



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, agosto del 2023

Señores
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Karol Yanini Córdoba Patiño, con C.C. No. 1007502530,

Daniela Stephanía Delgado Arenas, con C.C. No. 1003811469,

Angie Catalina González Trujillo, con C.C. No. 1193127561,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o investigación titulado Caracterización epidemiológica de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del huila 2013-2021 presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de enfermería;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Caracterización epidemiológica de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del huila 2013-2021

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Córdoba Patiño	Karol Yanini
Delgado Arenas	Daniela Stephanía
González Trujillo	Angie Catalina

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Guzman Rivera	Jose Vladimir

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermera

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2023 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 52

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general_X___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros_X_



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

1. Infecciones por VIH
2. Transmisión vertical de enfermedad infecciosa
3. Sociedad receptoras de migrantes
4. Poblaciones vulnerables
5. Mujeres embarazadas

Inglés

- HIV infections
- Infectious disease transmisión vertical
- Migrant-Receiving Society
- Vulnerable populations
- Pregnant women

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila durante el 2013-2021.

Materiales y métodos: Estudio ecológico basado en la revisión de fuentes secundarias, las cuales fueron DANE y SISPRO, en las que se filtraron variables de interés según criterios para búsqueda de información.

Resultados: Durante el periodo de estudio en el departamento del Huila se identificaron con 41 mujeres gestantes diagnosticadas con VIH, con una estimación de razón de prevalencia para el departamento del 0,2 por cada 1000 nacidos vivos, de las cuales la mayoría se encontraba en el grupo de 15 a 29 años. Se evidencio una mayor frecuencia de la enfermedad en el municipio de Neiva con 22 gestante 53,6% (IC95% 38,7-67,9). La población identificada se hallaba principalmente en las cabeceras municipales 75,6% (IC95% 60,8-80,1), estaban afiliadas al régimen subsidiado 73,1% (IC95% 58,0-84,3), con un nivel socioeconómico bajo-bajo 41,4% (IC95% 27,7-56,6).

Conclusiones: La migración de la población venezolana hacia la región andina genero un impacto considerable en la salud publica de la región, dado que el 56,1% de los casos eran migrantes venezolanas.



ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: Describe the epidemiological characteristics of pregnant women diagnosed with HIV in the department of Huila during 2013-2021.

Materials and methods: Ecological study based on the review of secondary sources, which were DANE and SISPRO, in which variables of interest were filtered according to criteria for information search.

Results: During the study period in the department of Huila, 41 pregnant women diagnosed with HIV were identified, with an estimated prevalence ratio for the department of 0.2 per 1000 live births, most of whom were in the group from 15 to 29 years. A higher frequency of the disease was evidenced in the municipality of Neiva with 22 pregnant 53.6% (CI95% 38.7-67.9). The identified population was found mainly in the municipal capitals 75.6% (95% CI 60.8-80.1), 73.1% (95% CI 58.0-84.3) were affiliated to the subsidized regime, with a level low-low socioeconomic status 41.4% (95% CI 27.7-56.6).

Conclusions: The migration of the Venezuelan population to the Andean region generated a considerable impact on public health in the region, since 56.1% of the cases were Venezuelan migrants.



APROBACION DE LA TESIS

Nombre presidente Jurado:

Juan Camilo Calderón Fanán

Firma:

Nombre Jurado:

Alix Yaneth Perdomo Romero

Firma:

Nombre Jurado:

Luz Omaira Gómez Tovar

Firma:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUJERES GESTANTES
DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA 2013-2021

KAROL YANINI CÓRDOBA PATIÑO
DANIELA STEPHANÍA DELGADO ARENAS
ANGIE CATALINA GONZÁLEZ TRUJILLO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2023

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUJERES GESTANTES
DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA 2013-2021

KAROL YANINI CÓRDOBA PATIÑO
DANIELA STEPHANÍA DELGADO ARENAS
ANGIE CATALINA GONZÁLEZ TRUJILLO

Trabajo de investigación elaborado como requisito para optar el título de
enfermera

ASESOR:
JOSE VLADIMIR GUZMAN RIVERA
MSc. Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2023

Nota de aceptación:

APROBADO



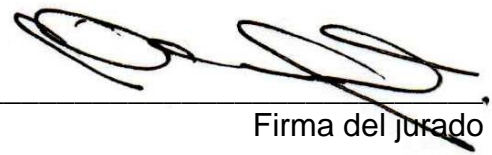
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. L. ...', written over a horizontal line.

Firma del presidente del jurado



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. ...', written over a horizontal line.

Firma del jurado



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. ...', written over a horizontal line.

Firma del jurado

Neiva, agosto del 2023

DEDICATORIA

A nuestras familias, por acompañarnos en cada una de las dificultades que enfrentamos y ayudarnos a resolverlas.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a nuestras familias por su apoyo, esfuerzo y sacrificios, sin ellos no habríamos logrado alcanzar esta meta. También a nuestro asesor por su paciencia, tiempo, guía y consejos que fueron necesarios para la realización de esta investigación. Finalmente, agradecemos a El Geri por ser un pilar de apoyo fundamental, incluso durante la sustentación de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
1. JUSTIFICACIÓN	13
2. ANTECEDENTES	15
2.1. INTERNACIONALES	15
2.2. NACIONALES	17
2.3. DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
4. OBJETIVOS	21
4.1. OBJETIVO GENERAL	21
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. MARCO TEÓRICO	22
6. METODOLOGÍA	25
6.1. TIPO DE ESTUDIO	25
6.2. LUGAR	25
6.3. MUESTRA	25
6.3.1. Criterios de búsqueda de la información	25

	Pág.
6.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	26
6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
6.5.1. Variables Sociodemográficas	26
6.6. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	27
6.7. FUENTE DE INFORMACIÓN	27
6.8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
6.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
6.9.1. Consideraciones Éticas	28
6.9.1.1. Alcance	28
6.9.1.2. Impacto	28
6.9.1.3. Riesgo-Beneficio	28
7. RESULTADOS	30
7.1. ANÁLISIS UNIVARIADO	30
7.2. GRÁFICAS	33
8. DISCUSIÓN	34
9. CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	43

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tablas 1. Grupo de edad en gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.	30
Tablas 2. Municipio de residencia de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.	31
Tablas 3. Zona de residencia de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.	31
Tablas 4. Nivel Socio económico de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.	32
Tablas 5. Régimen de Salud en gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.	32
Tablas 6. País de procedencia de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.	32
Tablas 7. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por municipio en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.	50
Tablas 8. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por año en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.	51

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por municipio en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.	33
Grafica 2. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por año en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.	33

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexos A. Acuerdo de Confidencialidad	44
Anexos B. Entidades Participantes y Tipo de Participación	46
Anexos C. Resultados / Productos Esperados y Potenciales Beneficiarios	47
Anexos D. Impactos esperados a partir del uso de los resultados:	48
Anexos E. Cronograma	49
Anexos F. Presupuesto	50

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila durante el 2013-2021.

Materiales y métodos: Estudio ecológico basado en la revisión de fuentes secundarias, las cuales fueron DANE y SISPRO, en las que se filtraron variables de interés según criterios para búsqueda de información.

