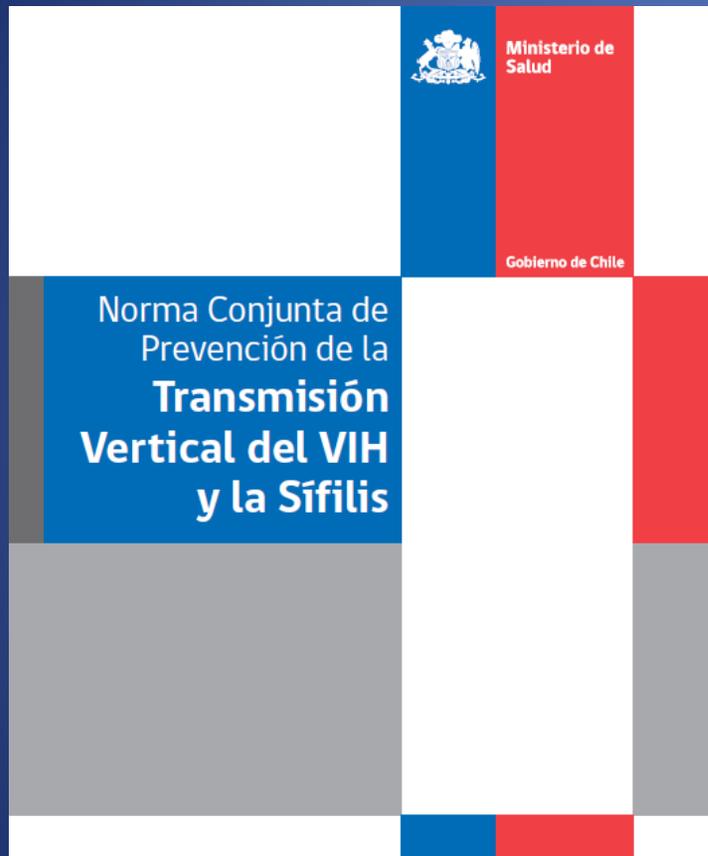


# Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH



Dra Loreto Twele  
Montecinos  
Infectóloga Pediatra  
Hospital Puerto Montt

# Introducción

- En VIH, el primer protocolo de prevención de la transmisión vertical (ACTG 076), data del año 1996.
- La Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, del año 2005 incluye, el ofrecimiento universal del test a las embarazadas, protocolo farmacológico a las gestantes VIH (+) y sus hijos/as (garantizado en GES), y sucedáneos de leche materna durante seis meses.
- La detección de VIH y Sífilis en las gestantes está considerada en el Examen de Medicina Preventiva de la Ley GES.
- Objetivo de la norma: Disminuir la transmisión vertical del VIH a menos del 2%

# DESCRIPCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

- El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana, es un virus que se transmite entre las personas a través del contacto sexual, sanguíneo y vertical (de una gestante que vive con el VIH a sus hijos/as durante la gestación, parto o lactancia) y que afecta el desempeño del sistema inmunológico del ser humano.
- La infección producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o tipo 2, es una infección que se caracteriza clínicamente por ser asintomática durante un período variable de tiempo, tras lo cual y debido a la ruptura del equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmune, el organismo desarrolla diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, conformando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que es el estado avanzado de la enfermedad.
- La infección por VIH se clasifica en etapas, utilizando como criterios la aparición de enfermedades oportunistas y el recuento de Linfocitos CD4 en sangre periférica.

**CLASIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR VIH.  
CDC 1993  
ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN VIH/SIDA**

