



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".**

**"INCIDENCIA DE SEROPOSITIVIDAD AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE  
TAMIZAJE CON PRUEBA RAPIDA EN EMBARAZADAS QUE CURSAN EL 3ER TRIMESTRE DE  
GESTACION, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DEL  
HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ DEL 2013-2015".**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA  
DRA. HILDA ALEJANDRA CORDOVA AVALOS**

**ASESOR:  
DR. JUAN PABLO ARAGON HERNANDEZ  
MEDICO ADCRITO A LA DIVISION DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR.  
MANUEL GEA GONZALEZ"  
CIUDAD DE MEXICO MARZO DEL 2020**

**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



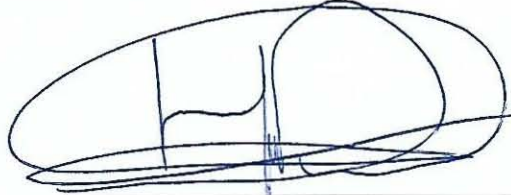
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

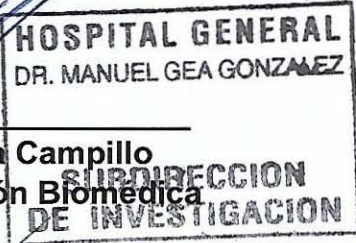
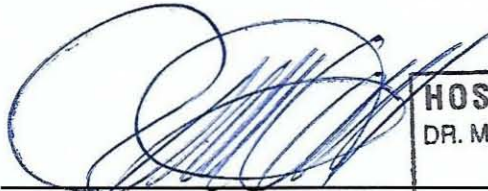
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**AUTORIZACIONES:**



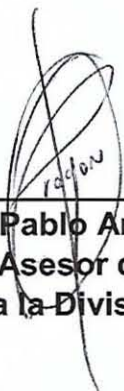
**Dr. Hector Manuel Prado Calleros**  
**Director de Enseñanza e Investigación**



**Dr. José Pablo Maravilla Campillo**  
**Subdirector de Investigación Biomédica**



**Dr. Jorge Audifred Salomón**  
**Titular del curso**  
**Jefe de División de Ginecoobstetricia**

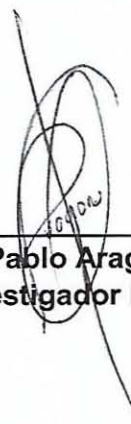


**Dr. Juan Pablo Aragón Hernández**  
**Asesor de Tesis**  
**Médico adscrito a la División de Ginecoobstetricia**

**“INCIDENCIA DE SEROPOSITIVIDAD AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE TAMIZAJE CON PRUEBA RAPIDA EN EMBARAZADAS QUE CURSAN EL 3ER TRIMESTRE DE GESTACION, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ DEL 2013-2015”.**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en la División de Ginecoobstetricia bajo la dirección del Dr. Jorge Audifred Salomó, con el apoyo del Dr. Juan Pablo Aragón Hernández y adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

**COLABORADORES:**



---

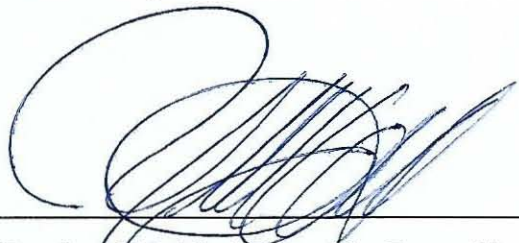
**Dr. Juan Pablo Aragón Hernández**  
**Investigador Principal**



---

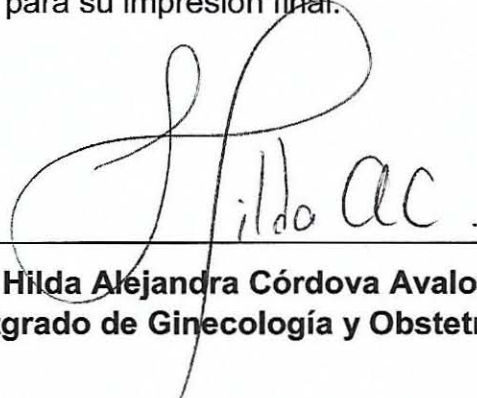
**Dra. Hilda Alejandra Córdova Avalos**  
**Investigador Asociado Principal**

Este trabajo de tesis con número de registro: **11-17-2016** presentado por la especialidad de Ginecología y Obstetricia y se presenta en forma de visto bueno por el tutor de la tesis Dr. Juan Pablo Aragón Hernández con fecha de Marzo del 2020 para su impresión final.