Resultados: Durante el periodo de estudio en el departamento del Huila se identificaron con 41 mujeres gestantes diagnosticadas con VIH, con una estimación de razón de prevalencia para el departamento del 0,2 por cada 1000 nacidos vivos, de las cuales la mayoría se encontraba en el grupo de 15 a 29 años. Se evidencio una mayor frecuencia de la enfermedad en el municipio de Neiva con 22 gestante 53,6% (IC95% 38,7-67,9). La población identificada se hallaba principalmente en las cabeceras municipales 75,6% (IC95% 60,8-80,1), estaban afiliadas al régimen subsidiado 73,1% (IC95% 58,0-84,3), con un nivel socioeconómico bajo-bajo 41,4% (IC95% 27,7-56,6).

Conclusiones: La migración de la población venezolana hacia la región andina genero un impacto considerable en la salud publica de la región, dado que el 56,1% de los casos eran migrantes venezolanas.

Palabras claves: Infecciones por VIH, Transmisión vertical de enfermedad infecciosa, Sociedad receptora de migrantes, Poblaciones vulnerables, mujeres embarazadas.

ABSTRAC

Objective: Describe the epidemiological characteristics of pregnant women diagnosed with HIV in the department of Huila during 2013-2021.

Materials and methods: Ecological study based on the review of secondary sources, which were DANE and SISPRO, in which variables of interest were filtered according to criteria for information search.

Results: During the study period in the department of Huila, 41 pregnant women diagnosed with HIV were identified, with an estimated prevalence ratio for the department of 0.2 per 1000 live births, most of whom were in the group from 15 to 29 years. A higher frequency of the disease was evidenced in the municipality of Neiva with 22 pregnant 53.6% (CI95% 38.7-67.9). The identified population was found mainly in the municipal capitals 75.6% (95% CI 60.8-80.1), 73.1% (95% CI 58.0-84.3) were affiliated to the subsidized regime, with a level low-low socioeconomic status 41.4% (95% CI 27.7-56.6).

Conclusions: The migration of the Venezuelan population to the Andean region generated a considerable impact on public health in the region, since 56.1% of the cases were Venezuelan migrants.

Keywords: HIV infections, Vertical transmission of infectious disease, Migrant receiving society, Vulnerable populations, pregnant women.

1. JUSTIFICACIÓN

El VIH ha sido una enfermedad de gran impacto a lo largo de la historia, desde que se declaró la epidemia los casos notificados han ido en aumento. Actualmente se considera como una enfermedad crónica, dado por el deterioro progresivo del sistema inmunológico en las personas infectadas por el virus y la probabilidad de adquirir enfermedades oportunistas que puedan causar diversas complicaciones, por lo cual se requiere el uso de medicamento antirretrovirales. Dado su impacto en la población en términos de morbilidad, mortalidad, discapacidad y de recursos económicos en los sistemas de salud, es considerado como un evento de interés que afecta la salud pública, por lo cual se le realiza un seguimiento exhaustivo a las personas que viven con VIH (PVV) y en especial a la atención de gestantes y menores expuestos al VIH, además a los casos de infección por tuberculosis (16,21).

Esta investigación es relevante por la ausencia de estudios en la región lo que impide conocer las características sociodemográficas de las gestantes con VIH, desconociendo cuales son los grupos poblacionales con mayor riesgo de transmisión y vulnerabilidad. Además, contribuir al desarrollo de políticas públicas para la prevención, detección y tratamiento oportuno en este grupo poblacional.

La eficacia del proyecto radica en la facilidad que se tiene al acceso a datos de fuentes secundarias como son SISPRO y DANE. El proyecto es viable porque los estudios realizados a nivel nacional han tenido éxito y han sido muy útiles en el abordaje del VIH, además, al ser un estudio cuantitativo descriptivo permite la replicación de estos. Nuestro proyecto requiere el uso de pocos recursos y las variables se analizan a través de programas gratuitos y de fácil manejo.

Es necesario realizar el estudio en el departamento del Huila, porque se desconoce la razón de prevalencia de VIH en mujeres gestantes y de los factores sociodemográficos que inciden en la transmisión en este grupo poblacional.

Brindar un cuidado integral en el paciente es el quehacer principal de enfermería, dentro de este cuidado está el prevenir la enfermedad y promover el mantenimiento de la salud analizando los factores de riesgo y desde allí generando estrategias para la disminución de estos. Conforme a ello, en anteriores investigaciones se evidencia que los factores que aumentan la vulnerabilidad en la población también aumentan el riesgo de TMI, por ello, es de vital importancia caracterizar la población gestante

con VIH en el departamento del Huila para identificar los grupos vulnerables en los cuales se deben intensificar las acciones en pro de disminuir la TMI (16,22).

El estudio en el departamento del huila aportará a la generación y apropiación de nuevo conocimiento en el campo de la investigación en salud realizada por estudiantes de enfermería de la Universidad Surcolombiana. Los resultados nos permitirán contribuir a las políticas de prevención de la transmisión vertical de VIH en mujeres gestantes desde una perspectiva social.

2. ANTECEDENTES

2.1. INTERNACIONALES

En el año 2016, se publicó un estudio que se realizó en Brasil, cuyo objetivo principal era trazar el perfil epidemiológico de las gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); La investigación involucró el perfil de 69 gestantes con VIH atendidas, de enero a diciembre de 2013. Los datos fueron recolectados de enero a febrero de 2014, mediante un cuestionario semiestructurado donde se concluye que el diagnóstico precoz, asociado a una adecuada atención clínica, obstétrica y de enfermería, son bases primordiales para propiciar una adecuada adherencia al tratamiento y reducir las tasas de transmisión vertical (1).

En el año 2018, se llevó a cabo una investigación al noroeste de Brasil la cual tenía como objetivo conocer las características epidemiológicas de la infección por VIH en mujeres embarazadas. La población estudiada estuvo constituida por gestantes portadoras de VIH/SIDA residentes en el estado de Alagoas, se concluye que es primordial incluir acciones dirigidas a ampliar la atención a las mujeres, en las que la garantía de la atención integral y el diagnóstico precoz del VIH son estrategias importantes para promover la adecuada adherencia al tratamiento y la reducción de la transmisión vertical (2).

En el 2018, en un Hospital Regional de Paraguay se realizó un estudio que tenía como objetivo describir las Características clínicas y epidemiológicas de todas las pacientes embarazadas portadoras de VIH, que acudieron a este entre el 2007 y el 2017. En este estudio se encontró que las edades de las gestantes se encontraban entre los 19 a 28 años, eran provenientes de la zona urbana y la mayoría de las pacientes ya conocían su diagnóstico antes del embarazo, respecto a los antecedentes gineco-obstétricos solo se presenta un mínimo porcentaje de gestantes que presentaron ruptura de membranas; se concluyó que la mejor forma de reducir la transmisión vertical del VIH se logra a través de un diagnóstico precoz del virus durante el embarazo y el cumplimiento del protocolo del servicio de salud donde es captada la enfermedad a través de un buen control prenatal de la madre (3).

En el 2019, en una provincia de Cuba se describió las características epidemiológicas de las gestantes seropositivas al VIH en los años comprendidos entre 1986 y 2017, en este estudio se incluyeron a 64 gestantes de las cuales se obtuvo como resultado, que el 68,8% se encuentran en una edad reproductiva de bajo riesgo, cerca de la mitad (48,4%) se encuentran en un nivel de escolaridad básico, el 64,1% de estas mujeres eran amas de casa y la mayoría (79,1%) de las mujeres tuvieron una captación temprana. Antes del 2007 el valor del CD4 a la captación era bajo y la carga viral en el parto fueron muy altas, esto, debido a factores como el inicio tardío y mala adherencia al tratamiento (4).

