

Un enfoque de prevención del VIH-Sida

Sanabria Rojas Hernán A.¹

RESUMEN

Se hace una breve revisión del estado del arte sobre aspectos preventivos de la infección del VIH / SIDA. Se incluye información relevante sobre el tema a nivel mundial y nacional. Bajo el enfoque de riesgo se identifican los factores o condiciones involucrados que favorecen la transmisión del VIH entre la población. Se presenta objetivos de la prevención primaria y se discute también las políticas nacionales de prevención del VIH/SIDA. Finalmente, se expresan puntos de vista del autor.

Palabras clave: infección, virus de inmunodeficiencia, SIDA, prevención, Perú.

A focus on prevention of HIV-AIDS

ABSTRACT

A brief review focusing of the state-of- the art under prevention of HIV / AIDS approach is presented. It includes relevant globally and nationally information. Under the risk approach this paper identifies risk factors or conditions that facilitate the transmission of HIV among the population. We present goals of primary prevention as well as the national policies of prevention of the HIV / AIDS are discussed. Finally, points of view of the author are expressed.

Key words: Infection, virus of immunodeficiency, AIDS, prevention, Peru.

INTRODUCCION

El virus de la inmunodeficiencia humana –VIH- es un retrovirus que afecta al sistema de defensas del cuerpo, específicamente a los linfocitos CD4, invadiéndolos, multiplicándose en ellos y produciéndoles alteraciones que pueden llegar a destruirlos; el aparato inmune finalmente, se debilita tanto que las defensas de la persona contra infecciones y algunas formas de neoplasias no funcionan. Se sabe que este aparato inmune actúa en todo el cuerpo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos, los linfocitos, de los cuales los linfocitos T son los que están más relacionados con la infección por VIH.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- es la etapa final de la infección por VIH, es también un problema de salud pública en todo el mundo, al igual que la infección por VIH. Ambas, la infección y el síndrome, en la actualidad, son pandemias. En África, los índices de la infección por VIH como del SIDA son alarmantes, pues llegan a comprometer hasta un tercio de la población adulta sexualmente activa. Según el último informe anual conjunto de ONUSIDA y la Organización Mundial de la Sa-

lud -OMS- sobre la situación de la epidemia del SIDA (1), para fines del año 2006, el número total de personas a nivel mundial que adquirieron el SIDA fue estimado en 1 950 000, unas 210 000 personas más que en el año 2004. El número de infecciones en el año 2006 se incrementó a 167 000 casos, 12 000 más que en el año 2004, acorde al informe antes señalado de la OPS. Casi 2 millones de personas viven con el VIH en América Latina y el Caribe, cifra que ha superado los datos para dicha área geográfica que reportaba poco más de 1,7 millones de personas como infectadas por el VIH. En esta revisión se trata de poner al día los aspectos preventivos del VIH/SIDA que son potencialmente capaces de tener un impacto en salud pública en el momento actual; en este sentido, huelgan comentarios con relación a las vacunas, intervenciones (vg. circuncisión en varones) u otras investigaciones, que están en proceso, relacionadas con la prevención.

MATERIAL Y METODOS

Se hace una revisión del estado del arte en lo que concierne a la infección del VIH/SIDA a nivel mundial y nacional, tomando como referencia publicaciones relevantes que, a juicio del autor, involucran los aspectos preventi-

¹ Profesor Principal, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina San Fernando.

vos del VIH / SIDA en general. A manera de motivación, el desarrollo del tema se inicia con la presentación del primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú. La discusión sobre los aspectos preventivos y promocionales incluyen también las políticas actuales del Ministerio de Salud – MINSAL – para el control y prevención del VIH/SIDA en el Perú.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

El primer caso de SIDA en el Perú.