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
A.-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección asintomática</li> <li>• Infección aguda</li> <li>• Linfadenopatía generalizada persistente</li> </ul>
B.-	<p>Infección <b>crónica</b> sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidiasis orofaríngea o vaginal &gt;1 mes</li> <li>• Síndrome diarreico crónico &gt;1 mes</li> <li>• Síndrome febril prolongado &gt;1 mes</li> <li>• Baja de peso &lt; 10 Kgs.</li> <li>• Leucoplaquia oral vellosa</li> <li>• Herpes Zoster &gt;1 episodio o &gt;1 dermatoma</li> <li>• Listeriosis</li> <li>• Nocardiosis</li> <li>• Angiomatosis bacilar</li> <li>• Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis</li> <li>• Proceso inflamatorio pelviano</li> <li>• Polineuropatía periférica</li> <li>• Púrpura trombocitopénico idiopático</li> <li>• Displasia cervical</li> </ul>
C.-	<p>Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar</li> <li>• Neumonía por Pneumocystis carinii</li> <li>• Criptococosis meníngea o extrapulmonar</li> <li>• Toxoplasmosis cerebral</li> <li>• Enfermedad por micobacterias atípicas</li> <li>• Retinitis por CMV</li> <li>• Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial</li> <li>• Encefalopatía VIH</li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>• Criptosporidiasis crónica &gt;1 mes</li> <li>• Isosporosis crónica &gt;1 mes</li> <li>• Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas &gt;1 mes</li> <li>• Neumonía recurrente.</li> <li>• Bacteremia recurrente por Salmonella spp.</li> <li>• Sarcoma de Kaposi</li> <li>• Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central</li> <li>• Cáncer cervicouterino invasor</li> <li>• Síndrome consuntivo</li> </ul>

# VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

- Un objetivo específico de esta vigilancia es conocer los aspectos demográficos, la magnitud y tendencia de la transmisión vertical del VIH y Sífilis.
- Este proceso se realiza mediante la interacción de diferentes instancias que conforman la red de vigilancia epidemiológica:
  - Establecimientos de salud públicos y privados (ambulatorios, hospitalarios y prestadores individuales).
  - Laboratorios de la red pública de salud y laboratorios privados.
  - Servicios de Salud.
  - Instituto de Salud Pública (ISP).
- Autoridad Sanitaria Regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud).
  - Ministerio de Salud (Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud – DEIS).

# Notificación VIH

- En Chile y de acuerdo con el Decreto Supremo N° 158 del 22/10/2004, se establece que la Sífilis en todas sus formas y el VIH/SIDA, son enfermedades de notificación obligatoria universal, las cuales deben ser notificadas en forma diaria a la Autoridad Sanitaria (SEREMI) por el establecimiento asistencial que detecta el caso.
- La responsabilidad de la notificación, según el Art 6º del DS 158/2004 de dicho cuerpo legal, es del médico cirujano que atiende el enfermo en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados o a quién el director del establecimiento designe en esta función.
- En el caso de detección de infección por VIH, los laboratorios clínicos y los centros de sangre públicos y privados, deben enviar las muestras serológicas que resulten reactivas a nivel local, al ISP con el formulario correspondiente para realizar los test confirmatorios.

# Notificación de VIH

Se debe realizar una vez recibida la confirmación positiva de la serología realizada por el ISP. (ENO)

- Realizar la notificación, es de responsabilidad del profesional designado por el Director del establecimiento público o privado.
- En la sección de identificación del paciente se debe colocar el código, el cual se construye con: la letra inicial del primer nombre, la letra inicial del apellido paterno y la letra inicial del apellido materno, fecha de nacimiento y los tres últimos dígitos del RUT con el dígito verificador, comuna y el diagnóstico.

## Formulario para Notificación de Caso de VIH/SIDA:

- Este formulario permite obtener datos socio-demográficos, factores de riesgo y la etapa clínica de la infección por VIH en el momento de la detección del caso.
- El formulario se completa una vez definida la etapa clínica e inmunológica con el recuento de linfocitos CD4.
- Es de responsabilidad del médico que realiza el diagnóstico, el cual debe llenar el formulario de notificación, según las instrucciones del mismo, completando todos los campos requeridos, incluyendo el RUT.

## **Definición de Caso para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA y Sífilis**

- La notificación de los casos se debe realizar de acuerdo a las siguientes definiciones:

### **Definición de Caso de Infección por VIH**

**Caso confirmado:** Toda persona cuyo resultado de test de laboratorio para infección por VIH ha sido confirmado por el Instituto de Salud Pública.