En Brasil, en el año 2019, un estudio que tenía como propósito describir el perfil epidemiológico de las gestantes con VIH/SIDA en Brasil a través de una revisión de la literatura en las bases de datos Lilacs, Medline, SciELO y Google Scholar; concluye que una de las formas más eficientes para reducir el riesgo de transmisión vertical de VIH/SIDA es a través de la implementación de acciones de prevención durante el embarazo, parto y puerperio, de ahí yace la importancia de conocer el perfil de las gestantes con VIH/SIDA, para que el gobierno y los servicios de salud tengan acciones dirigidas a esta población de acuerdo a su contexto social (5).

En Ecuador en el 2020, se realizó un estudio en el que tenían como objetivo mostrar la prevalencia de las características clínicas-epidemiológicas asociadas a la transmisión materno infantil del VIH en las madres gestantes y los recién nacidos expuestos en un hospital gineco-obstétrico; se concluyó respecto al perfil clínico-epidemiológico de las gestantes, el cual reportó que cerca del 20% de las mujeres estaban en edad de adolescencia tardía y que el grupo etario más frecuente fue comprendido en edades de 20 a 35 años; también, cerca de la mitad de las mujeres fueron diagnosticadas durante el embarazo y de estas menos de la mitad lograron disminuir de la carga viral para el momento del parto; en relación a la realización de las cesáreas el porcentaje está por encima de las series internacionales (6).

En Brasil, en el año 2021 se realizó un estudio cuyo principal objetivo era analizar el perfil epidemiológico de la infección por VIH en gestantes indígenas y no indígenas en el estado de Pará, se concluye que existen altas tasas de VIH en mujeres embarazadas indígenas y por esta razón, se resalta la necesidad de adaptar políticas y lineamientos para la prevención del VIH/SIDA para que sean culturalmente apropiados para diferentes contextos étnicos. Además, es fundamental ampliar las medidas de prevención y diagnóstico del VIH en los

momentos que preceden al embarazo para interrumpir la cadena de transmisión del virus (7).

2.2. NACIONALES

En el departamento de Córdoba, en el año del 2016, se realizó un estudio donde se determinó el comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA en las gestantes notificadas en el SIVIGILA, en los años comprendidos entre el 2013 y el 2016, el cual incluía 132 pacientes, con un promedio de edad de 24 años. En el estudio se concluye que el VIH en gestantes está concentrado en grupos de riesgo como la adolescencia y edad joven, también se presenta un subregistro de casos de gestantes con VIH lo cual indica que existe una notable falla en el sistema de vigilancia epidemiológica y la notificación en el municipio de Montería se encontró con el mayor porcentaje debido a las IPS de III nivel de atención y a la concentración de mayor población (8).

Por otro lado, encontramos un estudio realizado en algunos departamentos de Colombia en el año 2017, cuyo objetivo era describir las características sociodemográficas y clínicas de mujeres gestantes con VIH y sus hijos, los datos fueron recolectados de los pacientes que habían sido atendidos por el asegurador en salud barrios unidos de Quibdó durante los años 2007 a 2018. Las variables sociodemográficas y clínicas se analizaron a través de un análisis descriptivo. Se concluye que existe un bajo registro de los pacientes con transmisión perinatal por lo que se recomienda fortalecer las estrategias en la atención prenatal para solventar esta problemática (9).

2.3. DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL

No se encontraron estudios realizados a nivel de Neiva o del Huila.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para abordar el tema, es pertinente exponer la situación inicial y actual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus fue descrito por primera vez en 1980-1981 en tres hospitales de la ciudad de Los Ángeles, California, en los cuales se trataron 5 pacientes por neumonía por *Pneumocystis carinii* confirmado por biopsia. Según estimaciones de ONU SIDA desde el inicio de la epidemia por VIH 84,2 millones [64,0 millones–113,0 millones] de personas han contraído la infección, 40,1 millones [33,6 millones–48,6 millones] de personas han muerto por enfermedades relacionadas con el SIDA, y sólo en el año 2021 1,5 millones [1,1 millones–2,0 millones] de personas adquirieron la infección del VIH y 38,4 millones [33,9 millones–43,8 millones] de personas vivían con el virus (10,11).

En los años 80, con el inicio de la pandemia del VIH, un punto clave fue apuntar a la reducción de la Transmisión Materno Infantil (TMI), ya que esta es una de las principales formas de contagio en niños menores a 5 años, los cuales pueden adquirir la infección durante la gestación, en el momento del parto o por la lactancia materna. En este sentido las diferentes estrategias para la reducción de este mecanismo de trasmisión apuntan a la detección y captación temprana de las gestantes junto con la prevención de los factores de riesgo (12).

En Colombia, en el año 2021 se reportaron 17647 casos de VIH, de los cuales 293 fueron en gestantes y 75 fueron casos de transmisión materno infantil; sin embargo, se debe tener en cuenta que los años 2020 y 2021 fueron atípicos en la notificación a causa de la pandemia por COVID 19 debido a una menor asistencia a los servicios de salud resultando en un menor reporte de casos (13,14).

En relación con las estrategias para la disminución de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH se han realizado diferentes pronunciamientos; a nivel mundial la ONUSIDA creó el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, el cual tenía como objetivo disminuir en un 90% los casos de TMI y reducir el número de muertes maternas relacionadas con el SIDA en un 50% para el año 2015, brindando una adecuada atención prenatal a las mujeres, implementando programas desde los gobiernos, aprovechando sinergias y vínculos para mejorar la sostenibilidad de estos y haciendo que la responsabilidad sea compartida entre la familia, la comunidad y el país, mediante servicios de prevención, tratamiento y apoyo (15).

Por otro lado, organizaciones como la OPS y UNICEF en 2009 lanzaron una iniciativa para la eliminación de la TMI del VIH la cual fue aprobada en el 2010 por los Estados Miembros de la OPS. Esta buscaba una reducción de la TMI del VIH a 2% o menos y una reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos para el año 2015. Desde la resolución que aprobó esta iniciativa, se hacía un llamado a los Estados Miembros a realizar programas y planes nacionales en los cuales se prestara atención especial a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, razón por la cual es necesario realizar una caracterización epidemiológica de esta población (16,17).

Siguiendo las directrices dadas por la OPS, Colombia creó e implementó una estrategia para la eliminación de la TMI, la cual en el 2015 había logrado una reducción de la probabilidad de esta del 43% al 4%. La estrategia buscó mejorar la captación temprana, cobertura y calidad del control prenatal mediante 5 intervenciones claves las cuales fueron: tratamiento antirretroviral en el anteparto, profilaxis antirretroviral intraparto, parto por cesárea o vaginal si está indicado de acuerdo con el valor de la carga viral realizada antes de la atención del parto, profilaxis antirretroviral de la niña o niño expuesto por 42 días y fórmula láctea exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad (12,18).

Así mismo, la estrategia realza la importancia de realizar un adecuado seguimiento a los niños expuestos al VIH, el cual en algunos casos no se logra por factores socioeconómicos, culturales, institucionales, personales y familiares (12).

Actualmente, Colombia cuenta con la estrategia ETMI PLUS que tiene como objetivo fortalecer mediante diferentes intervenciones la atención de la mujer en edad fértil, la gestante y sus hijos e hijas, especialmente en los grupos más vulnerables, a fin de orientar los esfuerzos del país hacia la eliminación de la transmisión materno infantil al año 2030 (19,20).

