

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

TÍTULO:

Seroprevalencia de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y factores de riesgo en mujeres embarazadas en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. Sandra Paola Ferreira Luqueño

Tutora:

Dra. Rocío Guerrero Bustos

México, D. F. julio del 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Abreviaturas.....	4
Resumen.....	5
Marco de referencia y antecedentes	6
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivo específico	13
Métodología	13
Tipo y diseño del estudio	13
Población de estudio.....	13
Tamaño de la muestra	13
Criterios de inclusión	13
Criterios de exclusión.....	14
Criterios de eliminación	14
Definición de las variables	14
Relevancia y expectativas	15
Aspectos éticos y de bioseguridad	16
Recursos disponibles	16
Resultados	17
Discusión.....	24
Conclusiones.....	25
Referencias.....	26
Anexos.....	28

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis la Dra. Rocío Guerrero Bustos, al Dr. César Rivera de Infectología por su orientación y apoyo para este proyecto, al Dr. Jesús Casillas director médico de Clínica Condesa por las pruebas proporcionadas para la realización de este trabajo.

A todos mis maestros del Servicio de Ginecología y Obstetricia que me han guiado y orientado en este camino, gracias por sus enseñanzas, consejos y palabras de aliento.

Dedicada a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional.

A mis amigos con los que compartí inolvidables momentos: Lila, Cristina, Víctor, Caro, Guillermo, Manuel, Nancy y a uno muy especial que ahora es un ángel, para ti Adrián.

A mi segunda familia, la guardia A, las guardias no serían las mismas sin ustedes: Fabiola, Paola, Sandy, Humberto, Ricardo, Jesús Manuel, Aydeé, América, Elba, Juan Carlos, sin olvidar a Bine y Alejandra.

Y por supuesto a mis hermanos gansos compañeros y amigos de generación en esto que se llama residencia: Brenda Urbina, Moisés, Xochiquetzal, Edna, Fabiola, Carmen, Claudia, Brenda Martínez.

ABREVIATURAS

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

OMS: Organización Mundial de la Salud

ELISA: Ensayo por Inmunoabsorción ligado a enzimas

WB: Western Blot

IFI: Inmunofluorescencia indirecta

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

TARV: Terapia antirretroviral combinada de alta eficacia

CD4: Linfocitos T cooperadores

TMI: Transmisión materno infantil

PTMI: Prevención de la transmisión materno infantil

ARV: Antirretrovirales

3TC: Lamivudina

AZT: Zidovudina

NVP: Nevirapina

EFV: Efavirenz

LPV: Lopinavir

SQV: Saquinavir

INTI: Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos

IP: Inhibidor de proteasa

Cel: células

mm³: milímetro cúbico

ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana

A: Nivel de evidencia A

B: Nivel de evidencia B

II: Grado de recomendación II

III: Grado de recomendación III

IV: Grado de recomendación IV

RESUMEN

Título del protocolo: Seroprevalencia de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y factores de riesgo en mujeres embarazadas en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Planteamiento del problema: En México no se cuenta con estudios recientes de incidencia y prevalencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas, así como el impacto en la morbimortalidad que esta enfermedad ocasiona.

En nuestro hospital desconocemos la incidencia y factores de riesgo para infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, al ser este un hospital de atención a toda la población abierta es posible realizar un estudio a todas las pacientes embarazadas que acepten realizarse el estudio de acuerdo a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2010.

Objetivo: Determinar la seroprevalencia y los factores de riesgo de infección por VIH en mujeres embarazadas en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en un periodo de tiempo determinado para llegar a 100 muestras.

Diseño: Estudio transversal, observacional, prospectivo.

Pacientes y métodos: Previo consentimiento informado, se invitará a participar en el estudio a mujeres embarazadas quienes ingresen en el servicio de ginecología y obstetricia ya sea por el área de urgencias o por consulta externa. Se realizará un cuestionario para determinar las características demográficas, clínicas y los factores de riesgo para infección por VIH, en las pacientes incluidas en el estudio se tomara una muestra de sangre con la cual se determinará con prueba rápida para VIH Uni Gold™ HIV, en 100 mujeres embarazadas. Se realizará estadística descriptiva de las variables demográficas y clínicas y se calculará la prevalencia de la infección por Virus de la inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas.

Resultados: La prevalencia de VIH en la población estudiada fue del 0%, la edad promedio de la población estudiada fue de 24.48 años, el promedio de embarazo fue de 29.62 meses, la mayoría se dedican al hogar, su estado civil es unión libre, la edad promedio de inicio de vida sexual es de 17.6 años, teniendo un promedio de parejas sexuales de 2.34, la mayoría desconoce la situación sexual previa de su pareja y en 7 de ellas se encontró antecedente de infección de transmisión sexual, como factores de riesgo se encontró 49 con antecedente quirúrgico, 17 con antecedente de alcoholismo, 4 con antecedente de consumo de drogas, además las principales prácticas de riesgo fueron extracción de piezas dentales, curaciones dentales y tener tatuajes o perforaciones.

Conclusiones: La mayoría de la población estudiada tiene al menos más de tres de los principales factores de riesgo relacionados con la infección por VIH, de los cuales muchos de ellos pueden ser modificados o prevenibles. Se debe solicitar de escrutinio la prueba a toda mujer embarazada dentro de los estudios prenatales previo consentimiento informado.

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

La infección por VIH es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2 y se transmite de la manera siguiente:

- Por vía sexual a través del contacto sexual no protegido o no seguro con personas infectadas por el VIH.
- Por vía sanguínea a través de transfusión de sangre contaminada, del trasplante de órganos o tejidos contaminados, y del uso de agujas u otros instrumentos punzo cortantes contaminados.
- Por vía perinatal, a través de la vía transplacentaria, por sangre o secreciones en el canal del parto, a través del calostro o la leche materna si la madre es portadora del VIH. (2)

Uno de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 es el fortalecimiento de las políticas de salud materna y perinatal, promoción de la salud sexual y reproductiva responsable e impulsar una política integral de prevención y atención de infección por el VIH desde la etapa perinatal, además uno de los grandes retos es la interrupción de la transmisión perinatal por sífilis y VIH mediante la detección oportuna y tratamiento adecuado (1)

Las actividades a realizar durante la atención prenatal entre tantas se enfatiza prueba de tamizaje para VIH previa orientación y aceptación por la paciente. En todas las instituciones médicas del Sistema Nacional de Salud la detección de VIH y Sífilis debe ser ofertada integralmente, es importante que el personal de salud oferte ambas pruebas a todas las pacientes, la detección de sífilis debe ser universal en la embarazada en las primeras 12 semanas y realizar la prueba de tamizaje de VIH a través de consentimiento informado enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. (1)