Alrededor de las 19.00 h del 12 de mayo de 1983, se encontraba en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el destacado médico infectólogo y tropicalista Dr. Ciro Maguiña Vargas, como Jefe de Guardia; observó un paciente que le llamó la atención: *Se trataba de un paciente varón de 37 años, nacido en el Callao, procedente de Lima, quien había vivido en los Estados Unidos de Norteamérica desde los 18 años hasta septiembre del año 1982, mes en que retorna a Lima por una enfermedad.* Dicho paciente ya había sido diagnosticado en Estados Unidos de Norteamérica. Entre sus antecedentes personales destacaba el uso de drogas en los últimos seis años, pues había consumido anfetaminas, diazepam, marihuana, cocaína, nitrato de éter, etc. El tiempo de enfermedad referido fue de aproximadamente un año. Entre las molestias más importantes se encontraron tos con expectoración purulenta, gran malestar general, hiporexia, pérdida de peso marcada, diarreas líquidas y fiebre; lucía pálido, disneico, crónicamente enfermo, muy adelgazado y desnutrido. De los análisis realizados se interpretó anemia leve, leucopenia y linfopenia, alteración de las pruebas hepáticas e hipoalbuminemia. La radiografía de tórax de emergencia fue catalogada como neumonitis intersticial bilateral; el paciente fue internado esa misma noche en el Servicio de Medicina «A2» del hospital. Sin embargo, tanto en la historia clínica de hospitalización como en la nota de ingreso del médico residente no se planteó el diagnóstico de SIDA. El paciente tuvo una evolución tórpida por la nula respuesta a las infecciones ahora conocidas como oportunistas (terapia antituberculosa, cotrimoxazol..) y la presencia persistente de linfopenia absoluta con disminución de los OKT4 (ahora CD4) y elevación los OKT8 (ahora CD8) y la prueba de la tuberculina (PPD) (-); por dicha evolución los médicos tratantes retoman la sospecha de SIDA. La evolución del paciente fue mala, persistió febril, con dificultad respiratoria progresiva, las diarreas continuaron, presentó íleo paralítico y anuria; falleció el 29 de mayo de 1983. No se le practicó la autopsia correspondiente. Fue entonces

que el doctor Maguiña, planteó por primera vez en el Perú, un caso probable de *AIDS e infecciones oportunistas* (así se conocía en esa fecha). El caso fue luego confirmado por el Dr. Raúl Patrucco Puig en el Laboratorio de Apoyo de Inmunología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

A partir de este primer caso, la sala de hospitalización de «Tropicales» del Hospital Nacional Cayetano Heredia comenzó a recibir, poco a poco, a estos pacientes, convirtiéndose en un centro de referencia nacional. El personal de salud, incluyendo médicos, alumnos y familiares de pacientes empezaron a mostrar sus temores de contagio. No se contaba con las técnicas diagnósticas como ELISA, *Western Blot* y tampoco las pruebas rápidas que existen hoy en día, por lo que la diagnosis era dificultosa. Se usaba máscaras y guantes, se aislaba a los pacientes e incluso había la intención de quemar las sábanas usadas por los afectados. Parecía que se volvía a la época de la *pestem* y los mal llamados «apestados» de la Edad Media.

Con el correr del tiempo, los sufridos pacientes y sus familiares han sido aceptados; hoy se conoce mejor los mecanismos de transmisión y han quedado en el olvido los aislamientos absurdos de los primeros años de aparición de SIDA cuando no se avizoraba ningún tratamiento medicamentoso.

Reacción ante el problema del VIH/SIDA.

Han pasado casi dos décadas desde la publicación de un artículo sobre el panorama del SIDA en el Perú, en la revista oficial del Colegio Médico del Perú (2); allí se citaba la urgencia de caminar por la senda de la prevención, como estrategia para responder ante la pandemia del SIDA iniciada en 1981 (aunque la epidemia probablemente se haya iniciado antes de describirse los primeros casos). Se habló de las tres grandes epidemias relacionadas, una de ellas a la denominada Epidemia de la Reacción Social, que actualmente la seguimos viviendo, al igual que la pandemia del VIH y del SIDA. En este sentido, la orientación hacia los aspectos preventivo - promocionales del Ministerio de Salud en los últimos años ha ido de la mano con las nuevas políticas públicas, como la generación y fomento de la salud, la promoción de estilos de vida y entornos saludables, con participación social, para contribuir al desarrollo de una cultura de la salud y de bienestar de la persona, la familia y la comunidad. La Dirección General de Promoción de la Salud y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de

Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA de la Dirección General de Salud a las Personas, del MINSA, vienen trabajando en aspectos de prevención primaria para llegar a la misma comunidad, la familia y finalmente a cada persona, quienes son finalmente responsables de evitar que la pandemia continúe en el Perú. Tal vez uno de los aspectos más importantes ha sido que el Ministerio de Salud y la sociedad civil en general, se hayan unido para presentar una propuesta al Fondo Global Malaria, Tuberculosis y SIDA, cuyo resultado es haber logrado el tratamiento moderno y gratuito para los pacientes con el VIH/SIDA en el Perú. Se desconoce las razones por la que el Estado Peruano no incluyó con mayor antelación al TARGA como parte del programa de control del VIH / SIDA.