Es necesario realizar el estudio en el departamento del Huila, porque se desconoce la razón de prevalencia de VIH en mujeres gestantes y de los factores sociodemográficos que inciden en la transmisión en este grupo poblacional. Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de investigar ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila en el periodo del 2013 al 2021?

3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la caracterización epidemiológica de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila en el periodo comprendido entre los años 2013 a 2021?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características epidemiológicas de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila 2013-2021.
- Estimar la razón prevalencia del VIH en mujeres gestantes en el departamento del Huila.

5. MARCO TEÓRICO

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un virus que ataca el sistema inmunológico humano, causando disminución de las células T CD4 mediante mecanismos como la piroptosis, haciendo que la persona infectada sea más propensa a infecciones oportunistas causadas por virus, bacterias, parásitos y hongos, los cuales en personas con un sistema inmune normal serían controlados fácilmente. Si el VIH no es controlado a tiempo puede progresar hasta el SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (23,24).

Durante las primeras seis semanas posteriores a la adquisición de la infección se pueden presentar síntomas como fiebre sin un origen claro, pérdida de peso, fatiga, diarrea, glándulas inflamadas, dolores de cabeza y en las mujeres flujo vaginal anormal y dolor abdominal. Posterior a esto llega el periodo de latencia el cual dura de 2 a 15 años y durante el cual el paciente puede llevar una vida normal sin presentar ningún síntoma (25,26).

Las manifestaciones clínicas del VIH dependerán del tipo del virus (VIH-1 o VIH-2), el recuento de linfocitos T CD4 y qué tan avanzada esté la patología. Entre estas podemos encontrar: diarrea crónica o causada por infecciones bacterianas, candidiasis oral, enfermedades periodontales, fiebre crónica, artralgia, mialgia y artritis, entre otras. En el caso de progresar hasta ser diagnosticado con SIDA, se pueden además encontrar manifestaciones clínicas como el sarcoma de Kaposi o el síndrome de emaciación (27–30).

La transmisión del VIH se da mediante contacto sexual (mediante el semen, líquido preseminal, secreciones vaginales y la sangre de la menstruación), transfusiones sanguíneas, productos contaminados con sangre como agujas o jeringas o mediante transmisión materno infantil durante el embarazo, el parto o por medio de la lactancia materna (23). Un 30-35% de las mujeres embarazadas infectadas con el VIH que no reciban tratamiento transmitirán la infección a sus hijos. Los principales factores de riesgo para contraer la enfermedad son: tener relaciones sexuales de riesgo, tener otra ITS, el uso de alcohol o drogas en el contexto del comportamiento sexual, compartir jeringas, agujas u otros elementos que tengan contacto con la sangre y manipular elementos cortopunzantes, incluyendo los manipulados por los trabajadores de la salud (24).

Para el diagnóstico del VIH se suelen seguir algoritmos los cuales tienen como base las pruebas rápidas para VIH las cuales se deben realizar en el punto de atención. Algunos test más complejos para el diagnóstico son la prueba ELISA, la carga viral y la Western Blot los cuales cuentan con una mayor especificidad permitiendo disminuir los falsos positivos. Estas pruebas detectan anticuerpos que son producidos por la persona al estar expuestos al virus de la inmunodeficiencia humana. Para iniciar el tratamiento se requiere de al menos dos pruebas positivas realizadas por un trabajador del área de la salud quien debe estar calificado y capacitado (23,31).

En el caso de Colombia se debe seguir el algoritmo diagnóstico vigente, en el cual se estipula que para dar un diagnóstico positivo para VIH para personas mayores de 18 meses se deben tener dos pruebas positivas, como pruebas rápidas de dos generaciones o laboratorios farmacéuticos diferentes, inmunoensayo o prueba molecular en el punto de atención. Si la primera da un resultado reactivo y la segunda da un resultado no reactivo se deberá realizar una tercera prueba para confirmar o descartar el diagnóstico, la cual podrá hacerse mediante carga viral, inmunoensayo, prueba rápida, prueba molecular en el punto de atención o de preferencia la Western Blot (32).

Para el diagnóstico en las gestantes se sigue un algoritmo diseñado específicamente para este grupo, el cual se basa en las mismas pruebas diagnósticas que el algoritmo para mayores de 18 meses (Prueba rápida de tercera o cuarta generación, inmunoensayo, prueba molecular en el punto de atención). Al obtener dos pruebas positivas se da un diagnóstico probablemente positivo y se inicia tratamiento profilaxis para TMI, sin embargo, se necesita una tercera prueba (Carga viral) para confirmar el diagnóstico, y en caso de ser negativo después de dos positivos se realizará una cuarta prueba, de preferencia Western Blot para confirmar o descartar este (32).

Como prevención el condón masculino es de suma importancia, su uso permite disminuir hasta en un 70-80% el riesgo de contraer el VIH, proporcionar equipos de inyección limpios a los usuarios de drogas inyectables también puede reducir sustancialmente la transmisión de este. En el caso de la TMI, en ausencia de TAR las tasas de transmisión durante el embarazo, trabajo de parto y parto son del 15-25% en el embarazo y del 35-40% durante la lactancia (33).

El uso de TAR durante el embarazo y la lactancia reduce las tasas de transmisión del VIH a <5%. Se recomienda el parto por cesárea en mujeres que se han

diagnosticado demasiado tarde para lograr la supresión viral completa. Adicionalmente, la OMS recomienda el TAR a todas las mujeres embarazadas y lactantes VIH positivas, así como sus bebés para profilaxis después del nacimiento. También se recomienda mantener el TAR durante toda la vida de la mujer seropositiva, para lograr beneficios en su salud, reducir la transmisión sexual y prevenir futuras TMI en posteriores embarazos (33).

El tratamiento para el VIH se basa en una combinación de medicamentos antirretrovirales (ARV), la cual conforma la terapia antirretroviral (TAR). El objetivo de esta no es la curación de la enfermedad, sino suprimir la replicación viral, permitiendo la recuperación del sistema inmune del paciente, pudiendo así combatir las infecciones oportunistas, además de reducir el riesgo de desarrollar SIDA. Estos medicamentos se dividen en: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (NRTI), inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI) y los inhibidores de la proteasa (23,24,33).

En Colombia, según la Guía de Práctica Clínica, se recomienda iniciar la TAR a todas las personas de 13 años en adelante en casos de infección grave o avanzada por VIH, cuando el recuento de linfocitos CD4 sea menor o igual a 500 células/mm³ o mayor a este si tiene ciertas enfermedades concomitantes o condiciones especiales, entre las cuales se encuentran las mujeres gestantes, en puerperio y en lactancia materna (32).

El principal esquema de tratamiento en personas con edad igual o mayor a 18 años se basa en Dolutegravir (DTG) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC), DTG + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / FTC, DTG / abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) o DTG + 3TC. Y en el caso de las gestantes, independiente de la edad gestacional, se prefieren los esquemas de DTG + TDF/FTC, DTG + ABC/3TC, Raltegravir (RAL) + TDF/FTC o RAL + ABC/3TC (32).

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es ecológico el cual se caracterizan por estudiar grupos, las unidades de observación son diferentes áreas geográficas o diferentes periodos de tiempo en una misma área, a partir de las cuales se comparan las tasas de enfermedad y algunas otras características del grupo. (34)

El estudio tiene un alcance descriptivo en donde se recolectaron los datos a partir de fuentes secundarias como es el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual contiene información del Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) a partir de la notificación de los casos de VIH, mediante la ficha de evento código 850 y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud los (RIPS).