### **Definición de Caso Etapa VIH y SIDA**

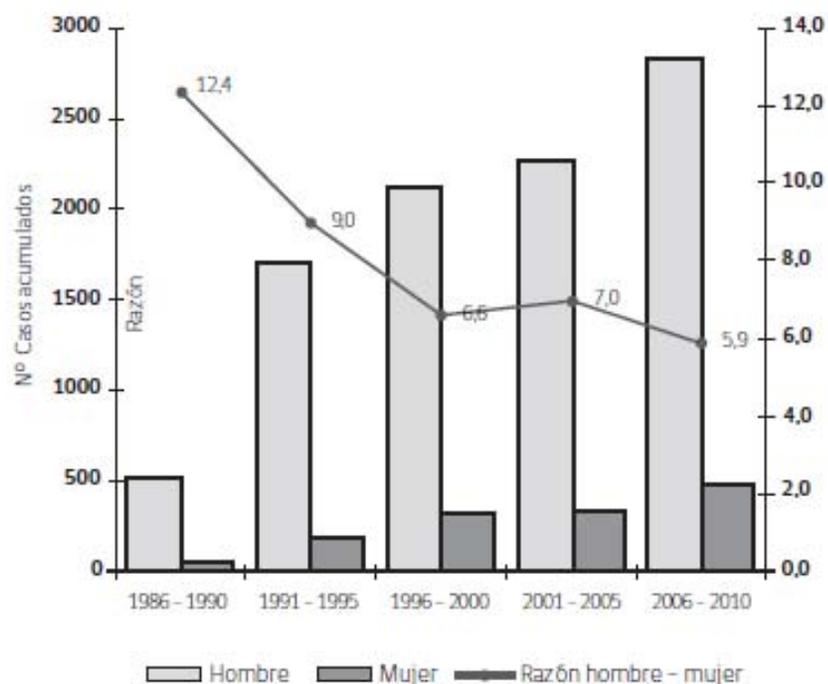
- Toda persona que cumpla con criterios clínicos e inmunológicos establecidos en Circular B51/35 del 14/10/2010 “Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA”.

# EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA

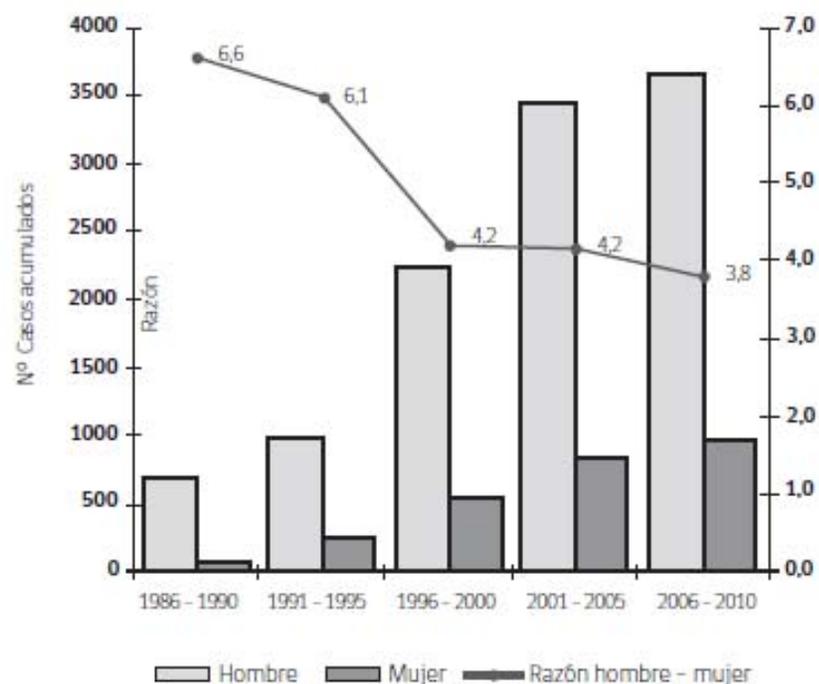
- El primer caso VIH/SIDA en Chile se diagnosticó en 1984 y desde entonces los casos nuevos han aumentado progresivamente notificándose hasta el año 2010 un total de 24.014 casos abarcando a todas las regiones del país.
- En el último quinquenio, las tasas de incidencia de casos nuevos más altas se observan en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Metropolitana y Valparaíso (en orden descendente).
- En 1985 se notificó la primera mujer con VIH en el país, mientras que el primer caso pediátrico notificado fue en 1987.
- En Chile la infección afecta principalmente a hombres, cuyo número supera al de mujeres desde el inicio de la epidemia.
- Sin embargo, las mujeres aumentan su participación en el total de casos y en los últimos años la proporción hombre: mujer muestra una tendencia a la disminución, llegando en el último quinquenio a 3,8 en VIH y 5,9 en SIDA.

