

Predictores de progresión de la infección por VIH en niñas, niños, adolescentes y jóvenes por transmisión materno infantil en una institución proveedora de servicios especializada, Montería

Predictors of progression of HIV infection in girls, boys, adolescents and young people by mother-to-child transmission in a specialized service provider institution, Montería

Lucelly de las Mercedes Benítez Cheij¹, Julia Susana Vidal Avilez², Luisa Fernanda Mendoza Villera³, Yubis Yadith Ayazo Torres⁴

RESUMEN

Objetivo: Analizar predictores de progresión de la infección por VIH en niñas, niños, adolescentes y jóvenes por transmisión materno-infantil, enfocándose en carga viral, recuento de linfocitos CD4, y tratamiento antirretroviral, para aportar a la formulación de políticas públicas. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, analítico y correlacional en

una Institución Proveedora de Servicios especializada de la ciudad de Montería, Colombia, en 2023, con 53 participantes (rango de edades: 1-28 años) que viven con VIH por transmisión materno-infantil. Se emplearon fuentes primarias (historias clínicas) y análisis cuantitativo mediante tablas de frecuencia, pruebas de Chi-cuadrado y Spearman para evaluar asociaciones entre variables sociodemográficas, virológicas e inmunológicas. **Resultados:** La mayoría de los participantes estaba en adolescencia o juventud (75,5 %), y predominó el género masculino. La mayor parte inició tratamiento antirretroviral (TAR) con inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y nucleótidos. Se observó una disminución en la carga viral y recuento de linfocitos CD4 desde el diagnóstico al último registro, sin rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias, es decir, que en términos clínicos y biológicos la ausencia de diferencias significativas no implica falta de efectividad del tratamiento, sino que refleja la influencia de múltiples factores clínicos y la necesidad de un seguimiento individualizado para realizar ajustes terapéuticos según sea necesario; además, se encontró una asociación significativa entre la edad y el estadio clínico actual. **Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio refuerzan la importancia del autocuidado y el tratamiento oportuno en la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Se evidencia la necesidad

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.3.18>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7522-519X>¹
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6685-9502>²
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1403-0385>³
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7548-6998>⁴

*Autor de correspondencia: Julia Susana Vidal Avilez.
Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum, Carrera 1W # 38-153,
Barrio Juan XXIII
Montería, Córdoba, Colombia, Código postal: 230002, Teléfono:
3106706742
E-mail: juliavidal1991@gmail.com

Recibido: 19 de febrero 2025
Aceptado: 21 de agosto 2025

de enfocar políticas públicas y programas de salud en la población adolescente y joven, basándose en los predictores de progresión identificados.

Palabras clave: VIH, transmisión, materno-infantil, niños, niñas, adolescentes, jóvenes.

SUMMARY

Objective: To analyze predictors of HIV progression in girls, boys, adolescents, and young people with mother-to-child transmission, focusing on viral load, CD4 lymphocyte count, and antiretroviral treatment, to contribute to the formulation of public policies.

Methods: In 2023, a descriptive, analytical, and correlational study was conducted at a specialized healthcare center in the city of Montería, Colombia. 53 participants (age range: 1-28 years) lived with HIV due to mother-to-child transmission. Primary sources (medical records) and quantitative analysis using frequency tables, Chi-Square tests, and Spearman correlation were employed to evaluate associations between sociodemographic, virological, and immunological variables. **Results:** Most participants were adolescents or young adults (75.5 %), with a predominance of males. Most began antiretroviral treatment (ART) with nucleoside and nucleotide reverse transcriptase inhibitors. A decrease in viral load and CD4 lymphocyte count was observed from diagnosis to the last recorded measurement without rejecting the null hypothesis of mean equality. This suggests that, clinically and biologically, the absence of significant differences does not imply treatment ineffectiveness but rather reflects the influence of multiple clinical factors and the need for individualized follow-up to make therapeutic adjustments as needed. Additionally, a significant association was found between age and current clinical stage. **Conclusions:** The findings of this study emphasize the importance of self-care and timely treatment in reducing mother-to-child HIV transmission. The need to focus public policies and health programs on the adolescent and young population, based on the identified predictors of progression, is evident.

Keywords: HIV, transmission, mother-to-child, children, adolescents, young people.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) provoca el síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (SIDA), afectando a un número importante de individuos globalmente, con complejidades biológicas y repercusiones sociales diversas. Es transmisible por fluidos corporales y puede cruzar la barrera placentaria o transmitirse durante el parto y la lactancia. No hay cura, solo tratamiento antirretroviral para retrasar la enfermedad (1).