La OMS, junto con otras agencias copatrocinadoras de ONUSIDA, promueve en un documento publicado en el 2003 una estrategia global de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH basada en cuatro pilares:

- a) Prevención primaria de la infección por VIH: evitar la infección de VIH en mujeres contribuirá considerablemente a la prevención de transmisión de VIH a lactantes y niños. Los programas de prevención de VIH tienen por ello que dirigirse a las mujeres en riesgo y a sus parejas, con especial atención a las jóvenes.
- b) Prevención de embarazos no deseados: las mujeres con conocimiento de su estado de seropositividad frente al VIH deben recibir cuidados esenciales y servicios de apoyo, incluyendo planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, de modo que puedan tomar decisiones adecuadas.
- c) Prevención de la transmisión materno-infantil de VIH: se ha identificado un paquete de intervenciones específicas para prevenir la transmisión de VIH de una madre infectada a su hijo. Se incluyen el empleo de fármacos antirretrovirales, elección del tipo de parto más seguro y asesoramiento para la alimentación del niño.
- d) Cuidado, tratamiento, y apoyo a mujeres que viven con VIH, sus hijos y familias.

Las intervenciones para la eliminación de VIH y sífilis se dirigen a la misma población de mujeres en edad fértil y a sus parejas, así como a todas las mujeres embarazadas. (3)

Diagnóstico de la infección por VIH en la madre

La consejería y la prueba para VIH es un componente crítico para los programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI) y es esencial para la identificación de mujeres que requieren cuidado médico y tratamiento antirretroviral combinado de alta eficacia o intervenciones de PTMI. Las mujeres embarazadas deben recibir también consejería sobre la prueba de sífilis a la vez que el del VIH.

A todas las mujeres embarazadas se deben solicitar estas pruebas serológicas durante la primera visita prenatal.

En caso de un resultado positivo se debe ofrecer consejería y pruebas serológicas a los contactos sexuales de la gestante. La prueba para el VIH debe realizarse siempre con consejería, respetando la confidencialidad y después de obtener el consentimiento. (4, 5)

Diagnóstico clínico

La infección por VIH puede permanecer asintomática durante varios años posteriores a la adquisición del virus. Los síntomas del SIDA aparecen cuando las células CD4 disminuyen y aparece una infección oportunista. La mayoría de las mujeres embarazadas con infección por VIH que se presentan a la atención prenatal son asintomáticas y pueden no ser conscientes de que tienen la infección por el VIH.

Diagnóstico serológico

La mayoría de las pruebas del VIH dependen de la detección de anticuerpos en la sangre y no detectan el virus en sí. Esto significa que en ocasiones en las personas que han sido recientemente infectadas la prueba pueda resultar VIH (-), lo que se conoce como “período de ventana”, siendo necesario repetir la prueba después de 6 semanas de una exposición. Las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el VIH se clasifican generalmente en: pruebas de tamizaje: ELISA, Pruebas rápidas de VIH y pruebas de confirmación: El Western Blot, Inmunofluorescencia indirecta.

El diagnóstico de la infección por VIH se hace mediante métodos indirectos determinando la presencia de anticuerpos anti-VIH por ELISA o mediante pruebas rápidas. En menores de 18 meses de edad se utilizan métodos directos como el cultivo viral y la amplificación del genoma viral por PCR. (2)

El algoritmo diagnóstico puede involucrar la utilización secuencial o simultánea de pruebas. Los algoritmos utilizados en las pruebas de ELISA son casi siempre secuenciales, mientras que los algoritmos utilizados en pruebas rápidas pueden ser de ambos tipos. Cuando se utilizan pruebas en secuencia, si el resultado de la primera prueba de anticuerpos es negativo, la prueba se informará como negativa. Si el resultado es positivo la muestra es analizada con una segunda prueba usando antígenos y/o plataforma diferentes a la primera prueba. Una segunda prueba con resultado positivo, o repetidamente reactivo, se considera que indica un resultado positivo verdadero en poblaciones con prevalencia de VIH de 5% o más. (2)

Diagnóstico de la infección por VIH en los niños

El diagnóstico de infección por el VIH en el recién nacido debe realizarse durante las primeras semanas de vida a fin de iniciar el tratamiento antirretroviral combinado de alta eficacia (TARV). La OMS recomienda iniciar TARV en todos los niños infectados por VIH menores de un año independientemente de su situación clínica o inmunológica, por el elevado riesgo de progresión a SIDA.

Las técnicas serológicas de laboratorio habitualmente utilizadas para el diagnóstico de la infección por el VIH (ELISA, WB, IFI) determinan la presencia de anticuerpos IgG frente a las proteínas virales. Estas técnicas no son útiles en el recién nacido debido a la presencia de anticuerpos anti-VIH transferidos por la madre. (9)

Infección por VIH

Evaluación clínica e inmunológica de las mujeres embarazadas con VIH: indicación de inicio de TARV

Cuando se identifica a una mujer embarazada con VIH deben evaluarse su estadio clínico y el recuento de linfocitos CD4 para determinar el momento apropiado para iniciar el tratamiento.

La realización de la carga viral no se considera indispensable antes de iniciar un tratamiento pero cuando está disponible aporta información importante en el seguimiento. La carga viral permite evaluar

la eficacia del tratamiento y cuando es mayor a 1.000 copias/ml al final del embarazo apoya la decisión de terminar el embarazo mediante cesárea electiva.

Si la mujer cumple los criterios clínicos y/o inmunológicos para inicio de tratamiento, debe comenzar el TARV lo antes posible. Si la mujer no es elegible para tratamiento por su propia salud, debe comenzar TARV como profilaxis de la transmisión materno-infantil del VIH antes de la semana 14.

En las mujeres embarazadas, el TARV protege a la madre y reduce extraordinariamente el riesgo de TMI, en particular en casos de enfermedad avanzada. Al iniciar un TARV es necesario tener en cuenta la edad gestacional del feto, los posibles efectos de la exposición intrauterina a los fármacos y los efectos adversos del TARV en la mujer embarazada. El objetivo del TARV es suprimir completamente la carga viral para evitar el riesgo de transmisión y minimizar el riesgo de emergencia de resistencia a los ARV.

La pauta de primera línea recomendada para las mujeres embarazadas que requieren tratamiento y presentan menos de 250 células CD4/mm³ se basa en dos Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos (INTI) (habitualmente AZT + 3TC) con NVP.