## Casos de VIH y SIDA notificados según sexo y razón hombre mujer. 1986-2010

Casos de SIDA notificados según sexo y razón hombre mujer  
Chile, 1986-2010



Casos de VIH notificados según sexo y razón hombre mujer  
Chile, 1986-2010



## TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

- Actualmente no se conoce con exactitud por qué algunos hijos de madres VIH (+) se infectan y otros no, pero se han identificado factores de riesgo que aumentan y estrategias preventivas que disminuyen la tasa de transmisión.
- El diagnóstico de VIH en la embarazada y la aplicación del protocolo completo para la prevención de transmisión vertical permiten reducir la tasa de transmisión de entre 13 a 48% hasta menos de 2%.
- La transmisión vertical del VIH, se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aprox en un 65% durante el parto, por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico.
- La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14% hasta 29%.

## TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

- Se han identificado factores que aumentan el riesgo de TV:
- la Carga Viral (CV) materna el principal factor independiente de riesgo de transmisión.
- Cargas virales menores a 1.000 copias/mL se asocian a tasas de TV significativamente más bajas, pero no existe un umbral con el cual se pueda asegurar que no habrá infección del feto o recién nacido (RN).
- Ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS) también aumentan el riesgo de transmisión.
- De igual forma niveles bajos de CD4 maternos son un factor de riesgo de TV, independiente de la CV.

## TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

- Las intervenciones probadas para prevenir la transmisión vertical tienen máxima eficacia cuando se aplican durante el embarazo, parto y al recién nacido.
- En situaciones de embarazo avanzado o parto en que los resultados confirmatorios no se obtendrán en forma oportuna, el beneficio de la aplicación de los protocolos supera ampliamente los riesgos de su uso en caso de falsos positivos.
- Estas consideraciones aplican también para los test rápidos.

# VIH en la gestante

## RESUMEN

- Realizar un test de tamizaje VIH a toda gestante al ingreso del control prenatal.
- Si el resultado del examen es negativo, **se debe repetir entre la semana 32-34 de gestación** en aquellas mujeres que tengan mayor riesgo de adquirir el VIH: por antecedentes de abuso de alcohol o drogas, parejas nuevas durante la gestación o multiparejas (mujeres en situación de calle, trabajadoras sexuales, etc.), antecedentes de ella o de su pareja de Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculosis, Sifilis u otra ITS y en casos conocidos de serodiscordancia y su pareja sea VIH (+).
- Todo resultado reactivo a nivel local, debe ser enviado a confirmación al ISP.
- En las mujeres que llegan al parto sin serología para VIH conocida, revisar en laboratorio si éste ha sido tomado. Si no se dispone del resultado, se debe realizar un tamizaje para VIH urgente (instrumental o visual). Si éste resultara reactivo, aplicar de inmediato el protocolo de prevención de transmisión vertical, incluyendo suspensión de la lactancia.

## Gestante VIH +

- Deben adoptarse todas las medidas necesarias para prevenir el parto prematuro y y en coordinación con el médico tratante de VIH/SIDA.
- En presencia de contracciones regulares, se indica la administración, (junto con el tratamiento tocolítico) de AZT EV 2 mg/kg/hora durante la primera hora, seguida de 1 mg/kg/hora hasta que ceda la dinámica uterina.
- Si se desencadena el parto y/o se produce la rotura de las membranas, se deberá realizar una cesárea.
- Indicar cesárea en las mujeres con infección por VIH sin TAR durante el embarazo, en aquellas que no tienen resultado de CV a la semana 34 o si ésta es  $> 1.000$  copias/mL.