La etapa prepatogénica

La causa necesaria del proceso infeccioso es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La infección puede darse a través de relaciones sexuales, fundamentalmente; transmisión de madre a hijo a través de la placenta o del canal del parto al nacer o por vía parenteral al ingresar al cuerpo la sangre o derivados sanguíneos contaminados. El virus se diferencia en dos serotipos virales, el tipo 1 (VIH1), más extendido a nivel mundial, y el tipo 2 (VIH2), originariamente de África Occidental, menos patógeno y con período de incubación más prolongado que el tipo 1. Se sabe que en Latinoamérica y Perú hay predominio del VIH1, particularmente el subtipo B que se concentra en los homosexuales que tienen sexo con hombres; más adelante se discute la utilidad de esta información para implementar planes de prevención y ensayar vacunas en Latinoamérica.

Para explicar la dinámica de la transmisión, es necesario reconocer que en los últimos años, a pesar de una serie de estrategias e intervenciones para la prevención de la transmisión del VIH, el número de casos ha seguido incrementándose en el país. Existen diversos factores que lo explican: no involucrar a la epidemia más allá del sector salud; la negación o minimización de la epidemia; el pobre o nulo acceso a métodos de prevención como el condón en algunas poblaciones de riesgo; la cobertura de las intervenciones incluyendo TARGA que no alcanzan el 100%; las creencias o patrones culturales (tabúes y mitos); la cobertura y efecto de las campañas educativas, el patrón sociopsicológico de los adolescentes y jóvenes, etc. Atendiendo a un criterio epidemiológico y de salud pública, los determinantes pueden dividirse como sigue:

Las condiciones medioambientales y socioeconómicas

Se debe considerar que las poblaciones de alto riesgo responden a condicionantes socioeconómicos de pobreza, hacinamiento y falta de recursos. En este sentido, las más altas tasas de incidencia y prevalencia de infección por el VIH y de SIDA se encuentran en el tercer mundo, especialmente en África, Asia y Latinoamérica. El Perú no habrá de ser ajeno a esta realidad.

Entre otras condiciones se encuentran las actividades ocupacionales de riesgo; personas que prestan servicios sexuales, especialmente la prostitución sin protección, ocupaciones relacionadas con la salud, que incluyen a médicos (especialmente cirujanos), enfermeros, parteras, dentistas y sus ayudantes, personal de ambulancias y paramédicos, personal de laboratorios clínicos, embalsamadores y técnicos de morgues, personal de quirófanos, técnicos de diálisis, terapeutas respiratorios y asistentes sanitarios que no usan protección, así como estudiantes de medicina, odontología, entre otros. En todos estos casos, generalmente debido al riesgo de accidentes, sobre todo con bisturís y agujas conteniendo sangre infectada, es razonable considerar la profundidad del pinchazo, espacio de las agujas, presencia de sangre visible y el estado de la enfermedad del paciente contagiante. Actualmente es importante tener en cuenta los aspectos de bioseguridad en salud en las instituciones relacionadas con la salud, así como en la formación de sus profesionales en el pre y el postgrado.

El comportamiento y estilo de vida personal

Las conductas sexuales de riesgo, característico en los adolescentes y adultos jóvenes, incluyen múltiples parejas sexuales, relaciones homosexuales, abuso sexual, sobre todo asociados con una falta o inadecuada protección (uso de preservativo); las cuales representan un alto riesgo de infección con VIH, cuyo contagio se produce a través de los fluidos corporales (semen, secreción vaginal y sangre). El riesgo identificado a principios de la epidemia fue por coito anal receptivo en homosexuales de San Francisco, posteriormente, se extiende a la población heterosexual por el coito vaginal sin protección. Se sabe que el riesgo aumenta si se asocian ITS, traumatismos de mucosas, menstruación y posible falta de circuncisión de la pareja activa. La infección por el VIH ha planteado desde su aparición un enorme desafío a la humanidad, pues su diseminación mundial se explica porque la principal vía de transmisión del VIH involucra a la conducta humana más primitiva y más difícil de modificar en el corto o mediano plazo: la conducta sexual (3).