En este contexto, de acuerdo con la hoja informativa del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) sobre estadísticas mundiales de VIH, en el año 2022, indicó que 39 millones de personas en todo el mundo vivían con el VIH; de los cuales 37,5 millones eran adultos (Edades: 15 años o más), 1,5 millones eran niños (Edades: 0-14 años), El 53 % de todas las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas. Asimismo, 1,3 millones de personas se infectaron por el VIH, 630 000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA y 29,8 millones de personas accedían a la terapia antirretroviral en el mismo año (2). En Colombia entre los años 2018 a 2023 se registraron 315 casos en gestantes (1,5 %) y madre e hijo 101 casos (0,49 %), respectivamente (3).

Ahora bien, según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el departamento de Córdoba, entre los años 2006 al 2022 se notificaron 128 casos de transmisión materno infantil (4), estas cifras reflejan la problemática de salud pública en el departamento a pesar de las estrategias e iniciativas a nivel internacional y nacional para alcanzar la meta de eliminación al año 2030 y reducir el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH a 2 % o menos.

En vista de la magnitud de esta problemática, se procedió a realizar el presente estudio, cuya finalidad fue analizar los predictores de progresión de la infección por VIH derivada de la transmisión materno-infantil, utilizando un estudio descriptivo, analítico y correlacional centrado en la carga viral, el recuento de linfocitos CD4, y el tratamiento de estos, todo esto, mediante la caracterización socio demográfica, clínica y virológica. Esto permitirá llenar un vacío de conocimiento, proporcionando una primera aproximación a la realidad de este evento a nivel local. La información obtenida, respaldada por una sólida validez científica, contribuirá a la

formulación de políticas públicas orientadas a mejorar la salud y el bienestar de niñas, niños, adolescentes y jóvenes con VIH adquirido por transmisión materno-infantil. Igualmente servirá como base para el desarrollo de programas específicos que generen un impacto positivo a futuro.

MÉTODOS

El diseño de este estudio fue descriptivo, correlacional-analítico de enfoque cuantitativo; por la distribución de las observaciones es un estudio transversal y retrospectivo.

Se incorporan a la muestra 53 niñas, niños, adolescentes y jóvenes que viven con VIH (edades entre 1 y 28 años) de una Institución Proveedora de Servicios (IPS) especializada de la ciudad de Montería, Colombia, en 2023.

En este estudio se utilizaron como variables las características sociodemográficas, basales, virológicas e inmunológicas, entre ellas, la edad, sexo, procedencia, año del diagnóstico de infección por VIH, recuento de linfocitos CD4, carga viral, año de inicio del tratamiento antirretroviral (TAR), número de tratamientos previos y si el paciente recibe TAR. La información fue obtenida de fuentes primarias de información a partir de las historias clínicas.

Criterios de inclusión y exclusión

El estudio incluyó a niñas, niños, adolescentes y jóvenes con VIH adquirido por transmisión materno-infantil, quienes reciben atención en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) de salud especializada en esta población. Se excluyeron del estudio a niñas, niños, adolescentes y jóvenes con VIH adquirido por vías de transmisión distintas a la materno-infantil, así como a quienes reciben atención en una IPS diferente a la establecida en los criterios de inclusión.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se utilizaron tablas de frecuencia para presentar la distribución de

las diferentes variables de interés del estudio, expresadas en cantidades y porcentajes. Para el recuento de linfocitos CD4, se aplicó una prueba de diferencias de medianas, por la no normalidad de los datos, haciendo necesaria la utilización de una prueba no paramétrica, en este caso la prueba de Kruskall-Wallis para comparar los resultados del conteo de linfocitos y de la carga viral al momento del tratamiento antirretroviral y en el último conteo o carga viral. Esto con el fin de determinar si existe una diferencia significativa entre el recuento de linfocitos CD4 al momento del diagnóstico y al inicio del TAR.

Asimismo, se empleó la prueba de Chi-Cuadrado para evaluar la asociación entre el estadio clínico al momento del diagnóstico y el estadio clínico actual con características sociodemográficas como el rango de edad y el sexo, con el propósito de identificar relaciones significativas entre las variables categóricas analizadas. Finalmente, se aplicó la prueba de correlación de Spearman para examinar la relación entre variables ordinales o de intervalo, permitiendo medir la fuerza y dirección de la asociación, ya sea positiva o negativa, con el objetivo de establecer si existe una relación monotónica significativa entre las variables de interés.