Las variables que se tuvieron para el análisis fueron: año de notificación (2013-2021), edad, sexo, tipo de aseguramiento, nivel socio económico, área de ocurrencia, entidad territorial de procedencia y entidad territorial de notificación para los casos procedentes del exterior.

6.2. LUGAR

Departamento del Huila

6.3. MUESTRA

La muestra del estudio está conformada por la totalidad de mujeres gestantes con VIH en el periodo 2013-2021 en el departamento del Huila que cumpla con los criterios de búsqueda de la información, respetando los criterios éticos para esta investigación.

6.3.1. Criterios de búsqueda de la información. Mujeres gestantes residentes en el departamento del Huila diagnosticadas con VIH y notificadas al SIVIGILA durante los periodos 2013-2021.

6.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recolectarán desde la bodega de datos del SISPRO a través de la Conexión al Cubo de RIPS, el acceso se realiza desde Excel en Analysis Services, se creó una tabla dinámica con las variables de interés para el evento VIH.

6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

6.5.1. Variables Sociodemográficas

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición instrumental	Definición Operacional	Escala de Medición
Grupo de edad	Hace referencia a la cantidad de gestaciones que se presentan en los grupos por edad	1. Grupos quinquenales	Edad: <u>Número de años</u>	Este dato se obtiene a partir de los datos del SISPRO	Cuantitativa nominal.
Municipio de notificación	Hace referencia a al municipio al que pertenecen las gestantes con VIH	Municipio desde el cual se realiza la notificación de la gestante con VIH	Municipios del Huila	Este dato se obtiene a partir de los datos recolectados en el SISPRO	Cualitativa nominal.
Zona de residencia	Lugar donde viven las gestantes con VIH	1. Cabecera municipal 2. Centro poblado 3. Área rural dispersa	1. Cabecera municipal 2. Centro poblado 3. Área rural dispersa	Este dato se obtiene a partir de los datos recolectados en el SISPRO	Cualitativa Nominal.
Régimen de salud	Hace referencia al tipo de afiliación de salud al que pertenecen las gestantes con VIH	Tipo de afiliación a salud	1. Contributivo 2. Excepción/especial 3. Subsidiado	Este dato se obtiene a partir de los datos recolectados en el SISPRO	Cualitativa nominal
País de procedencia	Territorio nacional del que proceden las	País de procedencia	1. Colombia 2. Venezuela	Este dato se obtiene a partir de los datos	Cualitativa nominal

	gestantes con VIH			recolectados en el SISPRO	
Nivel socioeconómico	Nivel social en el que se ubica a una persona dependiendo de sus ingresos, educación, trabajo.	Nivel socioeconómico	1. Alto 2. Bajo 3. Bajo-Bajo 4. Medio 5. Medio - alto 6. Medio- bajo 7. No definido	Este dato se obtiene a partir de los datos recolectados en el SISPRO	Cualitativa nominal

Fuente: Elaboración propia.

6.6. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Los datos serán codificados y tabulados automáticamente en una base de datos en Excel y se procesarán en el programa estadístico Stata v.16 Licenciado por la Universidad Surcolombiana.

6.7. FUENTE DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información secundarias fueron el SISPRO de la cual se descargaron los casos relacionados con el evento para las proyecciones poblacionales, y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), donde se descargó la información sobre los nacidos vivos.

6.8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa Excel 365. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas univariadas y gráficos.

La presentación de los datos se realiza en tablas univariadas. Además, después de tabular y graficar los datos, se observa cada variable y se da interpretación a la relación entre cada factor relacionado y el fenómeno principal del estudio.

Fue necesario estimar de Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres gestantes, con el fin de obtener indicador estandarizado que permitiera realizar comparaciones entre municipios del departamento del Huila.

6.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.9.1. Consideraciones Éticas. Al ser un estudio descriptivo de corte transversal es considerado como una investigación sin riesgo de acuerdo con la resolución 8430 de 1993.

Se tendrá en cuenta la Ley 911 de 2004 “por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”; proponiendo principios como: la No maleficencia en el cual se dictamina que la persona se debe tratar de tal manera en que no solo se respeten sus decisiones sino se evite el dañarla, asegurando su bienestar. Autonomía, donde se tome y respete a los individuos como libres y se tenga en cuenta sus decisiones. Veracidad como la concordancia entre lo que se siente, piensa, dice y hace la persona, facilitando a los demás lo que se percibe como cierto y Fidelidad como el deber de cumplir los compromisos realizados.

Los datos serán extraídos de una fuente secundaria denominada Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), la cual es una bodega de datos abiertos y anonimizados del Ministerio con acceso previo registro en la página <https://web.sispro.gov.co/>.

6.9.1.1. Alcance: Con este trabajo de investigación se espera lograr realizar una publicación en una revista indexada a mediano plazo. Así como el reconocimiento local, regional y nacional.

6.9.1.2. Impacto: Se espera que este proyecto de investigación genere nuevos conocimientos que permita aportar a modelo de atención en salud y a las Rutas Integrales de Atención en Salud en la prevención de la transmisión del VIH durante la gestación y aportar al desarrollo investigativo en la universidad y de las secretarías de salud.

6.9.1.3. Riesgo-Beneficio:

El Costo: Los asume los investigadores. (Requisito de los coinvestigadores, optar el título de Enfermero (a)).

Beneficio: Fortalecer conocimientos en vigilancia epidemiológica del evento. Igualmente desarrollara estrategias que permitan abordar las limitaciones y problemáticas identificadas en la investigación.

Se tendrá en cuenta la Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012.
Conflicto de interés: El investigador principal y los coinvestigadores declaran que No presentan conflicto de intereses para desarrollar este proyecto.

7. RESULTADOS

7.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

Tablas 1. Grupo de edad en gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

<i>GRUPO EDAD</i>	<i>GESTACION</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>
10 - 14 años	1	2,44	0,43-12,5
15 - 19 años	8	19,51	10,2-34
20 - 24 años	10	24,39	13,8-39,3
25 - 29 años	13	31,71	19,5-46,9
30 - 34 años	4	9,76	3,8-22,5
35 - 39 años	5	12,20	5,3-25,5
40 - 44 años	0	0,00	0
45 - 49 años	0	0,00	0
TOTAL	41	100	

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

En relación con al grupo de edades de las gestantes, se evidencio que se diagnosticaron principalmente a mujeres jóvenes en los grupos de 15 a los 29 años esto está relacionado principalmente a la edad de inicio de las relaciones sexuales y a que en estas edades las mujeres se encuentran en edad reproductiva.

Tablas 2. Municipio de residencia de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

MUNICIPIOS	GESTANTES	%	IC 95%
41001 - Neiva	22	53,66	38,7-67,9
41006 - Acevedo	2	4,88	1,3-16,1
41013 - Agrado	1	2,44	0,4-12,5
41016 - Aipe	1	2,44	0,4-12,5
41026 - Altamira	1	2,44	0,4-12,5
41132 - Campoalegre	1	2,44	0,4-12,5
41206 - Colombia	2	4,88	1,3-16,1
41298 - Garzón	1	2,44	0,4-12,5
41319 - Guadalupe	1	2,44	0,4-12,5
41396 - La Plata	1	2,44	0,4-12,5
41524 - Palermo	1	2,44	0,4-12,5
41548 - Pital	2	4,88	1,3-16,1
41551 - Pitalito	1	2,44	0,4-12,5
41660 - Saladoblanco	1	2,44	0,4-12,5
41770 - Suaza	2	4,88	1,3-16,1
41797 - Tesalia	1	2,44	0,4-12,5
Total	41	100	

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

De la tabla 2 se puede observar que la mayor población de mujeres gestantes con VIH reside en el municipio de Neiva con 53,6% esto puede deberse a que se encuentra una mayor densidad poblacional en este municipio con respecto a los otros. Seguidos por Acevedo, Suaza y Colombia con un 4.88% cada uno.