Un aspecto que ha vuelto a tomar gran vigencia, es la baja percepción de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, por parte de los jóvenes (4) lo que favorecería el sexo sin protección. Esta situación es probablemente debida a la disponibilidad del tratamiento antirretroviral y, en los adolescentes del tercer mundo, debido a una deficiente educación sexual (5), son muchos los factores que pueden estar involucrados en este problema.

Otra condición altamente riesgosa, es la que sufren los pacientes que requieren, en forma periódica, transfusiones de sangre o de sus derivados, representados por los pacientes hemofílicos, debido a deficiente selección de donantes y tamizaje de la sangre extraída. Así pues, se considera que el riesgo de infección por transfusión sanguínea de un donante infectado está en alrededor del 95%. Igualmente están en riesgo aquellas personas que utilizan drogas inyectables por el uso compartido de jeringas contaminadas, representando un riesgo de 1:150 casos.

Los factores biológicos

Están íntimamente relacionados con aspectos fisiológicos y fisiopatológicos del huésped, en este caso la persona vulnerable; es razonable pensar que la mujer tiene más posibilidades de infectarse con VIH que el hombre en un coito no protegido; esta vulnerabilidad responde a diferentes causas sean biológicas, socioeconómicas o culturales; entre las biológicas se considera la mayor superficie de exposición (mucosa vulvo-vaginal), y por lo tanto mayor posibilidad de recibir mayor carga viral (en el semen), así como mayor tiempo de exposición. El aspecto biológico está ligado a los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, así como de los factores

contextuales que afecten sus decisiones, por lo que se debe capacitar a los jóvenes para que tomen decisiones acertadas sobre su vida sexual.

De otro lado se encuentran los hijos de madres infectadas, que son contagiados por transmisión vertical del VIH durante la gestación o durante el parto o cesárea, siendo la tasa global de 13-40% para los casos que no reciben terapia antirretroviral. Estudios sobre transmisión vertical del VIH en Cataluña (6) encontraron que hubo disminución en los últimos años, pero se produjeron infecciones por la mala implementación de las medidas preventivas conocidas; el estudio sugiere ofrecer la prueba diagnóstica para VIH a toda gestante, no sólo en el primer trimestre de embarazo sino también al final, si se sospecha exposición al virus, y para el caso de gestaciones no controladas, hay que usar pruebas diagnósticas de lectura rápida en la sala de partos. Desde la publicación de los resultados del protocolo ACTG 076 (EE.UU.) en 1994, se demostró una reducción de 67,5% de la transmisión vertical de la infección por VIH mediante el tratamiento con zidovudina (AZT) durante la gestación, que en este momento ha disminuido a 2%. Actualmente se vienen haciendo estudios con terapias múltiples para disminuir la incidencia de transmisión del VIH/SIDA por lactancia materna como se señala más adelante. Así pues, la efectividad de este programa dependerá de la implementación y el buen funcionamiento de programas de tamizaje que permitan identificar a las mujeres infectadas por VIH durante el embarazo o durante el parto (6).

En el Perú, la Dirección General de Epidemiología, reportó en el año 2003 que 3% de los casos de infección por VIH se daba por transmisión vertical (7).

Tabla 1. Prevalencia de VIH y otras ITS en gestantes (vigilancia centinela en mujeres gestantes en el Perú)

Ciudad	Tamaño de la muestra	Agente patógeno	Prueba diagnóstica	Prevalencia (%)	Autor; año de estudio
Lima	3566	Sífilis	RPR	1,2	PROCETSS 1996
		HIV	Western Blot	0,3	
Lima	3450	Sífilis	RPR	1,7	PROCETSS 1997
		HIV	Western Blot	0,6	
Otras ciudades	2969	Sífilis	RPR	1,9	PROCETSS 1996
		HIV	Western Blot	0,03	
Otras ciudades	4343	Sífilis	RPR	1,9	PROCETSS 1997
		HIV	Western Blot	0,2	
Perú	3622	HIV	Western Blot	0,3	MINSAs 1999
Perú	9429	HIV	Western Blot	0,26	MINSAs 2000
Perú	10202	Sífilis	RPR	1,4%	MINSAs 2002
		HIV	Western Blot	0,21%	

Fuente: PEM – Ministerio de Salud 2007 (19)

Está reconocido también, que el riesgo de transmisión madre-niño aumenta con la lactancia materna (8), por tanto, la suspensión de la lactancia materna en púerperas seropositivas también contribuirá a evitar la infección por el VIH.