Consideraciones éticas

Esta investigación ha sido clasificada como “sin riesgo ético” acorde con los parámetros establecidos en la Resolución 8430 de 1993 de Colombia. La titularidad de los hallazgos corresponde al equipo autor y a su grupo de trabajo interinstitucional; los resultados podrán ser publicados dando el respectivo crédito a las autoras.

RESULTADOS

El análisis revela que la mayoría de la población se encuentra en las etapas de adolescencia y juventud, representando el 75,5 % del total. Dentro de este grupo, el 37,7 % corresponde a adolescentes y jóvenes, de los cuales el 60 % son masculinos y el 40 % femeninos en la

PREDICTORES DE PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

adolescencia, mientras que en la juventud el 70 % son masculinos y el 30 % femeninos. La infancia constituye el 15,1 % de la población, con una distribución del 62,5 % femenino y el 37,5 % masculino. Por otro lado, la primera infancia representa el 9,4 % del total, con un 80 % de sexo masculino y un 20 % femenino, siendo la categoría con menor participación en el estudio. Asimismo, se observa que la mayoría de los participantes residen en Montería, representando el 35,8 % del total de la población, seguido por

el municipio de Ciénega de Oro con un 11,3 % y Cereté con un 9,4 %. En relación con la profilaxis con antirretrovirales al momento del nacimiento, el 98,1 % de la población no la recibió, mientras que solo el 1,9 % sí tuvo acceso a este tratamiento preventivo. Además, la distribución según el estadio de la enfermedad muestra que el 43,4 % de los participantes se encuentran en el estadio 1, el 30,2 % en estadio desconocido, y el 26,4 % en el estadio 3 de la enfermedad por VIH (Figura 1).

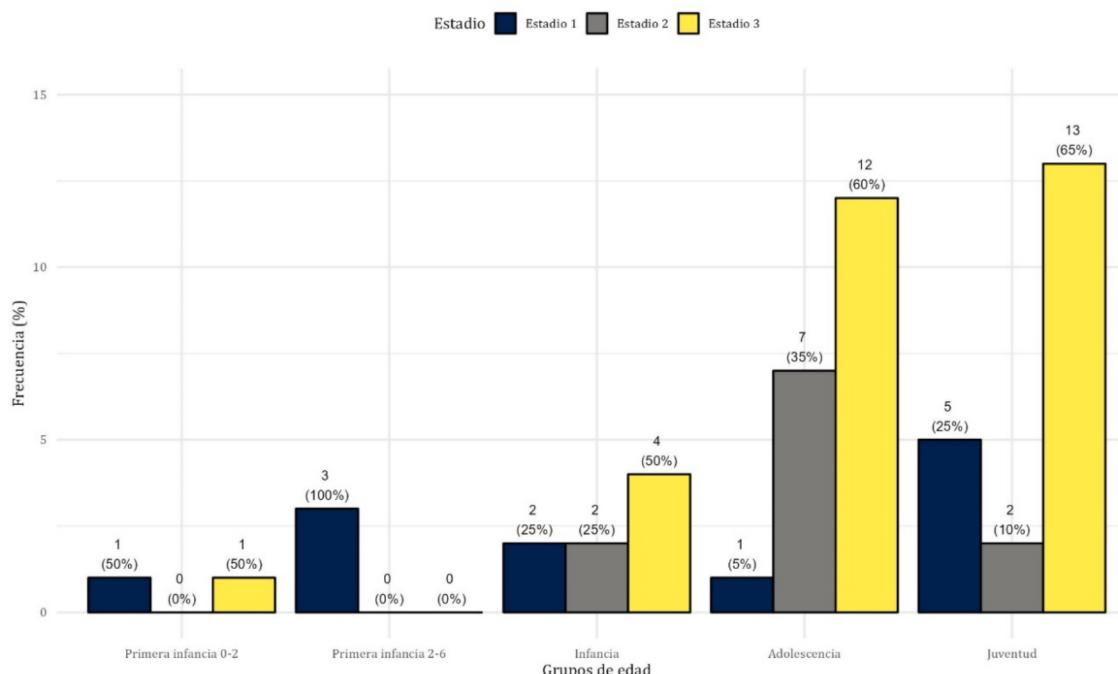


Figura 1. Distribución del estadio clínico actual por grupo de edad.