Tablas 3. Zona de residencia de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

ZONA DE RESIDENCIA	FC	%	IC 95%
Cabecera	31	75,61	60,6-80,1
Centro poblado	1	2,44	0,43-12,5
Área rural dispersa	9	21,95	12,0-36,7
TOTAL	41	100	

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

La mayor parte de las mujeres gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila residían en la cabecera de los municipios (75,61%), esto se puede explicar debido a una mayor densidad poblacional y una mayor accesibilidad a los servicios de atención prenatal y el tamizaje realizado en estos.

Tablas 4. Nivel Socio económico de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

NIVEL SOCIO ECONOMICO	FC	%	IC 95%
Bajo	13	31,71	19,5-46,9
Bajo-bajo	17	41,46	27,7-56,6
Medio	11	26,83	15,6-41,9
TOTAL	41	100,00	

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

Respecto al nivel socioeconómico y como reflejo del régimen de salud al que pertenecen las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila, se halló que la mayor parte (73,17%) se encontraba en el nivel bajo-bajo o bajo.

Tablas 5. Régimen de Salud en gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

REGIMEN DE SALUD	FC	%	IC
Salud: contributivo	11	26,83	15,6-41,9
Salud: excepción / especial	0	0,00	0,0-0,0
Salud: subsidiado	30	73,17	58,0-84,3
TOTAL	41	100	

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

Las gestantes se encuentran principalmente aseguradas al régimen de salud subsidiado, dado a que este tipo de población está con los niveles socioeconómicos bajos, (explicar población del régimen).

Tablas 6. País de procedencia de las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila 2013-2021.

PAIS DE PROCEDENCIA	FC	%	IC
Colombia	18	43,90	29,8-58,9
Venezuela	23	56,10	41,0-70,1
TOTAL	41	100	

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

En la tabla 6 se observa que el mayor número de gestantes con diagnósticos de VIH provienen de Venezuela con un 56.1%

7.2. GRÁFICAS

Grafica 1. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por municipio en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.



Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

Grafica 2. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por año en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.



Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

8. DISCUSIÓN

En este estudio, se diagnosticaron principalmente a mujeres jóvenes, la mayoría de las gestantes diagnosticadas con VIH se encontraban entre los 15 a los 29 años. A diferencia de lo encontrado en los estudios de Paraguay en el 2018 en el cual se evidenció que las edades de las gestantes se encontraban entre los 19 a 28 años; en Cuba 2019 la mayor parte de la población está entre 18 a los 35 años; en Ecuador en el 2020 el principal grupo etario comprendía las edades de 20 a 35 años. De igual forma al compararlo con el estudio de Córdoba del 2016 la mitad de la población se encuentra alrededor de los 19 y 28 años. Por otro lado, el estudio de Brasil en el 2021 arrojó resultados similares en el grupo etario de la población indígena con edades comprendidas de los 15 a los 29 años, mientras que en la población no indígena el principal grupo etario es comprendido por las edades de 20 a 39 años.

En relación con el municipio de residencia se puede observar que la mayor población de mujeres gestantes con VIH pertenece al municipio de Neiva con 53,6% esto puede deberse a que se encuentra una mayor densidad poblacional en este municipio con respecto a los otros. Seguidos por Acevedo, Suaza y Colombia con un 4.88%; similares resultados muestran el estudio en el departamento de Córdoba donde se aprecia que la mayor parte de la población residen en Montería, capital del departamento.

La mayor parte de las mujeres gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila residían en la cabecera de los municipios (75,61%), esto se puede explicar debido a una mayor densidad poblacional y una mayor accesibilidad a los servicios de atención prenatal y el tamizaje realizado en estos. Así mismo en el estudio realizado en Paraguay los casos de gestantes diagnosticadas con VIH eran provenientes de la zona urbana; al igual que en el estudio realizado en el departamento de Córdoba, en el cual un 67,4% de las gestantes eran provenientes principalmente de la zona urbana.

En el departamento del Huila, las gestantes con diagnóstico de VIH se encuentran principalmente aseguradas al régimen de salud subsidiado en un 73,17%, siendo similar a lo hallado en el departamento de Córdoba, en el cual el 84,8% de las pacientes gestantes con VIH/SIDA pertenecen al régimen subsidiado.

Respecto al nivel socioeconómico y como reflejo del régimen de salud al que pertenecen las gestantes con diagnóstico de VIH en el departamento del Huila, en

el presente estudio se halló que la mayor parte (73,17%) se encontraba en el nivel bajo-bajo o bajo. No se encontró ningún estudio que abordara esta variable, sin embargo, en el estudio de Córdoba esta variable se relacionaba con el régimen de salud.

Por último, es importante resaltar que en este estudio se observa que el mayor número de gestantes con diagnóstico de VIH provienen de Venezuela con un 56.1%, esto puede estar relacionado con diferentes factores entre ellos encontramos que Colombia es el principal receptor de migrantes venezolanos, que hubo un incremento del 15% del ingreso de venezolanos a Colombia durante el 2015 y 2016 y también, a otros sucesos como la migración forzada que ocurrió durante el 2017-2018. Actualmente por cada 100 colombianos hay 3.8 venezolanos. En el departamento del Huila para el 2022 se cuenta con una concentración de venezolanos corresponde al 0.40% es decir, hay 7.304 venezolanos por 1,009,548 huilenses. También, un estudio reciente por Correa et al. sugiere que algunos de los factores de riesgo influyentes para el VIH en mujeres venezolanas migrantes y refugiadas en Colombia son: El control local por parte de grupos armados, la falta de responsabilidad del gobierno, la violencia de género y la estigmatización del VIH. Esta variable no fue considerada por otros investigadores en sus respectivos estudios, por lo cual se infiere que no hay datos relevantes respecto a esta.(35–39)

9. CONCLUSIONES

El estudio permitió determinar que las mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila durante el 2013 al 2021 son principalmente mujeres jóvenes que residen en la cabecera municipal del municipio de Neiva, con un nivel socio económico bajo-bajo o bajo, afiliadas al régimen de salud subsidiado.

Durante el periodo de estudio se evidencio una alta proporción (53%) de casos de VIH en mujeres gestantes que migraron desde Venezuela al departamento del Huila.

La razón de prevalencia del VIH en las mujeres gestantes en el departamento del Huila del año 2013 al año 2021 fue de 0,24 por cada 1.000 mujeres embarazadas en el departamento, resaltando los años de 2018, 2019 y 2021 en los cuales la razón de prevalencia fue mayor, 0,32, 0,35 y 0,46 por cada 1.000 mujeres embarazadas respectivamente. Igualmente, en los municipios de más alta razón de prevalencia fueron de Altamira, Colombia y Pital la razón de prevalencia fue mayor siendo esta de 2,33, 2,12 y 0,92 por cada 1.000 mujeres embarazadas respectivamente.