El turismo

Si bien no hay estudios que demuestren evidencia de la asociación entre turismo y VIH/SIDA en el PERU, se sabe que el movimiento de la población fue determinante en su diseminación en el mundo. Ciertamente el turista se convierte en un potencial importador y posterior exportador de una infección por VIH y en general de una ITS; no es descabellado pensar que el turista está predispuesto a cambiar su conducta sexual cuando se ausenta de su ambiente habitual, dada la libertad y oportunidad de escapar de los valores sociales que le impone su comunidad. Hay estudios que han demostrado que la diseminación del VIH/SIDA puede estar relacionada con el ingreso de turistas por sus fronteras, estimándose que hasta 20% de turistas tendrían algún tipo de relación sexual casual, exponiéndose a una ITS como sucede con los llamados «bricheros» (*comunicación personal Dr Hugo Casaretto, Tacna 2006*).

Los sistemas de atención en salud

Estos sistemas deben estar encaminados al planeamiento, diseño y ejecución de programas de prevención primaria, atendiendo a un diagnóstico situacional de los determinantes de salud del VIH/SIDA. Es indispensable contar con las condiciones socioeconómicas y políticas necesarias, sobre todo en países del tercer mundo. El Ministerio de Salud es el llamado como ente rector, que en el caso peruano desde la constitución del PECOS, ha logrado frutos hasta lo que ahora representa la terapia antirretroviral de gran actividad –TARGA– con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Históricamente, el MINSA recibió las primeras notificaciones de casos de SIDA correspondientes a varones homosexuales de estrato socioeconómico alto que habían adquirido la enfermedad en el extranjero; posteriormente, en 1985 aparecen los primeros casos autóctonos en Perú, aumentando notablemente hasta llegar a representar a más del 90% del total de infecciones diagnosticadas en el Perú a inicios de la década de 1990. En 1986 se diagnosticó a la primera mujer con SIDA en el Perú y en 1989 a los primeros niños que adquirieron la enfermedad por transmisión vertical (2).

La prevención y sus tipos

La prevención se refiere al conjunto de acciones encaminadas a evitar la aparición o el progreso de un daño a la salud. Dentro del concepto prevención, la clasificación en tres tipos de prevención ha pasado a reclasificarse en cuatro niveles, sin embargo, en esta revisión sólo nos referiremos a la prevención primordial y primaria, dejando para otro momento la prevención secundaria y terciaria.

Prevención primordial

Este es el tipo de prevención más recientemente reconocido; su objetivo es evitar el surgimiento o la consolidación de patrones económicos, sociales y culturales relacionados con el incremento del riesgo de aparición de una enfermedad. Implica la formación y educación de los individuos, incluso desde las primeras etapas de la vida para que estos adopten hábitos, conductas, estilos de vida y de consumo saludables, para lo cual es preciso la intervención coordinada de todos los sectores de la sociedad (educativo, sanitario, económico, legislativo, cultural, informativo, etc.). En el caso de la prevención del VIH/SIDA se incluyen las acciones dirigidas a toda la población que:

- Promuevan conductas y formas de asumir una sexualidad madura y responsable, contrarrestando los patrones nocivos de conducta sexual imperantes en nuestras sociedades;
- Eliminen las condiciones socioeconómicas, familiares e individuales (biológicas, psicológicas y espirituales) que propician la pobreza, la ignorancia, la drogadicción, la prostitución y la marginalidad, entre otros.