En mujeres que presentan más de 250 células CD4/mm³ debe tenerse en cuenta que el uso de NVP puede estar asociada a una mayor toxicidad. Existen varias opciones en este escenario: se prefiere utilizar una pauta con Inhibidor de la proteasa (IP), otras alternativas incluyen utilizar Nevirapina vigilando minuciosamente a la paciente durante las primeras 12 semanas de tratamiento o utilizar una pauta de 3 INTI. El uso de la pauta de 3 INTI ha demostrado ser de menor eficacia, por lo que su uso debe limitarse a situaciones especiales. (6, 7, 8)

Recomendaciones para el inicio de tratamiento con ARV en mujeres embarazadas con VIH.

- Todas las mujeres embarazadas con indicación de ARV deben recibir TARV (A-II)
- El TARV debe iniciarse tan pronto como se establezca la indicación clínica o inmunológica (A-IV)
- El EFV debe evitarse en el primer trimestre (A-IV)
- Las mujeres que no requieran TARV para su propia salud, iniciarán TARV independientemente de su situación clínica y recuento inmunológico como profilaxis de la TMI del VIH lo antes posible a partir de la semana 14 de gestación (A-II)
- Los regímenes de primera línea de TARV preferidos para mujeres embarazadas son AZT + 3TC + NVP o AZT + 3TC + IP (LPV/r o SQV/r) (A-II)
- En las mujeres embarazadas con > 250 células CD4 /mm³ el inicio de NVP tiene riesgo de toxicidad grave; las alternativas son (B-III)
 - Régimen con IP
 - Régimen con NVP sólo si se pueda asegurar control clínico y analítico estrecho durante las siguientes 12 semanas
 - Régimen con 3 INTI (Las pautas con 3 INTI son menos potentes que las basadas en IP o INNTI) (9)

Mujeres que quedan embarazadas mientras reciben TARV

Recomendaciones para mujeres con VIH que quedan embarazadas mientras reciben TARV

- Evitar el uso de EFV en las mujeres en edad fértil que no utilizan o no tienen acceso a un método anticonceptivo eficaz (A-IV)
- Mujeres que están recibiendo TARV con EFV
 - a) Si el embarazo es detectado durante el primer trimestre:
 - Cambiar el EFV por NVP y monitorear estrechamente a aquellas mujeres con recuento de CD4 >250 cel/ (mm³) por el riesgo de toxicidad (A-IV) ó

- Cambiar el EFV por un IP (LPV/r, SQV/r) (A-IV) ó
- Cambiar el EFV por otro INTI (por Ej. ABC) (B-IV) (Las pautas con 3 INTI son menos potentes que las basadas en IP o INNTI) Si el embarazo es detectado en el segundo o tercer trimestre y si el tratamiento es efectivo continuar con EFV (A-IV).
- b) Si el embarazo detectado en el segundo o tercer trimestre y si el tratamiento es efectivo continuar con EFV (A-IV)
 - Mujeres que reciben TDF en un régimen de segunda línea: los beneficios de mantenerlo probablemente compensan el riesgo de toxicidad en el niño y no se recomienda la sustitución de este fármaco (A-IV)
 - En todos los casos:
 - a) Incluir AZT en el esquema de tratamiento de la madre (A-IV)
 - b) Indicar los componentes intraparto y postparto de PTMI (A-IV).

Tipo de parto e indicación de cesárea

Durante el parto se recomienda utilizar las precauciones o medidas universales durante todo el procedimiento, las cuales incluyen el uso de bata, guantes, botas, gorro y protección ocular.

Además, a fin de reducir el riesgo de transmisión materno fetal y de transmisión accidental al personal de salud se recomienda:

- a) Evitar:
 - Procedimientos invasivos innecesarios
 - La episiotomía a menos que esté clínicamente indicada
 - La ruptura artificial de membranas
 - La ruptura prolongada de membranas
 - El uso de agujas de sutura rectas
 - El uso de escalpelo para cortar el cordón umbilical
 - Amniocentesis
 - Amnioscopía
 - Monitoreo invasivo
- b) Pinzar y cortar inmediatamente el cordón umbilical
- c) Utilizar guantes para manipular al recién nacido
- d) Bañar inmediatamente al bebé con agua y jabón.

Indicación de cesárea programada

Se entiende por cesárea programada aquella que se realiza antes de iniciado el trabajo de parto y antes de la ruptura de membranas. Este procedimiento se ha asociado con reducciones de la TMI del 50% y hasta del 90%, si la mujer recibe ARV para la PTMI, lo que ha resultado en un marcado aumento de su indicación en mujeres con VIH.

Cuando se realiza en forma programada el procedimiento ha demostrado ser efectivo, seguro y costo-efectivo; sin embargo, conviene recordar que el procedimiento no está exento de riesgos y tiene una tasa de complicaciones a corto plazo ligeramente mayores que la cesárea no electiva. Otras limitaciones de este procedimiento incluyen la falta de información acerca de los beneficios de la cesárea en las mujeres con ruptura prolongada de membranas y el costo-efectividad en entornos de recursos limitados donde las complicaciones pueden ser mayores.

En aquellas mujeres que reciben TARV, que han mantenido buena adherencia y presentan una carga viral indetectable o <1.000 copias/ml en el último trimestre, se recomienda realizar un parto vaginal. En el manejo de la atonía uterina se debe evitar el uso de metilergonovina si la paciente utiliza inhibidores de proteasa o efavirenz porque su combinación se ha asociado a exagerada vasoconstricción. (10, 11)

Recomendaciones para tipo de parto en mujeres embarazadas con VIH

- Cesárea programada a las 38 semanas a aquellas mujeres que:
 - No tengan una carga viral hecha en el tercer trimestre del embarazo (A-I)
 - Tengan una carga viral >1.000 copias/ml (A-I)
- Ofrecer parto vaginal a aquellas mujeres sin indicación obstétrica de cesárea, en TARV estable, buena adherencia y carga viral realizada en el último trimestre el embarazo <1.000 copias/ml (A-IV)

Seguridad de los ARV en las mujeres embarazadas y en los niños

El embarazo y la lactancia materna plantean cuestiones adicionales con respecto a la PTMI y a la toxicidad que puedan afectar la elección de los antirretrovirales.