Los años de menor razón de prevalencia de VIH en las mujeres gestantes en el departamento del Huila fueron de 0,10 por cada 1.000 mujeres embarazadas en 2013 y 0,05 por cada 1.000 mujeres embarazadas en 2017. Respecto a los municipios de mayor razón de prevalencia estos fueron Garzón, La Plata y Pitalito siendo de 0,09, 0,09 y 0,04 por cada 1.000 mujeres embarazadas.

En el municipio de Neiva, capital del departamento, la razón de prevalencia de VIH en las mujeres gestantes entre los años 2013-2021 fue de 0,4 por cada 1.000 mujeres embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva LR e, Visgueira AF, Oliveira NL, Rocha MEMO da. Variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes. Rev enferm UFPI [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 3];34–9. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3428/pdf>
2. Silva CM da, Alves R de S, Santos TS dos, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP dos. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 3];71:568–76. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/ztwvxH8Q5FBpqnQW6V6PCCH/?lang=en>
3. María V, Jiménez C. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS PORTADORAS DE VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO, PERIODO 2007 - 2017. 2018; Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021607/caracteristicas-clinicas-y-epidemiologicas-de-embarazadas-port_OoPHsLS.pdf
4. Castro Rodríguez A de la C, Cisneros Áreas JL, Maillo Fonseca AE, Espinosa Guerra AI, Castro Rodríguez A de la C, Cisneros Áreas JL, et al. Caracterización epidemiológica de las gestantes seropositivas al VIH Provincia Granma. Año 1986 - 2017. Multimed [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 31];23(4):606–23. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400606&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Gontijo Da Silva M, Eugênio É, Gontijo L, Da D, Ferreira S, Soares Carvalho F, et al. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. Universitas: Ciências da Saúde [Internet]. 2015 Dec 7 [cited 2023 Jan 3];13(2):93–102. Available from: <https://www.publicacoes.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3305>
6. CHACÓN ABRIL KL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA ASOCIADA A LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH EN LAS MADRES GESTANTES Y RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GINECO - OBSTÉTRICO ISIDRO AYORASOCIADA A LA. 2019; Available from:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17538/TESIS%20KARLA%20LORENA%20CHACON%20ABRIL.%20PG%20MEDICINA%20INTERNA.pdf>

7. Trindade M, Vidal Nogueira LM, Gomes ES, Távora J, Neto G, Yuri Costa N, et al. Panorama epidemiológico do HIV em gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2021 Aug 17 [cited 2023 Jan 3];23:67563–67563. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/67563>
8. BARRIGA VALDELAMAR OE, AYAZO TORRES YY. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA EN GESTANTES EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA DEL 2013 AL 2016 [Internet]. [Sincelejo]: Universidad de Sucre; 2019. Available from: <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/handle/001/1119/T616.9792%20B275.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Fuenmayor Hernández LJ, Ramirez Cera EL. Características sociodemográficas y clínicas de mujeres gestantes con VIH y sus hijos atendidos por un segurador en salud en Colombia. 2017 [cited 2022 Dec 31]; Available from: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/6494>
10. Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles [Internet]. [cited 2022 Dec 31]. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
11. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA [Internet]. [cited 2022 Dec 31]. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
12. Uribe AG, Ruiz Gómez F, Bernal GB, General S. ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA. 2015;
13. VIH/SIDA Comportamiento variables de interés. [cited 2022 Dec 31]; Available from: www.ins.gov.co
14. Día mundial de respuesta al VIH | Cuenta de Alto Costo [Internet]. [cited 2022 Dec 31]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/dia-mundial-de-respuesta-al-vih/>

15. UNAIDS. GLOBAL PLAN TOWARDS THE ELIMINATION OF NEW HIV INFECTIONS AMONG CHILDREN BY 2015 AND KEEPING THEIR MOTHERS ALIVE [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 31]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-12/Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en_1.pdf
16. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH ORGANIZATION. STRATEGY AND PLAN OF ACTION FOR THE ELIMINATION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV AND CONGENITAL SYPHILIS . Provisional Agenda Item [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 31];4:11. Available from: http://www.paho.org/English/GOV/CSP/ftcsp_24.htm#R17
17. Uribe AG, Ruiz Gómez F, Bernal GB, General S, Núñez RL. Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Cohorte 2013. 2015 [cited 2022 Dec 31]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamento-transmision-materno-infantil-vih-2013.pdf>
18. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del vih y la sífilis congénita [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 31]. Available from: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/colombia/plan_estrategico_elimination_transmision_materno_infantil_vih_-_sifilis_2011.pdf
19. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf?ID=25403>
20. Organización Panamericana de la Salud. ETMI PLUS. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. 2017 [cited 2022 Dec 31]; Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34306/OPSCHA17009-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

21. VIH | Cuenta de Alto Costo [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/>
22. Lopera Betancur MA, Forero Pulido C, Paiva Duque LE, Cuartas VM. EL QUEHACER COTIDIANO DE LA ENFERMERA SIGNIFICA SOPORTAR LA CARGA. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Jan 5];7(2):1262–70. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
23. OMS. HIV [Internet]. [cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
24. Kapila A, Chaudhary S, Sharma R, Vashist H, Sisodia S, Gupta A. A REVIEW ON: HIV AIDS. *Indian Journal of Pharmaceutical and Biological Research* [Internet]. 2016 Sep 30 [cited 2023 Jan 2];4(03):69–73. Available from: <http://ijpbr.in/index.php/IJPBR/article/view/916>
25. OPS/OMS. VIH/SIDA [Internet]. [cited 2023 Jan 2]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
26. Lemonovich TL, Watkins RR, Morrison CS, Kwok C, Chipato T, Musoke R, et al. Differences in Clinical Manifestations of Acute and Early HIV-1 Infection between HIV-1 Subtypes in African Women. <http://dx.doi.org/10.1177/2325957413504827> [Internet]. 2013 Oct 8 [cited 2023 Jan 2];14(5):415–22. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2325957413504827>
27. Saigal R, Chakraborty A, Yadav RN, Goyal LK. Rheumatological Manifestations in HIV-Positive Patients: A Single-Center Study. *Adv Ther* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Jan 2];37(10):4336–45. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-020-01470-3>
28. Nyamweya S, Hegedus A, Jaye A, Rowland-Jones S, Flanagan KL, Macallan DC. Comparing HIV-1 and HIV-2 infection: Lessons for viral immunopathogenesis. *Rev Med Virol* [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2023 Jan 2];23(4):221–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rmv.1739>

29. Askintye D, Matulionyte R, Rimkevicius A. Oral manifestations of HIV disease: A review. *Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2015;17.
30. Davarpanah M, Motazedian N, Jowkar F. Dermatological manifestations of HIV/AIDS individuals in Shiraz, South of Iran. *J Glob Infect Dis [Internet]*. 2018 Apr 1 [cited 2023 Jan 2];10(2):80. Available from: <https://www.jgid.org/article.asp?issn=0974-777X;year=2018;volume=10;issue=2;spage=80;epage=83;aulast=Davarpanah>
31. Parekh BS, Ou CY, Fonjungo PN, Kalou MB, Rottinghaus E, Puren A, et al. Diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *Clin Microbiol Rev [Internet]*. 2019 Jan 1 [cited 2023 Jan 2];32(1). Available from: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/CMR.00064-18>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes*. Bogotá D.C.; 2021.
33. Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S. HIV infection. *Nature Reviews Disease Primers* 2015 1:1 [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 Jan 2];1(1):1–22. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201535>
34. Borja-Aburto VH. Estudios ecológicos. *Salud Publica Mex*. 2000;42:533–8.
35. Correa-Salazar C, Braverman-Bronstein A, Bilal U, Groves AK, Page KR, Amon JJ, et al. The impact of social violence on HIV risk for women in Colombia: A concurrent mixed methods study. *PLOS Global Public Health [Internet]*. 2023 Feb 24 [cited 2023 May 30];3(2):e0001571. Available from: </pmc/articles/PMC10021609/>
36. Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública [Internet]. [cited 2023 May 30]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000100005
37. Koechlin JE, Eguren J. El éxodo venezolano : entre el exilio y la emigración. 2018 [cited 2023 May 30]; Available from: <http://repositorio.uarm.edu.pe/handle/20.500.12833/2031>