Prevención primaria

La tercera gran revolución de la epidemiología dejó atrás la hegemonía de la enfermedad para orientarse hacia la salud, sistematizándose la medicina preventiva. Así, poco a poco se fueron reconociendo los factores y determinantes de la salud y enfermedad. El enfoque, sin embargo, es promover la salud de la población y reducir los efectos negativos de la enfermedad. Se puede puntualizar las siguientes estrategias de prevención primaria:

1. Relacionados con el trabajo; especialmente del personal sanitario, es fundamental contar con prácticas de bioseguridad debidamente reglamentadas, en las que se incluya:

- El uso estricto de material de punción descartable;
- El uso de un sistema de manejo de residuos biológicos biocontaminados, que incluya entre otras cosas,

recipientes herméticos semirígidos rotulados; contenedores de acopio y depósito señalizados; flujograma de acopio, depósito y eliminación debidamente ubicados y señalizados dentro del establecimiento de salud;

- Contar con un sistema interno de información de casos seropositivos, para tomar las medidas de cuidado extremo en la manipulación de instrumentos de punción o hemoinvasivos;
- En el caso del personal sanitario infectado accidentalmente, se recomienda la realización urgente de las pruebas de detección de VIH y controles a las seis semanas, a los tres meses y a los seis meses. También, se ha propuesto un esquema de tratamiento antirretroviral único, con dos y hasta tres drogas, lo cual disminuiría la tasa de seroconversión en 79%.

2. Relacionados con el comportamiento y estilo de vida; basado en los grupos etarios más expuestos (adolescentes) y poblacionales de alto riesgo por su estilo de vida, incluyendo conductas como promiscuidad sexual, prácticas homosexuales, violencia sexual, consumo de drogas, marginación étnica y social (grupos afroamericanos, asiáticos y latinos en países desarrollados) hacia los cuales deben orientarse las estrategias preventivo-promocionales; se tiene que asegurar las prácticas de «sexo más seguro», mediante protección mecánica con el uso adecuado del preservativo de látex; evitar la multiplicidad de compañeros sexuales y promover la monogamia según el contexto; evitar el consumo de drogas inyectables; dotar de mejores condiciones socioeconómicas y sanitarias a las poblaciones de bajos recursos y etnias marginadas. Sobre comportamiento y estilos de vida, en mucho han aportado los Grupos de Ayuda Mutua -GAM-, conforme a lo referido en un estudio realizado en Lima (9).

Cabe mencionar que hay evidencias desfavorables en cuanto a la percepción de las mujeres sobre el riesgo de ITS/VIH (10) puesto que 88,3% percibió no tener algún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con su vida sexual actual.

3. Relacionados con la implementación de programas, que buscan sensibilizar a la población en general y, sobre todo, a la de alto riesgo, mediante información adecuada y educación sexual en las escuelas. En atención a lo anterior, últimamente se ha puesto especial énfasis en métodos innovadores de comunicación y educación a grupos de alto riesgo. Dentro de este universo de propuestas, se presenta dos modelos que cuentan con gran aceptación:

a.- El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o *Health Belief Model*; es una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo / perceptivo. El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar previene el proceso. La hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

- la creencia de que un determinado problema es suficientemente grave como para tenerlo en consideración;
- la creencia de que uno es vulnerable a ese problema;
- la creencia de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades (11).

b.-El modelo de prevención de ETS/ SIDA en adolescentes propuesto en Panamá (3), que incluye los siguientes factores: conocimientos sobre la sexualidad y ETS/ SIDA; actitudes, valores y creencias; necesidades e intereses de los adolescentes sobre la sexualidad; conductas preventivas; percepción de la gravedad de las ETS/SIDA; vulnerabilidad y riesgo; percepción de la relación temporal entre los comportamientos de riesgo y sus posibles consecuencias; niveles y fuentes de acceso a la información sobre la sexualidad y ETS/ SIDA; medioambiente (entorno) en el que vive el adolescente (situación demográfica y nivel socioeconómico de las familias)

Objetivos educativos en prevención primaria.

- a) Estimular el aprendizaje sobre el valor de la imagen humana;
- b) Generar debate en torno a ciertos planteamientos (creencias, supuestos, mitos, valores) vigentes sobre la imagen humana y promover la responsabilidad individual y social frente a la imagen;
- c) Consolidar la imagen de género en los adolescentes de ambos sexos;
- d) Promover una vida sexual sana y una cultura sexual basada en conocimientos científicos;
- e) Desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas -CAP- que promuevan la prevención de ETS/VIH/SIDA.