Sin embargo, estas cuestiones deben enfocarse en el contexto de asegurar un tratamiento óptimo para la salud de la mujer. Todos los antirretrovirales se asocian a alguna toxicidad que puede ser transitoria o permanente y que puede afectar tanto a la mujer como al niño. Por otro lado, las mujeres que reciben TARV presentan un menor riesgo de progresión de enfermedad, de muerte y de TMI de la infección por VIH. El riesgo para la embarazada, el feto y el recién nacido varía en función de la etapa de desarrollo fetal, la duración de la exposición y el número de medicamentos a los cuales están expuestos la mujer y el niño. (13)

Seguridad de los antirretrovirales usados como profilaxis para la prevención de la infección por el VIH en los recién nacidos

En los estudios clínicos sobre la PTMI, y con las pautas que se emplean para la profilaxis antirretroviral en la mayoría de los entornos con recursos limitados la toxicidad a corto plazo es poco frecuente. En varios estudios controlados con un seguimiento prolongado, el empleo de AZT para la PTMI no se asoció a toxicidad clínica ni de laboratorio significativa. En un estudio francés, la asociación de AZT y 3TC administrada a las mujeres para la PTMI desde el principio del segundo trimestre del embarazo y al recién nacido durante seis semanas se asoció a tasas más altas de anemia y neutropenia en el niño en comparación con los niños expuestos solo a AZT. En los entornos de recursos limitados la exposición a AZT y a 3TC durante el embarazo y en el niño recién nacido suele ser de menor duración, y al parecer, la toxicidad hematológica grave es poco frecuente. (14, 15)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro hospital no se conoce la prevalencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas. No se conoce la relación que hay entre los factores de riesgo y ser portador de tal enfermedad.

Realizando pruebas rápidas a las pacientes embarazadas de la población abierta en nuestro hospital es una manera rápida de diagnosticar la infección por VIH y de este modo poder ofrecer tratamiento oportuno a la madre para evitar o disminuir la transmisión materno-infantil. La prueba rápida del VIH en gran medida disminuye el tiempo de diagnóstico y permite una intervención rápida con antirretrovirales en el parto.

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana representa una de las crisis de salud más graves que enfrenta el mundo. Desde el inicio de la epidemia, han fallecido por SIDA más de 25 millones de personas.

Debido a la ausencia de medidas preventivas, aproximadamente el 35% de los niños y niñas podrían ser infectados. Se estima que, de ese total, serán infectados el 7% durante el embarazo, el 13% durante el parto y el 15% a través de la leche materna (8). Sin medidas preventivas la tasa de transmisión materno-infantil reportada en los países en desarrollo varía de 25% a 48%. Con la incorporación de antirretrovirales, adhesión al tratamiento, más la sustitución de la lactancia materna y en los casos indicados, con cesárea se ha evidenciado una tasa de transmisión inferior al 2%.

En México sólo se cuenta con un estudio realizado en 2013 en Tijuana Baja California donde se realizó un estudio de detección de VIH con pruebas rápidas y los factores de riesgo asociados. (11)

La mayoría de estos niños contrajeron la infección por transmisión materno-infantil, que se puede producir durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Sin lactancia materna, el riesgo de transmisión es del 15 al 30% y asciende hasta el 20 a 45%, si el niño es amamantado por una mujer con el VIH.

El uso de profilaxis antirretroviral administrada a la mujer durante el embarazo y el parto, y al niño en las primeras semanas de vida, las intervenciones obstétricas, como el nacimiento por cesárea programada (antes del inicio del trabajo de parto y de la ruptura de membranas) y la supresión completa de la lactancia han permitido reducir este riesgo a cifras inferiores al 2%.

No contamos con estudios en nuestro país en población abierta, por lo que se decide realizar estudio en el Hospital General de México, así como identificar los factores de riesgo en esta población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las prevalencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de México mediante pruebas rápidas de VIH.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar la relación entre los factores de riesgo para contraer la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de México y con ello tomar medidas preventivas y de realizar diagnóstico ofrecer tratamiento para evitar o disminuir la transmisión materno-infantil.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño del estudio

Se realizará un estudio transversal, observacional, prospectivo en el cual se realizará previo consentimiento informado e identificación de factores de riesgo prueba rápida de VIH mediante toma de muestras de sangre con una lanceta incluida en el equipo prueba rápida para VIH Uni Gold™ HIV a las pacientes embarazadas hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México Eduardo Liceaga.

Población de estudio

Todas las pacientes embarazadas que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia para la resolución de su embarazo que no se hayan realizado previamente la prueba y en las que se identifican factores de riesgo.

Tamaño de la muestra

A las pacientes embarazadas que acuden para su atención ya sea que ingresen por urgencias o por consulta externa, previo consentimiento informado se les realizó toma de muestra a un total de 100 pacientes, además de aplicar cuestionario para identificar factores de riesgo.

Criterios de inclusión

1. Pacientes embarazadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.
2. Pacientes que previo consentimiento informado acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

1. Pacientes embarazadas con enfermedades infecciosas concomitantes
2. Pacientes diagnosticadas previamente con VIH

Criterios de eliminación

1. Pacientes que durante la realización del estudio deseen no seguir participando en el mismo
2. Pacientes a quienes no haya podido darse seguimiento por no contar con expediente clínico

Definición de las variables***Variables dependientes***

1. Pacientes VIH positivas

Variables independientes

1. Edad de la paciente
2. Edad gestacional
3. Nivel socioeconómico
4. Escolaridad
5. Estado civil
6. Enfermedades concomitantes
7. Antecedentes perinatales
8. Número de parejas sexuales
9. Edad de inicio de vida sexual
10. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual
11. Antecedentes transfusionales
12. Antecedentes de alcoholismo o toxicomanías

RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

El presente estudio tuvo como finalidad conocer la prevalencia de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas, con la principal finalidad de detección oportuna, tratamiento y evitar o disminuir riesgo de la transmisión materna infantil; así como identificar los factores de riesgo relacionados con contraer la infección para informar a la población y realizar prevención.

Además de que a las pacientes que acuden ya referidas con diagnóstico previo de VIH se les puede ofrecer una mejoría en la atención y determinar el mejor manejo médico y neonatal.

Como expectativa del trabajo se pretende continuar con el estudio y su publicación en alguna revista de la especialidad para su difusión, ya que sería el segundo estudio realizado en México sobre prevalencia de VIH y embarazo, además ya que se atiende a población abierta en nuestro hospital se puede conocer a la población mediante su estudio socio demográfico y sus factores de riesgo.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

La investigación que se realizó respeta la legislación Internacional y de México actual y obligatoria para la investigación médica en seres humanos y se apegó estrictamente a buenas prácticas clínicas y a lo largo del presente estudio se siguieron los siguientes principios:

- Respeto por la dignidad humana
- Respeto por las personas vulnerables
- Respeto por la privacidad y confidencialidad
- Minimización de cualquier daño que incidental o accidentalmente pudiera infringirse en alguno de los participantes

El estudio realizado es observacional, transversal prospectivo con uso de base de datos para determinar la incidencia de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas. Durante la realización del estudio no se pone en riesgo la vida de la paciente o la pérdida de la funcionalidad, si se trata sin embargo de una investigación con riesgo mínimo al manipular sangre y punzocortantes para la obtención de las muestras.