## Gestante VIH +

- Puede permitirse parto vaginal en madres con TAR desde las 24 semanas de gestación o antes, con CV < 1.000 copias/mL en la semana 34 y que además cumplan con las siguientes condiciones:
  - edad gestacional mayor de 37 semanas
  - feto único en presentación cefálica
  - condiciones obstétricas favorables
  - atención por médico especialista.
- Evitar maniobras invasivas amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, monitorización interna, rotura artificial de membranas, parto instrumental (fórceps, espátulas).

# Tarv en el parto

- Usar AZT de 200 mg/mL intravenoso intraparto:
  - Dosis de carga 2 mg/kg, a pasar en 1 hora, iniciar 4 horas antes de cirugía o inicio del trabajo de parto
  - Dosis de mantención: 1 mg/kg/hr. hasta la ligadura del cordón.

En caso de no disponer de AZT de 200 mg/mL se indica AZT/3TC (300-150 mg), al inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea programada, repetir cada 3 horas hasta la ligadura del cordón.

- Asociar Nevirapina en dosis de 200 mg por 1 vez antes de la cesárea, en caso de ausencia o inicio tardío de protocolo, y/o CV de semana 34 > 1.000 copias/mL

# Lactancia materna

- La suspensión de la lactancia materna reduce la tasa adicional de transmisión del VIH a los niños, que es variable, dependiendo de una serie de factores tanto virales como maternos y de la duración del amamantamiento.
- La transmisión por lactancia, obedece a la presencia de virus libre y asociado a células en la leche materna lo que ha sido detectado tanto por cultivo viral como por PCR.
- Como el calostro y la leche emitida tempranamente post parto son más ricas en células y por otra parte el sistema inmune en el recién nacido es más inmaduro, la posibilidad de transmisión del VIH por la alimentación a pecho es mayor durante el primer mes de vida.
- En Chile las condiciones de saneamiento ambiental y acceso a agua potable permiten la sustitución segura de la lactancia materna por la artificial, por lo tanto deberá suspenderse la lactancia materna a todos los hijos de madre VIH (+).

# Lactancia materna

- En caso de test positivo intraparto, y elementos que sugieran comprensión y adherencia a indicaciones, se indica la extracción manual de leche, reemplazo de la lactancia por sucedáneo de leche materna hasta el informe definitivo del ISP.
- Si el informe del ISP es negativo (-) se indica iniciar lactancia materna.
- Si el informe del ISP es positivo (+) se indica supresión farmacológica de la producción láctea.
- Para la interrupción farmacológica de la lactancia materna, se debe administrar como 1ª línea Cabergolina 0,25 mg cada 12 hrs. por dos días inmediatamente post parto.
- La droga alternativa es Bromocriptina en dosis de 2,5 mg cada 12 horas por 7 – 10 días inmediatamente post parto.

# ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH

## Manejo Inmediato

- Los objetivos de la atención del RN son evitar que un niño no infectado, adquiera el VIH durante el período de trabajo de parto, parto y especialmente en el período de RN inmediato. Para ello deben implementarse las siguientes medidas:
- Evitar monitoreo invasivo
- Aspiración orofaríngea prolija y suave con máquina de aspiración y lavado bucofaríngeo.
- Baño con abundante agua, jabón y enjuague. Eliminar agua previa cloración.
- Aseo de la piel donde se colocará vitamina K y otros tratamientos inyectables.
- Alimentar con sucedáneo de leche, prohibiendo lactancia materna y por nodrizas.

## Manejo Mediano RN expuesto a VIH

- El RN debe ser evaluado en forma cuidadosa en busca de elementos que sugieran infección por VIH y/o efectos tóxicos de lo antiretrovirales recibidos durante embarazo y/o parto.