38. DANE - ¿Cuántos somos? [Internet]. [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>

39. Migracion en Cifras | Observatorio Venezolano de Migración [Internet]. [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.observatoriovenezolanodemigracion.org/migracion-en-cifras>

ANEXOS

Anexos A. Acuerdo de Confidencialidad

Yo, **José Vladimir Guzmán Rivera**, identificado con cédula de ciudadanía número **93088524** expedida en la ciudad de **Guamo-Tolima**, como investigador principal del proyecto “**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUJERES GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA 2013-2021**” liderado por el Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de los datos y de la información recolectados durante la investigación.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad de los datos y de la información recolectada.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de los sujetos de estudio u otros documentos revisados.
4. Obtener los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van a analizar en el trabajo.
5. Ser responsable y honesto en el manejo de la información recolectados durante la investigación.
6. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
7. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por medio del presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 11 días, del mes de enero del año 2023.



JOSÉ VLADÍMIR GUZMÁN RIVERA
C.C. 93088524 del Guamo-Tolima.
Teléfono: 3214323131
Docente MT Programa de Enfermería.

Email: vladimir.guzman@usco.edu.co

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan cumplir con los lineamientos éticos establecidos según la **Resolución N° 008430 de 1993**, "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", además de lo establecido en la **ley estatutaria 1581 del 2012** para la protección de los datos personales, junto con todos los puntos contenidos en este acuerdo.

Angie Catalina González T.

ANGIE CATALINA GONZÁLEZ TRUJILLO
C.C. 1193127561
Teléfono: 3143160630
Estudiante Programa de Enfermería.
Email: u20192184259@usco.edu.co

Karol Yanini Córdoba Patiño

KAROL YANINI CÓRDOBA PATIÑO
C.C. 1007502530
Teléfono: 3224332148
Estudiante Programa de Enfermería.
Email: u20192183879@usco.edu.co

Stephanía Delgado Arenas

DANIELA STEPHANÍA DELGADO ARENAS
C.C. 1003811469
Teléfono: 3176800517
Estudiante Programa de Enfermería.
Email: u20171158335@usco.edu.co

Anexos B. Entidades Participantes y Tipo de Participación

La universidad Surcolombiana es una institución de educación superior de alta calidad reconocida a nivel nacional que orienta y lidera programas de pregrado y posgrado, apoya los procesos investigativos fundamentados en conocimientos interdisciplinarios e interculturales, sociales, políticos y transformadores en todo el sur del país

Anexos C. Resultados / Productos Esperados y Potenciales Beneficiarios

Potenciales beneficiarios

Resultado / Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Identificar posibles factores que están relacionados al contagio del VIH en las mujeres en edad fértil.	Reducción de contagios por VIH en las mujeres del departamento del Huila. Reducción de la transmisión materno infantil del VIH.	Mujeres en edad fértil, gestantes y Talento Humano en Salud.
Reconocer los posibles factores que están relacionados al contagio del VIH en las mujeres en edad fértil.	Los estudiantes reconocerán los posibles factores que están relacionados al contagio del VIH en las mujeres en edad fértil.	Comunidad Académica.
Fortalecer los conocimientos en vigilancia epidemiológica del evento. Igualmente	Los estudiantes fortalecerán sus conocimientos en vigilancia epidemiológica en el evento VIH.	Comunidad Académica.
Los resultados permitirán que los tomadores de decisiones en salud desarrollen estrategias para la prevención de la transmisión del VIH durante la gestación, además de fortalecer el modelo de atención en salud y a las Rutas Integrales de Atención en Salud en el departamento.	Fortalecimiento del modelo de atención en salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud en el departamento.	Entes gubernamentales, municipales, comunidad académica.

Generación de nuevo conocimiento

Resultado / Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Divulgación de los resultados	Informe y resultados de la investigación.	Comunidad académica y Talento Humano en salud.
Artículo publicado en revista	Artículo publicado.	Comunidad académica y Talento Humano en salud.

Anexos D. Impactos esperados a partir del uso de los resultados:

Impactos esperados:

Impacto Esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1 - 4), mediano (5 - 9), largo (10 o más)	Indicador Verificable	Supuestos*
Establecer las características epidemiológicas de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH en el departamento del Huila.	Corto Plazo	Documento finalizado	
Presentar el proyecto en un artículo científico.	Corto Plazo	Artículo publicado en revista científica	
Comunicación social en eventos	Corto Plazo	Certificación de ponencia en eventos académicos	

Anexos E. Cronograma

#	Actividad	Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Revisión de bibliografía	■	■	■													
2	Realización del anteproyecto				■	■											
3	Aprobación del comité de ética						■										
4	Recolección de datos						■	■									
5	Análisis de los resultados								■	■							
6	Realizar conclusiones										■	■					
7	Informe final												■	■			
8	Publicación															■	■

Anexos F. Presupuesto

Nombre	Justificación	Cant.	Valor unitario	Recurso Usco	Recurso facultad	Recurso contrapartida	Entidad financiera
Computador	Instrumento para la recolección de datos	1	\$3'000.000	N/A	N/A	N/A	N/A
TOTAL			3'000.000				

Tablas 7. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por municipio en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.

Municipio de residencia de la gestante	Total de nacidos vivos	Mujeres con VIH en la gestación	Razón de prevalencia por cada 1.000 nacidos vivos
Neiva	55.198	22	0,40
Acevedo	5.482	2	0,36
Agrado	1.327	1	0,75
Aipe	2.362	1	0,42
Altamira	430	1	2,33
Campoalegre	4.240	1	0,24
Colombia	943	2	2,12
Garzón	11.558	1	0,09
Guadalupe	2.732	1	0,37
La Plata	10.782	1	0,09
Palermo	3.094	1	0,32
Pital	2.181	2	0,92
Pitalito	22.547	1	0,04
Saladoblanco	2.059	1	0,49
Suaza	3.226	2	0,62
Tesalia	1.339	1	0,75
<i>Total del departamento</i>	169.442	41	0,24

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.

Tablas 8. Razón de prevalencia de gestantes con diagnóstico de VIH por año en el departamento del Huila 2013-2021 por cada 1.000 nacidos vivos.

Año de ocurrencia	Total de nacidos vivos	Mujeres con VIH en la gestación	Razón de prevalencia por cada 1.000 nacidos vivos
2013	20.732	2	0,10
2014	20.173	4	0,20
2015	19.543	6	0,31
2016	19.435	3	0,15
2017	19.689	1	0,05
2018	18.578	6	0,32
2019	17.187	6	0,35
2020	16.811	5	0,30
2021	17.294	8	0,46
Total	169.442	41	0,24

Fuente: Elaboración propia, datos del SISPRO.