Dentro de las acciones preventivas, y como resultado de la reunión de los jefes de los programas de ITS* de los países de la región de las Américas en 2001, se implementó la Red de Acción para las Infecciones de Transmisión Sexual (STI-NET) haciendo mejoras en la notificación de casos con un enfoque sindrómico. Se publicó el «Manual de la salud sexual-recomendaciones para la acción», Perú, para fortalecer los aspectos preventivos promocionales por implementarse en los países participantes.

En Perú existe una Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) que está trabajando políticas desde el Estado para enfrentar la epidemia, en tanto que el programa de ITS está a cargo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Al respecto, se ha planeado las siguientes actividades de prevención primaria:

- Intervenciones (v.g. educación por pares) en poblaciones vulnerables: trabajadoras sexuales (TS) y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH);
- Intervención de consejeros educadores de pares;
- Fortalecimiento de la consejería en ITS y VIH/SIDA;
- Intervenciones (v.g. promoción de conductas sexuales saludables y del uso consistente y correcto del condón) en población general;
- Profilaxis con antirretrovirales en mujeres gestantes infectadas por el VIH (prevención primaria para el producto).

Relacionado a este último caso, se ha demostrado en Ruanda que la terapia multidroga es eficaz para disminuir notablemente la incidencia de transmisión del VIH/SIDA por lactancia materna (12). Seguramente el MINSA tomará en cuenta este buen resultado así como otros de índole preventivo para validarlo en nuestras condiciones de campo. No se cuenta con información nacional con relación a la terapia profiláctica en mujeres infectadas por el VIH que dan de lactar.

Suárez (13) y Blitchtein-Winicki (14) hicieron una aproximación al asunto desde el punto de vista epidemiológico a inicios de la nueva década, en tanto que Sanabria (2, 15) lo hizo en la década de 1990; estos autores señalan con precisión la importancia de conocer los factores de riesgo y, por tanto, de la prevención primaria. Al respecto, los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica, a través de *The National Center for HIV, STD, and TB Prevention*, han publicado diversas normas para el diagnóstico y tratamiento, siendo el más reciente el del STD

Treatment Guidelines, 2006 (16); en estas guías se señala también diversos aspectos para la prevención del VIH.

Una buena vigilancia, en la población, de la infección por el VIH y del SIDA es importante para poder orientar las intervenciones; en algunos casos, se desarrolla la vigilancia centinela en los grupos poblacionales específicos en epidemias concentradas: hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales y en gestantes usuarias de los servicios de control prenatal, para medir el grado de extensión de la infección por VIH a la población general; por ejemplo, si el grupo de jóvenes entre 15 y 20 años de edad se está infectando con mayor incidencia por transmisión sexual o si la transmisión vertical en este grupo de edad se incrementa fuera de lo esperado, se deberá dar la atención respectiva. En otras palabras, adecuar las intervenciones de promoción y prevención del VIH/SIDA a nuestra realidad nacional es una tarea que debe tener la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA, mas allá del su esfuerzo de control del VIH/SIDA a través del tratamiento con TARGA; en este sentido, es meritorio la implementación del nuevo plan para la eliminación de la transmisión vertical de VIH y la sífilis.

De otro lado, se debe tener en cuenta la preponderancia de la cepa VIH1, subtipo B para la implementación de planes de prevención como es el ensayo de vacunas contra el VIH/SIDA, según lo recomendado por Laguna (17). Falta mucho por hacer para revertir la tendencia de la incidencia del VIH / SIDA en el Perú, sin embargo, un gran paso fue la aprobación, en el año 2007, del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2007-2011 para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA en el Perú; según García y Blas (18), dicho plan tiene el objetivo de ordenar las acciones de los diferentes sectores de la sociedad civil, gobierno y organizaciones de las personas afectadas por el VIH/SIDA. Entre las actividades preventivo promocionales priorizadas por el PEM se tiene la promoción del uso de condón en poblaciones de alto riesgo, tratamiento de ITS y ofrecer consejería y pruebas voluntarias de VIH. Esperemos que el Plan Estratégico Multisectorial logre disminuir la incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana a la población peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA, OMS. Situación de la Epidemia del SIDA. Informe técnico. Ginebra (Suiza): ONUSID; 2006 Dic. Report No. ONUSIDA/07.27S / JC1322S.