La evaluación del RN incluye:

- **Examen físico:** dirigido a pesquisar hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, etc.
- **Exámenes de evaluación general:** es indispensable realizar hemograma precoz y periódico, ya que el efecto adverso más frecuente del AZT es la anemia, que generalmente es leve o moderada, pero puede ser severa.
- **Exámenes infectológicos:** dirigidos a la pesquisa de infecciones que puede haber transmitido la madre durante el embarazo y/o parto, tales como Toxoplasmosis, Chagas, Sífilis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes, Hepatitis B, entre otras.
- El estudio de estas infecciones se debe orientar según los antecedentes maternos, incluyendo el antecedente clínico o epidemiológico de Tuberculosis.
- Los exámenes realizados a la madre en relación a estas infecciones deberán adjuntarse a los datos del RN en el momento de su egreso de la Maternidad.

# Manejo Mediato RN expuesto a VIH

## Evaluación inmunológica en el recién nacido expuesto al VIH:

Solicitar dentro de la primeras 48 horas de vida

- Hemograma
- recuentos de linfocitos CD4, con el fin de completar o diferir el programa de vacunación en el recién nacido.
- La vacuna BCG debe ser administrada según esquema habitual, sin embargo debe ser diferida cuando el porcentaje de Linfocitos CD4 sea inferior al 35% del total de Linfocitos, hasta que los valores de CD4 sean normales para su edad.
- El seguimiento de la inmunidad celular y de la inmunidad humoral, será programada por el médico tratante de SIDA Pediátrico correspondiente.

# DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH DEL RN Y SEGUIMIENTO

- Para realizar el diagnóstico de VIH en niños menores de 2 años, hijos de madre VIH (+) confirmada o en proceso de confirmación por el Instituto de Salud Pública, se debe enviar 4 ml de sangre con anticoagulante EDTA para realizar técnicas serológicas y moleculares de acuerdo al algoritmo establecido.
- La primera muestra de sangre se debe tomar dentro de las primeras 48 horas de vida.
- Si el resultado del primer PCR es positivo, se tomará de inmediato la segunda muestra.
- Para hacer diagnóstico de infección, deben resultar positivos al menos 2 PCR.
- Si el resultado del primer PCR, es negativo, se tomará una segunda muestra entre los 15 y los 30 días de vida y se repetirá una tercera a los 3 meses de edad.
- Para descartar la infección, se debe tener 2 resultados negativos de PCR, posterior a los 15 días de nacido.

# DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH DEL RN Y SEGUIMIENTO

- Todos los niños hijos de madre VIH (+) deberán continuar sus controles en forma ambulatoria con un médico pediatra capacitado en VIH/SIDA, hasta precisar su situación en relación a la infección por VIH.
- Este pediatra autorizará la entrega de sustitutos de la leche materna, indicará tratamientos profilácticos de infecciones oportunistas y evaluará la pertinencia del uso de tratamiento antiretroviral según el caso.
- Todo hijo de madre que recibió terapia antiretroviral preventiva o para tratamiento de su propia patología, requiere seguimiento hasta la edad adulta, para pesquisar posibles efectos adversos, especialmente carcinogénesis (mínimo un control anual).
- Los casos de niños con infección VIH confirmada deben ser notificados al Ministerio de Salud.

## RESUMEN

- Para el diagnóstico de VIH en niños menores de 2 años, hijos de madre VIH (+) se debe tomar la primera muestra de sangre dentro de las primeras 48 horas de vida.
- Si primer PCR es **positivo**, tomar de inmediato segunda muestra. Para hacer diagnóstico de infección, deben resultar positivos al menos 2 PCR.
- Si primer PCR, es **negativo**, tomar segunda muestra entre los 15 y los 30 días de vida y una tercera a los 3 meses de edad. Para descartar la infección, se debe tener 2 resultados negativos de PCR, posterior a los 15 días de nacido.
- Todos los hijos de madre VIH (+) deberán continuar sus controles en forma ambulatoria con un médico pediatra capacitado en VIH/SIDA.

# ANTI-RETROVIRALES AL RECIÉN NACIDO

- Los RN hijos de madre VIH (+) que reciben el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical, y llega al parto con CV indetectable, tienen un riesgo muy bajo de adquirir el VIH, a diferencia de aquellos expuestos al VIH especialmente durante el parto en que la gestante tiene carga viral detectable.
- La mayoría de los estudios que demuestran la eficacia de la administración de ARV a RN como prevención post exposición, han sido realizados en RN expuestos a CV detectables durante la gestación, durante el parto y aún durante la lactancia materna en situaciones de aplicación insuficiente o nula del protocolo de prevención y de mantención de la lactancia materna.