El Cuadro 1 presenta los medicamentos con los que se inició la terapia antirretroviral (TAR) en la población estudiada. Se observa que el 92,5 % de los participantes iniciaron el tratamiento con ITIAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y nucleótidos) como medicamento 1. Para el medicamento 2, el 69,8 % de la población también utilizó ITIAN. En cuanto al medicamento 3, los inhibidores de la proteasa fueron los más empleados, con un 45,3 % de los casos. Cabe destacar que el 84,9 % y el 98,1 %

de los participantes no recibieron medicamentos 4 y 5, respectivamente.

Respecto a los medicamentos que ocasionaron cambios en la TAR, se identificó que en el 45,3 % de los casos, los inhibidores de la proteasa fueron el motivo de cambio de esquema de tratamiento. En los medicamentos 2, 3, 4 y 5, la mayoría de los participantes (83,0 %, 92,5 % y 100 %, respectivamente) no presentaron cambios, lo que indica que conservaron el mismo esquema con el que iniciaron la TAR.

Cuadro 1. Medicamentos con los que inicia la terapia y los que ocasionan el cambio.

Medicamento	Medicamentos con los que inicia la terapia									
	Medicamento 1	Medicamento 2	Medicamento 3	Medicamento 4	Medicamento 5					
Inhibidores de la proteasa	2	3,8 %	11	20,8 %	24	45,3 %	7	13,2 %	0	0,0 %
(INI) Inhibidores de la integrasa	0	0,0 %	1	1,9 %	1	1,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %
ITIAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y nucleótidos)	49	92,5 %	37	69,8 %	2	3,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %
(ITINN) Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos	0	0,0 %	0	0,0 %	9	17,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
no recibió otros medicamentos	0	0,0 %	3	5,7 %	16	30,2 %	45	84,9 %	52	98,1 %
desconocido	2	3,8 %	1	1,9 %	1	1,9 %	1	1,9 %	1	1,9 %
Total	53	100,0 %	53	100,0 %	53	100,0 %	53	100,0 %	53	100,0 %
Medicamentos que ocasionan el cambio										
(ITINN) Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos	6	11,3 %	1	1,9 %	1	1,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %
ITIAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y nucleótidos)	16	30,2 %	4	7,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Inhibidores de la proteasa	24	45,3 %	3	5,7 %	3	5,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %
(INI) Inhibidores de la integrasa	0	0,0 %	1	1,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Desconocido	3	5,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
No aplica	4	7,5 %	44	83,0 %	49	92,5 %	53	100,0 %	0	0,0 %
Total	53	100,0 %	53	100,0 %	53	100,0 %	53	100,0 %	0	0,0 %

Fuente: Base de datos de seguimiento a paciente

En relación con el número de medicamentos al inicio de la TAR, el mayor porcentaje corresponde a tres medicamentos (54,7 % del total), seguido de dos medicamentos (24,5 %), cuatro medicamentos (13,2 %), un medicamento (5,7 %) y, finalmente, cinco medicamentos (1,9 %). Por otro lado, tras los cambios en la terapia, el mayor porcentaje de la población (75,5 %) utilizó un solo medicamento, seguido por el 9,4 % con dos medicamentos y el 7,5 % con tres medicamentos.

Las principales causas de cambio de medicación fueron la intolerancia o los efectos secundarios, que afectaron al 47,2 % de la población, siendo los grupos de juventud (44 %) y adolescencia (36 %) los más afectados. Otra causa relevante fue la falla terapéutica, virológica, clínica o inmunológica, con un 17 % de los casos, impactando principalmente a la infancia (33 %), primera infancia (22 %) y las etapas de adolescencia y juventud. Asimismo, el cambio para facilitar la adherencia al tratamiento representó otro 17 %, con mayor prevalencia en adolescentes (66,7 %), seguidos por jóvenes (22,2 %) e infantes (11,1 %). Además, se

evidencia que el 98,1 % de la población está recibiendo TAR, mientras que solo el 1,9 % no recibe tratamiento.

En cuanto a la clasificación según el estadio clínico actual, el 56,6 % de los participantes se encuentran en estadio desconocido, el 22,6 % en estadio 1 y el 20,8 % en estadio 3.