2. Sanabria H. Panorama epidemiológico del Sida en el Perú y el mundo. *Acta méd Peruana*. 1991;15(1):48-55.
3. Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol*. 1999;150(3):306-11.
4. Vera-Gamboa L, Sánchez-Magallón F, Góngora-Biachi R. Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Rev Biomed*. 2006;17(3):157-168.
5. Barros T, Barreto D, Pérez, F, Santander R, Yépez E, Abad Franch F, Aguilar M. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública*. 2001;10(2):86-94.
6. Ramos F, García-Fruitoso MT, Almeda J, Casabona J, Coll O, Fortuny C. Determinantes de la transmisión vertical del VIH en Cataluña (1997-2001): ¿es posible su eliminación?. *Gac Sanit*. 2003;17(4):275-82.
7. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de salud – 2005. Lima: OMS; 2006.
8. Pérez-Escamilla Rafael. La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]*. 2001 June [cited 2008 Nov 12];9(6):[about 5p.]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n6/5378.pdf>
9. Sanabria H, Villena J, Musayón Y, Chuchón B, Villafuerte A. Condiciones de vida de personas que viven con el virus del SIDA. Investigación cualitativa en un Grupo de Ayuda Mutua de Lima. *Rev Per Enf Inf y Trop*. 2002;2(1):32-40.
10. Suárez GJA, Gutiérrez MM, Figueroa VDV, Monteagudo BM. Percepción del riesgo de ITS/VIH/SIDA en adolescentes con sepsis ginecológica [monografía en internet]. Pallmanova: Psiquiatría; 1994 [citado 2007 Mar 8]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqcomunitaria/23687/>
11. Soto MF, Lacoste MJA, Papenfuss RL, Gutiérrez LA. El Modelo de Creencias de Salud. Un Enfoque Teórico para la Prevención del SIDA. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(4):335-41.
12. Arendt V, Ndimubanzi P, Vyankandondera J, Ndayisaba G, Muganda J, Courteille O, Rutanga C, Havuga E, Dhont N, Mujawamassiga A, Omes C, Peltier A. AMATA study: effectiveness of antiretroviral therapy in breastfeeding mothers to prevent postnatal vertical transmission in Rwanda. In: International AIDS Society, editors. 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; 2007 July 22-25; Sydney, Australia; 2007. Abstract N° TUAX102.
13. Suarez-Ognio L. Situación epidemiológica de la infección por el VIH/SIDA en el Perú. *Dermatol peru*. 2000;10(Sup.1):
14. Blitchtein-Winicki D, Paredes L, Calero J, Magallanes M, Núñez M, Pessah S, Escurra M, Alva K, Sweing E, Gonzales M. Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. *An Fac Med*. 2002;63(4):257-68.
15. Sanabria H, Sarmiento N, y Mesones J. Conocimientos y Actitudes Sobre la Transmisión del VIH en Estudiantes de una Escuela de Medicina de Perú. *Rev. salud pública*. 1999 Jul;1(2):152-8.
16. Workowski K, Bermam S. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. *MMWR*. 2006 Aug;55(RR-11):1-98.
17. Laguna-Torres V. A., Olson J., Sánchez J, Montano S, Chauca G, Carrión G, Romero A, Rios J, Gomero M, Sovero M, Perez-Bao J, Carr J, Grupo de Trabajo de Genotipificación de VIH en Sudamérica. Distribución de los subtipos del VIH-1 en nueve países de América del Sur, 1995-2002. *Rev Perú med exp salud pública*. 2005;22(1):12-17.
18. 18. García P, Blas M. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH: la epidemia desde una visión global y local. *Rev peru med exp salud pública*. 2007;24(3):199-201.
19. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para prevención y control de las ITS y VIH/SIDA. Lima: MINSA; 2007.

Correspondencia

Hernán A. Sanabria Rojas
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos
 Facultad de Medicina San Fernando
 Correo electrónico: hsanabriar@unmsm.edu.pe

Forma de citar este artículo: Sanabria HA. Un Enfoque de Prevención del VIH-Sida. *Rev enferm Herediana*. 2008;1(2):111-8.

Fecha de recepción: 30 de julio

Fecha de aceptación: 25 de noviembre