# ANTIRETROVIRALES AL RECIÉN NACIDO

- La administración de ARV al RN debe considerar no solamente la potencia del fármaco sino especialmente la evidencia existente en cuanto a la toxicidad en el RN y los aspectos farmacocinéticos complejos que resultan del metabolismo más lento de drogas en RN, especialmente si son prematuros.
- En general se indica la administración de AZT a todos los RN hijos de madres VIH (+) aunque hayan recibido el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical, en base a la evidencia existente de eficacia de la profilaxis post exposición.
- El antecedente de resistencia materna a AZT no limita esta indicación por la existencia de subpoblaciones virales sensibles, sin embargo en estos casos y en situaciones de administración de protocolos maternos incompletos o insuficientes para la supresión de la viremia se recomienda el uso de combinaciones de ARV al RN.

## ANTI-RETROVIRALES AL RECIÉN NACIDO

- La administración de AZT en suspensión al RN, se inicia entre las 6 a 12 horas de vida, en dosis de 2 mg/kg cada 6 horas, por 6 semanas.
- En recién nacidos que no puedan ser alimentados por vía oral se deberá administrar vía endovenosa hasta que se pueda utilizar vía oral. La dosis indicada es de 1,5 mg/kg cada 6 horas EV para RN de término y de 1,5 mg/kg cada 12 horas EV para RN de pretérmino de menos de 35 semanas.
- A los RN hijos de madres que recibieron NVP como parte de la prevención de la transmisión vertical, se debe administrar AZT por 6 semanas y agregar 2 dosis de NVP solución oral de 2 mg/kg, a partir de las primeras 4 horas de vida y la segunda a las 48 a 72 horas de vida.

## ANTI-RETROVIRALES AL RECIÉN NACIDO

- A los RN de madres que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical o que sólo recibieron profilaxis intraparto se les debe administrar AZT por 6 semanas, en las dosis antes señaladas y 2 dosis de NVP.
- A los RN de madres con viremia persistente a pesar de la administración de ARV o de madres con resistencia conocida a ARV se les deben administrar ARV adicionales en base a los antecedentes clínicos, virológicos, a la disponibilidad de formulaciones pediátricas y a la evaluación de expertos.

## ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y LACTANTE HIJO DE MADRE VIH (+)

- Los RN hijos de madres VIH (+) deben recibir leche maternizada exclusiva hasta los 5 meses, 29 días, y se debe proceder a la interrupción farmacológica de la lactancia en la madre.
- A partir de los 6 meses los lactantes deben ingresar al Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

## RESUMEN

- Todo RN hijo de madre con examen para VIH reactivo al parto y los hijos de madres VIH (+) confirmado por ISP, deben recibir terapia antiretroviral.
- Todo RN hijo de madre VIH (+), debe recibir AZT 2 mg/kg cada 6 horas, vía oral por 6 semanas a partir de las 6 a 12 horas de vida.
- Los RN que no puedan recibir AZT suspensión oral, utilizar vía endovenosa, en dosis de 1,5 mg/kg cada 6 horas para RN de término y de 1,5 mg/kg cada 12 horas para RN de pretérmino de menos de 35 semanas.
- Los RN hijos de madres que recibieron NVP, administrar AZT por 6 semanas y agregar 2 dosis de NVP solución oral de 2 mg/kg, a partir de las primeras 4 horas de vida y la segunda a las 48 a 72 horas de vida.
- A los RN de madres que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical o que sólo recibieron profilaxis intraparto se les debe administrar AZT por 6 semanas, en las dosis antes señaladas y 2 dosis de NVP.
- A los RN de madres con viremia persistente o de madres con resistencia a ARV se les deben adicionar ARV en base a los antecedentes clínicos, virológicos, la disponibilidad de formulaciones pediátricas y de la evaluación de expertos.

# Gracias

