 89: F468-469.
7. Carvajal A, Ferreira A, Silva M, Salazar G y col. Patología asociada al embarazo en embarazadas con SIDA. En: Memorias de las XVI Jornadas Nacionales de Infectología: 22 al 24 de noviembre de 2007, Porlamar, Edo. Nueva Esparta.
8. Mofenson LM, Laughon BE. Human immunodeficiency virus, mycobacterium tuberculosis, and pregnancy: a deadly combination. Clin Infect Dis. 2007; 45 (2):250-253.
9. Rísquez, A; Traslaviña, F; Wannes, A; Yepez, P; Zafra, P; Rodríguez, A. Mortalidad por infección VIH/SIDA en Venezuela, 1996-2007. Gac Méd Caracas. 2011; 119(3): 188-198.
10. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Guía Nacional para la prevención VIH/SIDA/ITS. Dirigido a los Equipos de Salud, Educadores/as, Facilitadores/as de Movimientos Sociales y Comunidades Organizadas. Caracas: MPPS; 2011.
11. Rísquez, A; Capozzi, C; Rosales, T. Mortalidad en menores de 20 años por la Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Venezuela (1997-2008). En: Memorias del XIV Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica, XLI Congreso Sociedad Dominicana de Pediatría y I Congreso Sociedad

**TENDENCIAS DE LA MORBI-MORTALIDAD del VIH/SIDA EN EMBARAZADAS Y NIÑOS.  
VENEZUELA 2000-2014.**

Dominicana de Vacunología: 25 al 28 de Mayo de 2011, Punta Cana, República Dominicana.

12. Getachew E, Negusse D y Sibhatu B. Predictors of early mortality in a cohort of HIV infected children receiving high active antiretroviral treatment in public hospitals in Ethiopia. *AIDS Care*. 2015; 27 (6):1-8. .

13. Villalobos ACP, Plascencia GEC, Romano ML, Pavía RN. Patrón de la enfermedad y sobrevida en niños y adolescentes infectados por VIH manejados con terapia antirretroviral altamente activa. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009; 66: 315-324.

14. Gortmaker S, Hughes M, Cervia J, et al. Effect of combination therapy including protease inhibitors on mortality among children and adolescents infected with HIV-1. *N Engl J Med*. 2001; 345 (21): 1522-1528.

16. Judd A, Doerholt K, Tookey PA, et al. Morbidity, mortality, and response to treatment by children in the United Kingdom and Ireland with perinatally acquired HIV infection during 1996-2006: planning for teenage and adult care. *Clin Infect Dis*. 2007; 45: 918-924.

17. Bergonzoli, G. Sala Situacional. Instrumentos para la Vigilancia de salud. Caracas: OPS/OMS Venezuela; 2006.

18. UNAIDS: Children and HIV: Fact sheet. Geneva: UNAIDS; 2016.

19. Quijada, W. Epidemiología de la infección por VIH/SIDA en Venezuela. *Med Interna (Caracas)* 2012; 28 (3): 178 – 182.

20. Mofenson LM, Laughon BE.. Human immunodeficiency virus, mycobacterium

tuberculosis, and pregnancy: a deadly combination. *Clin Infect Dis*. 2007; 45(2):250-253.

21. Ebissa G, Deyessa N, Biadgilign S. Predictors of early mortality in a cohort of HIV-infected children receiving high active antiretroviral treatment in public hospitals in Ethiopia. *AIDS Care*. 2015; 27(6):723-730.

**CORRESPONDENCIA:** Alejandro Rísquez. Cátedra de Salud Pública. Escuela de Medicina “Luis Razetti”. Universidad Central de Venezuela. Teléfono: 0212 6053525/0416 6260260. Dirección de correo electrónico: risqueza@cantv.net.