Toda la información recabada es estrictamente confidencial. El estudio será sometido a las comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del Hospital General de México y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

RECURSOS DISPONIBLES

Propios de las instalaciones del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; consultorios, área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia, laboratorios centrales, pruebas rápidas de VIH Uni Gold™

RESULTADOS

Se estudiaron 100 pacientes embarazadas en el Hospital General de México, a todas se les realizó prueba rápida de VIH, se encontró que el promedio de edad es de 24.48%. **Tabla 1.**

FACTORES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	
FACTOR DE RIESGO	TIEMPO
Edad	24.48 años
Semanas de gestación	29.62 meses
Tiempo con pareja actual	36.8 meses
Inicio de vida sexual	17.6 años
Parejas sexuales	2.34
Tiempo de último Papanicolaou	1.52 años

Tabla 1

Las semanas de gestación promedio en el total de pacientes embarazadas fue de 29.62 semanas de gestación. **Tabla 1.**

La ocupación muestra una distribución de la siguiente manera: 79% dedicadas al hogar, 6% empleadas, 6% estudiantes, 5% médicos, 3% comerciantes y 1% músico. **Gráfica 1.**



Gráfica 1. Distribución por ocupación de la muestra

En cuanto al estado civil, se encuentra distribuida de la siguiente manera: 30% solteras, 30% casadas, 40% en unión libre. **Gráfica 2.**



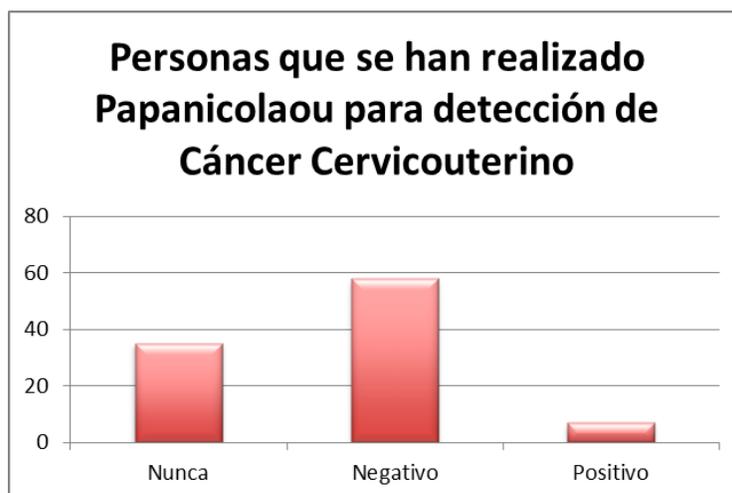
Gráfica 2. Distribución por estado civil de la muestra

El número promedio de meses con la pareja es de 36.8 meses. **Tabla 1.**

El promedio de edad de inicio de vida sexual activa es de 17.6 años. **Tabla 1.**

El promedio de parejas sexuales en el total de las pacientes es de 2.34. **Tabla 1.**

El número de pacientes que se ha realizado Citología cérvico vaginal como detección oportuna de Cáncer cérvico uterino es de 58% reportando a decir de las pacientes negativo, 7% positivo (sin especificar el tipo) y 35% nunca se ha realizado el estudio. **Gráfica 3.**



Gráfica 3. Distribución de pacientes que se han realizado citología cervicovaginal

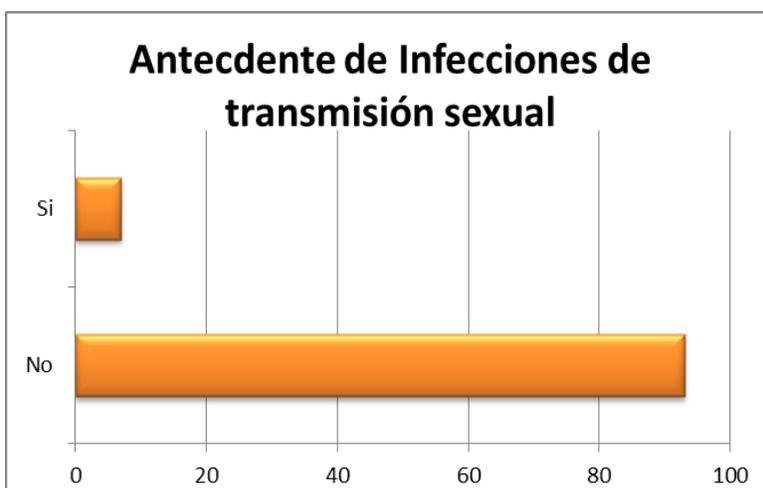
El tiempo promedio de realización de última citología cervicovaginal es de 1.52 años. **Tabla 1.**

El número de pacientes que conoce antecedentes sexuales de la pareja es el siguiente: 22% afirma conocerla, 78% la desconoce. **Gráfica 4.**



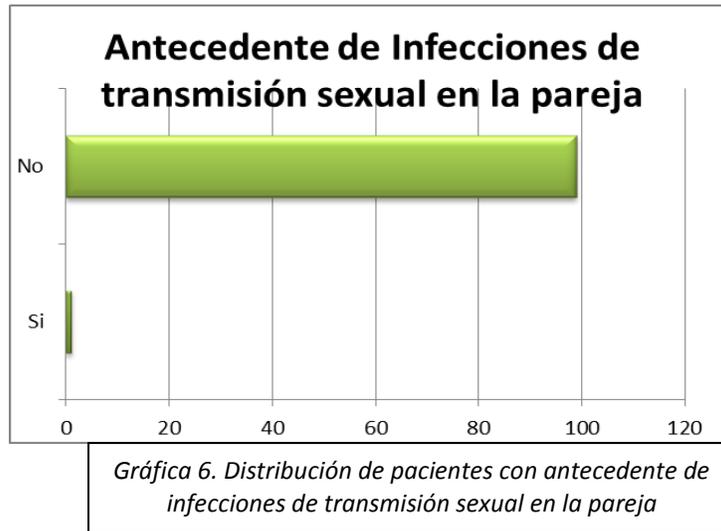
Gráfica 4. Distribución de pacientes que conocen situación sexual previa de pareja

Pacientes con antecedente de infecciones de transmisión sexual, al interrogatorio sobre detección oportuna de Cáncer cérvico-uterino mediante técnica de Papanicolaou 7% refieren positivas a algún tipo de lesión y 93% refieren estudio negativo. **Gráfica 5.**



Gráfica 5. Distribución de pacientes con antecedente de infecciones de transmisión sexual

99% de las pacientes refiere desconocer si su pareja ha tenido antecedente de infección de transmisión sexual, mientras que solo el 1% afirma conocerlo. **Gráfica 6.**



El promedio de embarazos en el total de pacientes es del 2.01, distribuidos de la siguiente forma:

- Partos: 0.42
- Abortos: 0.13
- Cesáreas: 0.42
- Ectópicos: 0.04

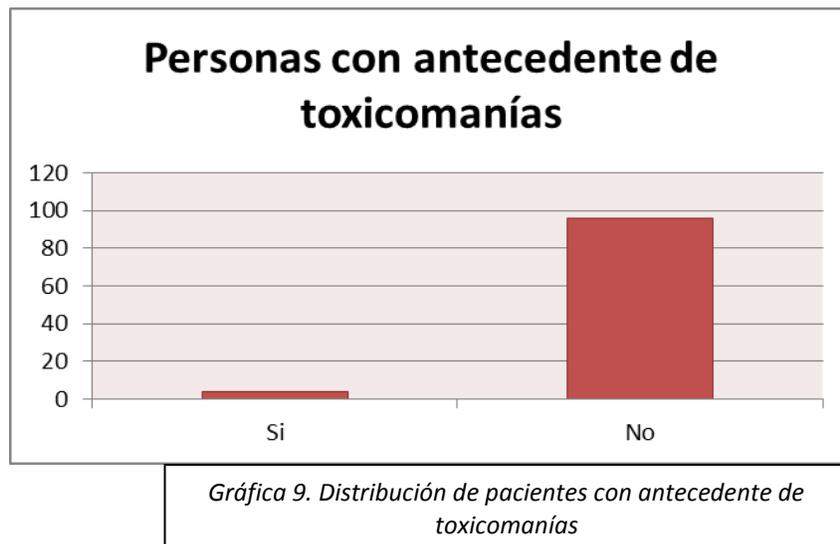
Pacientes con antecedentes quirúrgicos en general (tomando en cuenta cesáreas, laparotomías por embarazo ectópico, apendicectomía, colecistectomía, entre otras), son de 49% y 51 % sin antecedente de cirugía. **Gráfica 7.**



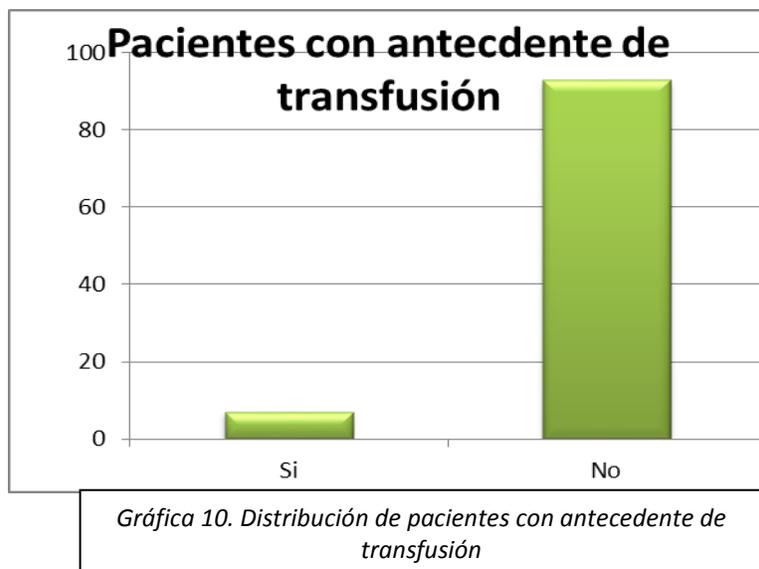
El número de pacientes embarazadas con antecedente de alcoholismo es de 17%, 83% niegan el consumo del mismo. **Gráfica 8.**



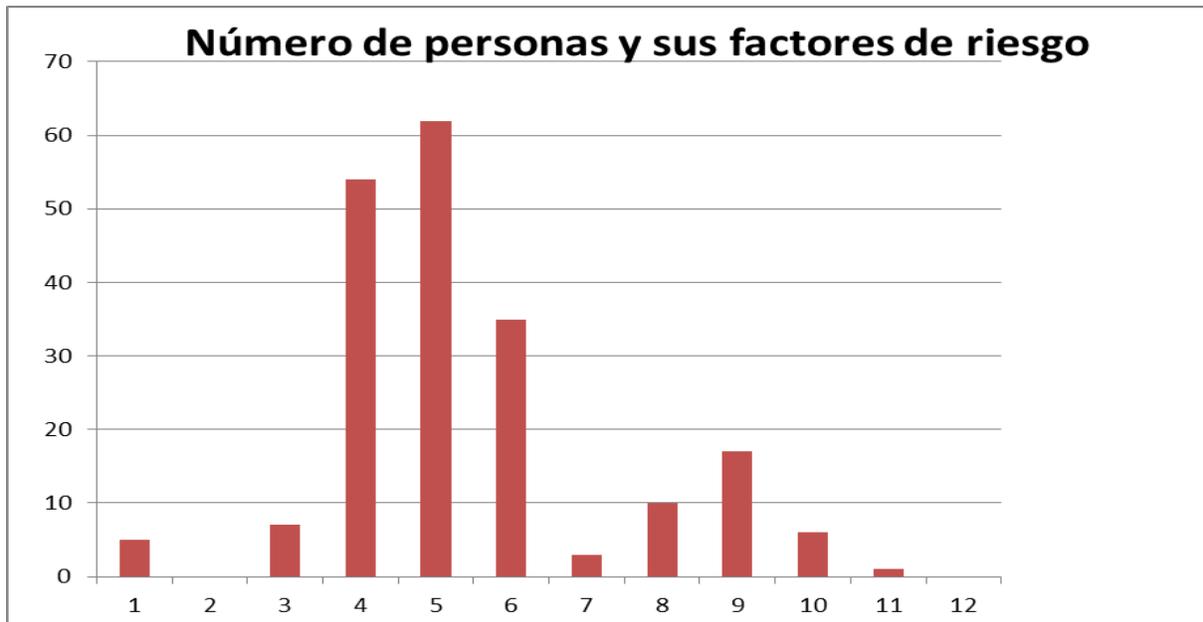
Al interrogatorio sobre toxicomanías 4% refiere haber probado algún tipo de droga al menos en una ocasión y 96% refiere nunca haberla consumido. **Gráfica 9.**



De las pacientes con antecedente de transfusiones, se encontró en el 7%.