Para el análisis de las características virológicas, se consideró la carga viral tanto al momento del diagnóstico como al inicio de la TAR, mientras que las características inmunológicas se evaluaron a partir del recuento de linfocitos CD4 en los mismos momentos. Se calcularon estadísticas descriptivas como la media y la desviación estándar para evaluar la evolución de estos indicadores. Asimismo, se realizó una prueba de hipótesis para verificar si existieron cambios significativos en los resultados obtenidos, planteando las siguientes hipótesis:

H₀: No existe asociación entre las variables de estudio.

H₁: Existe asociación entre las variables de estudio.

PREDICTORES DE PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

El Cuadro 2 muestra una tendencia a la disminución del conteo de linfocitos CD4 y de la carga viral entre el momento del diagnóstico y el último registro disponible. Con un nivel de confianza del 95 %, no se rechaza la hipótesis de igualdad de medias en el conteo de linfocitos, lo que indica que las diferencias observadas no

son estadísticamente significativas. Esto puede atribuirse a la alta variabilidad en los datos. En cambio, para la carga viral, si se evidencian diferencias estadísticamente significativas, con un p-valor < 0,0001, siendo inferior en el último valor (Figura 2).

Cuadro 2. Características Virológicas e inmunológicas

	Momento de diagnóstico e inicio TAR			Valor de último conteo			P-valor
	n	Media	Desv. Estándar	n	Media	Desv. Estándar	
Valor Conteo linfocitos CD4	32	1 272,22	1 252,82	53	867,28	617,75	0,0974
Valor de la carga viral	27	478 236,85	1 295 340,60	53	11 637,63	21 303,91	0,0726

Fuente: Base de datos.

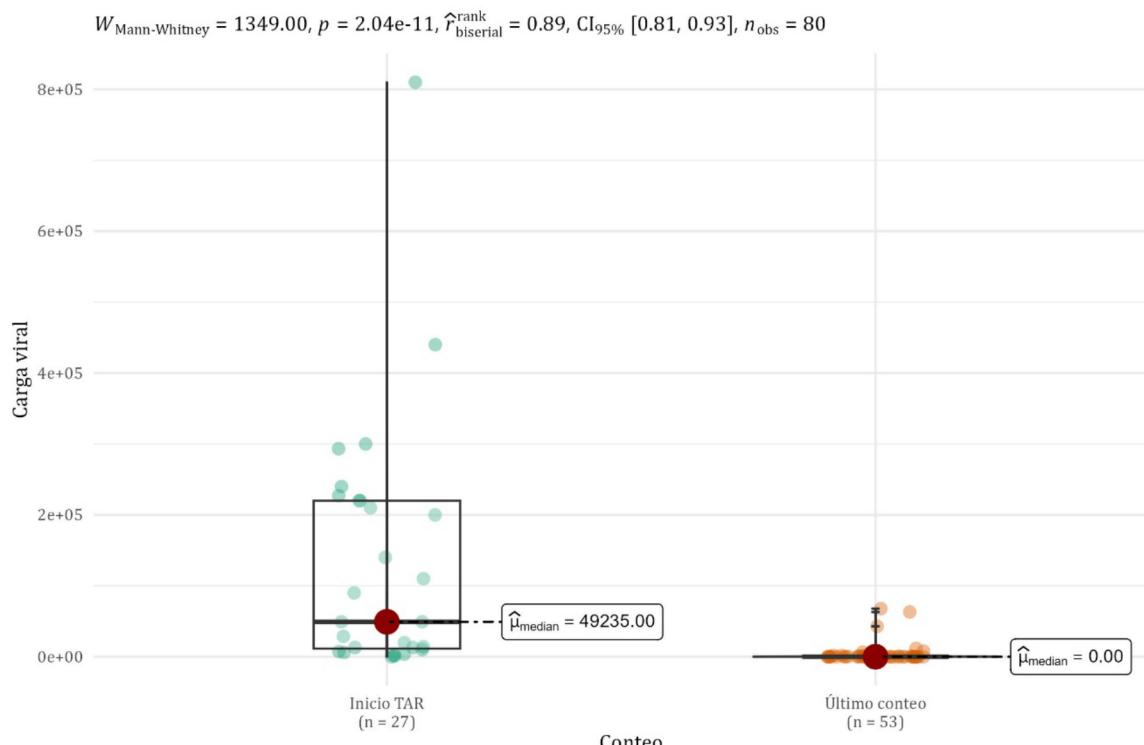


Figura 2. Prueba de Kruskal-Wallis para el valor de la carga viral por conteo.

Para analizar la asociación entre las variables sociodemográficas y los factores predictores de la progresión de la infección por el VIH, se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado, que permite evaluar relaciones entre variables categóricas.

Las hipótesis planteadas para este análisis son las siguientes:

H₀: No existe asociación entre las variables de estudio.

H₁: Existe asociación entre las variables de estudio.

Cuadro 3. Asociaciones entre variables sociodemográficas y estadio clínico

Variable	Estadio Clínico Momento Dx	Estadio clínico actual
Grupo de edad	7,995 (0,434)	17,651 (0,024) *
Sexo	0,462 (0,794)	1,237 (0,539)

Fuente: Historia clínica.

Como muestra el Cuadro 3, se obtuvo un valor de p de 0,024, el cual es inferior al nivel de significancia establecido de 0,05, lo que lleva al rechazo de la hipótesis nula y respalda la hipótesis alternativa. Esto indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y el estadio clínico actual, con un nivel de confianza del 95 %, evidenciando una relación entre ambas variables. Por otro lado, la asociación entre el sexo y el estadio clínico, tanto en el momento del diagnóstico como en el estadio actual, no mostró una significancia estadística, con valores de p de 0,794 y 0,539, respectivamente, lo que sugiere la ausencia de una relación significativa entre estas variables.

Para evaluar la asociación entre variables cuantitativas del estudio, se empleó la prueba de correlación de Spearman, teniendo en cuenta el no cumplimiento del supuesto de normalidad, la cual permite analizar la relación entre dos variables ordinales o de intervalo. Las hipótesis planteadas para este análisis son:

H₀: No existe asociación entre las variables de estudio.

H₁: Existe asociación entre las variables de estudio.

En el Cuadro 4 se muestra una correlación significativa entre el conteo de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico y el conteo de linfocitos CD4 al inicio del TAR, con un valor de $p = 0,0001$ ($p < 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Asimismo, se evidenció una correlación estadísticamente significativa entre el último conteo de linfocitos CD4 y la última carga viral, con un valor de $p = 0,021$ ($p < 0,05$), lo que indica una relación significativa entre estas variables.

En contraste, las demás correlaciones analizadas, como las relacionadas con la carga viral al inicio del TAR, no mostraron una asociación significativa, con valores de $p > 0,05$, sugiriendo la independencia de estas variables en los momentos evaluados.

Los resultados resaltan la importancia del seguimiento del recuento de linfocitos CD4 desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, así como la relación entre la evolución del conteo de linfocitos y la carga viral a lo largo del tratamiento.

PREDICTORES DE PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

Tabla 4. Correlación entre las variables características virológicas e inmunológicas

Conteo	Inicio TAR		Último conteo	
	Linfocitos CD4	Carga Viral	Linfocitos CD4	Carga Viral
Linfocitos CD4 Momento De Dx	0,933** (0,000)	0,210 (0,292)	-0,072 (0,690)	-0,004 (0,983)
Linfocitos CD4 momento inicio TAR	1	0,172 (0,391)	-0,037 (0,840)	-0,023 (0,899)
Carga Viral al inicio de la TAR		1	-0,045 (0,825)	0,192 (0,338)
Último conteo de linfocitos CD4			1	-0,316* (0,021)
Valor de la última Carga Viral				1

Fuente: Base de datos

DISCUSIÓN

Los hallazgos acerca de los predictores de progresión de la infección por VIH en niñas, niños, adolescentes y jóvenes con transmisión materno-infantil son significativos y reveladores, destacándose por su carácter innovador ante la ausencia de estudios previos directamente comparables. Esta falta de antecedentes similares resalta el valor pionero del estudio, que aporta conocimientos esenciales al campo del VIH pediátrico y juvenil. Los resultados obtenidos no solo amplían la comprensión de la enfermedad en esta población vulnerable, sino que también constituyen una base sólida para la formulación de políticas públicas y la implementación de programas de salud más eficaces, dirigidos a mejorar la calidad de vida y la atención integral de los afectados.

La disminución en la carga viral y el aumento en el recuento de linfocitos CD4 tras el diagnóstico son indicadores clave de que el tratamiento antirretroviral (TAR) está siendo efectivo para controlar la replicación del VIH y restaurar la función inmunológica. Esto confirma la importancia de la intervención temprana, ya que un inicio de tratamiento oportuno permite al sistema inmunitario fortalecerse, prolongar la vida del paciente y prevenir la progresión a etapas más avanzadas de la enfermedad como el SIDA. El seguimiento continuo de estas métricas es fundamental para asegurar la eficacia del TAR y ajustar la terapia según sea necesario, manteniendo al paciente lo más saludable posible.