En cuanto a los factores de riesgo y prácticas relacionados con la transmisión de Virus de Inmunodeficiencia Humana se encontró una incidencia de la siguiente manera: 3 pacientes con familiares con infección con infección por VIH y 2 con Hepatitis B, ningún familiar con cáncer hepático, 7 pacientes con familiares directos con cirrosis hepática no alcohólica, 54 mencionan extracción de alguna pieza dental, a 62 le han realizado curaciones dentales, 35 son portadoras de tatuajes o perforaciones, a 3 se les ha realizado acupuntura, 10 han compartido artículos de uso personal como cepillos de dientes o navajas, 17 han sido picada por chinches, 6 son trabajadoras del área de la salud, 1 refiere haber tenido un trasplante de órgano y ninguna fue sometida a hemodiálisis. **Gráfica 10.**



1. Familiares con Hepatitis B o VIH
2. Familiares con cáncer hepático
3. Familiares con cirrosis hepática no alcohólica
4. Le han extraído pieza dental
5. Le han realizado curaciones dentales
6. Tiene tatuajes o perforaciones
7. Le han realizado acupuntura
8. Ha compartido artículos de uso personal
9. Ha tenido picadura de chinches
10. Es trabajador del área de la salud
11. Le han trasplantado algún órgano
12. Se ha sometido a hemodiálisis

Gráfica 11. Principales factores de riesgo relacionados con la infección por VIH

DISCUSIÓN

De las 100 pacientes a las que se les tomó prueba rápida de VIH ninguna resultó positiva, sin embargo los resultados revelan que los principales factores de riesgo relacionados con la infección de Virus de Inmunodeficiencia humana en la población estudiada en mujeres embarazadas, los principales son curaciones y extracción de piezas dentales, además de ser portadoras de tatuajes y perforaciones. Además los resultados proporcionan la evidencia de que cada vez la edad de inicio de vida sexual es más temprana resultando en promedio 17.6 años, con un número de parejas sexuales de 2.34 por persona en promedio. Además la mayoría desconoce la situación sexual de la pareja, demostrando un porcentaje de hasta 7% de la población con antecedente de infecciones de transmisión sexual.

Gustavo Romero y colaboradores realizaron un estudio en 2007 donde se analizaron características de la población con relación a si aceptan o no realizarse la prueba de VIH encontrando que las mujeres que aceptaron realizarla principalmente fueron: mujeres casadas, edad promedio de 27 años, con más de una pareja sexual y antecedente de transfusiones, consumo de drogas y portadoras de tatuajes; lo cual coincide con la mayoría de las características encontradas en el estudio como principales factores de riesgo.

En México solo se cuenta con un estudio realizado en Tijuana Baja California en 2013 sobre la prevalencia de VIH en las mujeres embarazadas detectadas mediante la prueba rápida de VIH, por lo que se decidió iniciar este estudio el cual se pretende continuar a largo plazo (un año), la importancia del estudio radica en detectar a las pacientes embarazadas con VIH para iniciar tratamiento a tiempo y poder disminuir o evitar la transmisión materno-infantil, tomando en cuenta que con el paso del tiempo la prevalencia de la infección por VIH va en aumento, es importante con los factores de riesgo que hemos encontrado generar conciencia en la población para prevenir y modificar los mismos.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana fue de 0% en las 100 mujeres embarazadas estudiadas en el Hospital General de México Eduardo Liceaga.

La mayoría de la población estudiada tiene al menos más de tres de los principales factores de riesgo relacionados con la infección por VIH, de los cuales muchos de ellos pueden ser modificados o prevenibles.

Es importante realizar seguimiento a las pacientes estudiadas ya que hay que tomar en cuenta que de encontrarse en el periodo de ventana la prueba rápida de VIH resultaría negativa, por lo que habría que considerar repetir el estudio en aquellas que tienen la mayoría de los principales factores de riesgo relacionados con la infección por VIH.

Como se dicta en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010 se debe solicitar de tamizaje la prueba a toda mujer embarazada dentro de los estudios prenatales previo consentimiento informado. La aceptabilidad de la toma de muestra puede aumentar en la población realizando campañas donde se promueva la información sobre la enfermedad, se conozcan los factores de riesgo para adquirirla, tomando en cuenta aquellos que pueden ser modificados o evitados y sobre todo ampliar este tipo de pruebas en la población de mujeres embarazadas y con ello poder disminuir la transmisión materno infantil; lo cual reflejaría un aumento en la cifra de mujeres embarazadas que se tienen en la estadística a 3 años en nuestro hospital donde se reporta solo un número de 7.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
3. Basia Zaba, Clara Calvert, Milly Marston, Raphael Isingo, Jessica Nakiyingi-Miir, Tom Lutalo, Amelia Crampin, Laura Robertson, Kobus Herbst, Marie-Louise Newell, Jim Todd, Peter Byass, Ties Boerma, Carine Ronsmans: Effect of HIV infection on pregnancy-related mortality in sub-Saharan Africa: secondary analyses of pooled community based data from the network for Analysing Longitudinal Population-based HIV/AIDS data on Africa (ALPHA). *Lancet* 2013; 381: 1763–71.
4. Schuklenk and Kleinsmidt: Rethinking Mandatory HIV Testing During Pregnancy in Areas With High HIV Prevalence Rates: Ethical and Policy Issues. *American Journal of Public Health*. July 2007, Vol 97, No. 7
5. Abdul W Khan, Lauren Bull, Simon Barton: Management of HIV infection in pregnancy. *OBSTETRICS, GYNAECOLOGY AND REPRODUCTIVE MEDICINE*. Elsevier Ltd. 2012 Freddy Perez, MD, DTM&H, MSc, Charity Zvandaziva, MPH, Barbara Engelsmann, MD, MSc, and FranOois Dabis, MD, PhD: Acceptability of Routine HIV Testing (“Opt-Out”) in Antenatal Services in Two Rural Districts of Zimbabwe. *EPIDEMIOLOGY AND SOCIAL SCIENCE*. *J Acquir Immune Defic Syndr & Volume 41, Number 4, April 1, 2006*
6. Freddy Perez, MD, DTM&H, MSc, Charity Zvandaziva, MPH, Barbara Engelsmann, MD, MSc, and FranOois Dabis, MD, PhD: Acceptability of Routine HIV Testing (“Opt-Out”) in Antenatal Services in Two Rural Districts of Zimbabwe. *EPIDEMIOLOGY AND SOCIAL SCIENCE*. *J Acquir Immune Defic Syndr & Volume 41, Number 4, April 1, 2006*
7. Kees Boer, Colette Smit, Michiel van der Flier, Frank de Wolf: The comparison of the performance of two screening strategies identifying newly-diagnosed HIV during pregnancy. *European Journal of Public Health*. 201, Vol. 21, No. 5, 632–637
8. Clara Calvert and Carine Ronsmans: The contribution of HIV to pregnancy-related mortality: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2013, 27:1631–1639
9. Lena H. Kim, MD, Deborah L. Cohan, MD, MPH, Teresa N. Sparks, MD, Rachel A. Pilliod, MD, Emmanuel Arinaitwe, MBChB, MPH, and Aaron B. Caughey, MD: The Cost-Effectiveness of Repeat HIV Testing During Pregnancy in a Resource-Limited Setting. *CLINICAL SCIENCE*. *J Acquir Immune Defic Syndr _ Volume 63, Number 2, June 1, 2013*
10. Michelle Giles: HIV and pregnancy: screening and management update. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009. 21:131–135
11. Viani RM , Araneta MR. Parallel rapid HIV testing in pregnant women at Tijuana General Hospital, Baja California, Mexico. 2013 Mar; 29(3):429-34. Epub 2013
12. Kees Boer, Colette Smit, Michiel van der Flier, Frank de Wolf. The comparison of the performance of two screening strategies identifying newly-diagnosed HIV during pregnancy. *European Journal of Public Health*, Vol. 21, No. 5, 632–637
13. Gustavo Romero-Gutiérrez, PhD, MD, Ángel Arnoldo Delgado-Macías, MD, Yurixhi Mora-Escobar, MD, Ana Lilia Ponce-Ponce de León, MD, Norma Amador, PhD, MD. Mexican women’s reasons for accepting or declining HIV antibody testing in pregnancy. *Elsevier*. (2007) 23, 23–27