La relación significativa entre la edad y el estadio clínico actual destaca la importancia de

adaptar las estrategias de atención médica a las diferentes etapas del desarrollo humano. Esto significa que las intervenciones, tratamientos y enfoques de cuidado deben ser personalizados para cada individuo, tomando en cuenta sus características físicas, cognitivas y emocionales propias de su edad y etapa de desarrollo.

El hallazgo de que el 75,5 % de los participantes se encuentran en la adolescencia o juventud, con una predominancia del género masculino, destaca la urgencia de focalizar esfuerzos en estos subgrupos para optimizar los resultados de salud y reducir la transmisión del VIH. Además, la falta de profilaxis antirretroviral en un número significativo de participantes al nacer revela una necesidad urgente de mejorar las estrategias de prevención del VIH. Esto enfatiza la importancia de fortalecer las intervenciones durante el parto para reducir la transmisión materno-infantil. La falta de profilaxis antirretroviral al nacer es un indicador de áreas donde las intervenciones de prevención pueden ser mejoradas para proteger la salud de los recién nacidos y reducir la transmisión del VIH de madre a hijo.

Limitaciones

La ausencia de estudios previos directamente comparables en contextos donde se aplica la estadística inferencial resalta la importancia y el valor de los hallazgos obtenidos en esta investigación. La aplicación de técnicas estadísticas avanzadas permite no solo identificar patrones y relaciones dentro de la población estudiada, sino también generar inferencias aplicables a poblaciones más amplias,

contribuyendo a una mejor toma de decisiones en salud pública. La estadística inferencial, al proporcionar herramientas para evaluar la validez y generalización de los resultados, es fundamental para transformar datos individuales en evidencia científica robusta, permitiendo detectar tendencias, evaluar la efectividad de las intervenciones y diseñar estrategias de prevención más precisas y basadas en evidencia.

Este estudio, al abordar la progresión de la infección por VIH en poblaciones pediátricas y juveniles con transmisión materno-infantil, establece una base crítica para futuras investigaciones, ofreciendo un marco metodológico que puede ser replicado o ampliado en diversos entornos clínicos y poblacionales. La generación de evidencia confiable a partir de la estadística inferencial no solo fortalece el conocimiento científico, sino que también impulsa la formulación de políticas públicas eficaces, garantizando intervenciones oportunas y sostenibles. Por tanto, la investigación actual no solo llena un vacío de conocimiento, sino que también posiciona la estadística inferencial como un pilar esencial para la comprensión y el abordaje integral de esta problemática de salud.

CONCLUSIONES

Al caracterizar sociodemográficamente a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que viven con VIH por transmisión materno-infantil, se evidenció que el mayor porcentaje de los casos se encuentran en el curso del momento de vida de adolescencia y juventud, sexo masculino, procedente y residente en el municipio de Montería.

En relación con las características basales, virológicas e inmunológicas de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que viven con VIH por transmisión materno infantil, se rechaza la hipótesis nula, es decir, se asume que en promedio de carga viral y el conteo de linfocitos CD4 no es

igual en el momento del diagnóstico y el último conteo de estos.

En cuanto a la asociación y correlación de las características sociodemográficas con los predictores de la progresión de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se rechaza la hipótesis nula y se asume que hay una dependencia o asociación entre la edad y el estadio clínico actual a un 95 % de confianza y se esperaría que cada vez que se haga un estudio con estas mismas características se obtengan resultados similares, es decir, que estos resultados no fueron producto del azar.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Castro-Castro JL, Delgado Mendoza RF, Zambrano Delgado SN, Rodriguez Parrale DH. Human Immunodeficiency Virus (HIV): A systematic review of the prevalence in Vírus da imunodeficiência humana (HIV): uma revisão sistemática da prevalência. Dominio las Ciencias- 2021;7(5):196-212.
2. Onusida. Hoja Informativa. Estadísticas mundiales sobre el VIH. Actual Mund sobre el SIDA 2023. 2023; Disponible: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
3. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico XIII 2023. Sivigila, Ins, 2023. 2023:1-3.
4. Ministerio de Salud y Protección Social O-O. Etmí-Plus Colombia 2021-2030. Dirección de Promoción y Prevención. 2020:1-80.