14. Dhayendre Moodley, Tonya M. Esterhuizen, Thusie Pather, Vani Chetty and Linda Ngaleka. High HIV incidence during pregnancy: compelling reason for repeat HIV testing. *AIDS* 2009, 23:1255–1259
15. Sara E Gorman. A new approach to maternal mortality:the role of HIV in pregnancy.*International Journal of Women’s Health*. 2013:5 271–274
16. S.E. Mosesa, J. Tosswill , M. Sudhanva , M. Poulton , M. Zuckerman. HIV-1 seroconversion during pregnancy resulting in vertical transmission. *Journal of Clinical Virology* 41 (2008) 152–153

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: Seroprevalencia y factores de riesgo de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en mujeres embarazadas en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Investigador principal: Dra. Ferreira Luqueño Sandra Paola, Dra. Rocío Guerrero Bustos.

Colaboradores:

Sede donde se realizará el estudio: Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Nombre del paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de un consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La infección crónica por Virus de Inmunodeficiencia Humana es responsable de un importante número de muertes anuales debidas a las complicaciones mismas de la enfermedad y también. Desconocemos datos estadísticos en el Hospital General de México en mujeres gestantes ya que no se cuenta con estudios de los mismos. Al participar en este estudio usted contribuirá a realizar estadísticas actuales y realizar medidas preventivas para esta infección.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos determinar el número de pacientes y los factores de riesgo relacionados con la infección por virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital General de México.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Durante su estudio se beneficiará de la realización de detección de infección por virus de Inmunodeficiencia Humana así como de factores de riesgo que puedan modificarse. Con este estudio conocerá de manera clara si usted se encuentra infectado por virus de Inmunodeficiencia Humana, con esto se realizarán guías para prevenir esta infección.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos, sus antecedentes médicos, además de una muestra sanguínea venosa la cual se toma de manera rutinaria a su ingreso.

5. RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO

Durante la toma de la muestra usted puede presentar molestias y dolor en el sitio de punción venosa, puede presentar sangrado mínimo o equimosis (moretón) del sitio de punción, lo cual no pone en peligro su vida o la función de su extremidad. Siendo este procedimiento de bajo riesgo.

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario o requiere otro tipo de atención, ésta se le brindará en los términos que siempre se le ha ofrecido.

6. ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de que no acepte la invitación.

Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento en que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Dra. Ferreira Luqueño Sandra Paola. Celular 24 horas 0445551055611.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Se considera por el grupo de investigadores. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

_____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

Testigo 1 Nombre
Parentesco

Firma

Fecha

Dirección

Testigo 2 Nombre
Parentesco

Firma

Fecha

Dirección

Si tuviera alguna duda de su participación como sujeto de investigación, podrá acudir con la presidenta del Comité de Ética en Investigación o al teléfono 27802000, extensión 1330.

He _____ explicado _____ a _____ la _____ Sra.

_____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Acepto que he leído y conozco la normatividad, correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se precisó a firmar el presente documento.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

FIRMA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CUESTIONARIO

NOMBRE:

EDAD:

ECU:

TELÉFONO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TIEMPO EN DOMICILIO:

DIAGNÓSTICO:

OCUPACIÓN (TIEMPO):

OCUPACIÓN PREVIA (TIEMPO):

ESTADO CIVIL:

TIEMPO CON LA PAREJA:

ESTADO CIVIL PREVIO:

ESTADO CIVIL PREVIO DE PAREJA:

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO?: Y ¿POR CUÁNTO TIEMPO?

DIABETES:

HIPERTENSIVAS:

REUMATICAS:

INMUNOLÓGICAS:

ONCOLÓGICAS:

CONVULSIVAS:

CARDIOVASCULARES:

ALCOHOLISMO:

TABAQUISMO:

DROGADICCIÓN:

TUBERCULOSIS:

PERSONALES:

NO. PERSONAS CON QUIEN VIVE:

¿CON CUÁNTAS PERSONAS COMPARTES SU CUARTO?

CONVIVENCIA CON ANIMALES:

FAUNA NOCIVA (CUCARACHAS, CHINCHES, RATAS):

INMUNIZACIONES (VACUNAS):

ALGUNA VEZ HA USTED PADECIDO ENFERMEDADES: Y ¿QUÉ TRATAMIENTO HA LLEVADO?

INMUNOLÓGICAS:

REUMÁTICAS:

ALCOHOLISMO:

TABAQUISMO:

TOXICOMANÍAS:

CRÓNICO DEGENERATIVAS:

ALÉRGICOS, TRAUMÁTICOS:

QUIRÚRGICOS

TRANSFUSIONALES, ¿CUÁNDO, DÓNDE, MOTIVO?:

ANTECEDENTES SEXUALES:

¿A QUÉ EDAD INICIÓ SU VIDA SEXUAL ACTIVA?

¿CUÁNTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO?

¿DE CADA UNO DE SUS COMPAÑEROS SEXUALES CONOCE SU SITUACIÓN SEXUAL PREVIA?

Número de embarazos

Resolución de los embarazos

ANTECEDENTES DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	SI	NO
¿Ha tenido un familiar directo con diagnóstico de Hepatitis B O VIH?		
¿Ha tenido algún familiar con cáncer hepático?		
¿Ha tenido algún familiar con cirrosis hepática no alcohólica?		
¿Le han extraído alguna pieza dental?		
¿Le han realizado curaciones dentales?		
¿Tiene tatuajes o perforaciones?		
¿Se ha realizado acupuntura?		
¿Comparte artículos de uso personal como cepillo de dientes o navaja?		
¿Ha sido picado por chinches?		
¿Es usted trabajadora del área de salud?		
¿Le han transplantado algún órgano?		
¿Ha sido sometido a hemodiálisis?		