---

**Dr. José Pablo Maravilla Campillo**  
Subdirector de Investigación Biomédica



---

**Dra. Hilda Alejandra Córdova Avalos**  
Postgrado de Ginecología y Obstetricia

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis formadores, profesores y maestros por brindarme sus conocimientos y enseñanzas, por todos sus aportes invaluable en el área de ginecología y obstetricia los cuales servirán para toda mi vida.

Agradezco a quienes estuvieron presentes en la evolución y desarrollo final de este trabajo, gracias por su tiempo y dedicación.

Agradezco a mis padres, a mis hermanos, compañeros, colegas residentes y personal que contribuyó en esta formación académica. Gracias por todos los momentos juntos de arduo trabajo, pero sobre todo de gran compañerismo.

Pero sobre todo agradezco a este noble Hospital Dr. Manuel Gea González por permitirme ser parte de esta gran Institución, gracias por la formación y adquisición de habilidades y destrezas durante mi formación como ginecoobstetra.

## Índice:

• Introducción.....	1
• Material y métodos.....	2
• Resultados.....	3
• Discusión.....	4
• Referencias.....	5
• Figuras y tablas .....	6

## Resumen

**Introducción:** La transmisión del VIH materno infantil es la principal fuente de infección en los niños menores de 15 años. A nivel mundial hay unas 12 000 000 mujeres en edad reproductiva que son VIH positivas y el número de RN que contraen el virus a través de sus madres está aumentando con rapidez en diversas zonas. Los efectos de la epidemia entre los niños pequeños son graves y de largo alcance. La infección por VIH amenaza con retrasar años de progreso constante en la supervivencia de los niños y ha duplicado la mortalidad infantil en los países más afectados. En toda embarazada sin excepción, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos, debe ofertarse la prueba rápida para VIH (tamizaje) en el primer trimestre del embarazo o durante el primer control prenatal. También a las mujeres que presenten condiciones de riesgo o que no hayan aceptado el tamizaje en controles prenatales previos, así como a aquellas mujeres que se presenta en trabajo de parto y que no tienen una prueba de tamizaje para VIH durante el embarazo, se debe ofrecer asesoría y la prueba rápida de tamizaje para VIH.

**Objetivo General:** Determinar la incidencia de seropositividad al virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante tamizaje con pruebas rápidas, en mujeres embarazadas, que cursan con su 3er trimestre de gestación, con o sin factores de riesgo para la adquisición del virus, en el periodo comprendido 2013 al 2015.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con la revisión de expedientes y cedula de detección oportuna de VIH en mujeres embarazadas, con o sin factores de riesgo, que cursaban el 3er trimestre de gestación, a quienes se les practicaron la prueba rápida de tamizaje para VIH en el servicio de Urgencias Ginecoobstetricia en el período del 2013 al 2015.

**Criterios de exclusión:** Pacientes gestantes referidas a nuestro hospital, con diagnóstico previo de infección por HIV en otro centro hospitalario. Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Mujeres con tratamiento antirretroviral, previamente prescrito en otra unidad hospitalaria. Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentaje, así como riesgo relativo y tasas de incidencia.

**Resultados:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. En el cual procedió a la revisión de expedientes y cedula de detección oportuna de VIH en mujeres embarazadas, con o sin factores de riesgo, durante el 3er trimestre de gestación, con previo consentimiento informado firmado, posteriormente se les practicó la prueba rápida de tamizaje para VIH en el servicio de Urgencias Ginecoobstetricia en el período del 2013 al 2015. Las mujeres fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico (por conveniencia), Se excluyó a pacientes con prueba positiva previa o ya diagnosticada con VIH, usuarias de tratamiento antirretroviral, así como pacientes que no contaban con firma de consentimiento informado. Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS.



La muestra obtenida fue de 1020 pacientes. Se identificaron las siguientes características sociodemográficas: edad de 13 a 42 años, con un promedio de 24 años. Las pacientes se presentaron al servicio con un promedio de 38 semanas de gestación, con alrededor de 2 gestas previas, el total de la muestra desconocía ser portadora de VIH. Con promedio de 1 hijo vivo, 35.7% de las pacientes anteriormente se habían realizado una prueba rápida para detección del VIH, 9.9% refirió haber tenido más de una pareja sexual, cuatro de las pacientes refirió ser usuaria de drogas intravenosas. El total de la muestra desconocía ser portadora de VIH, lo cual representa una incidencia por cada 1000 pacientes de 0.98%.

La paciente con resultado positivo a la prueba rápida de VIH, se desconocía ser portadora, sin previa realización de test indicador de VIH, como antecedente refirió una sola pareja sexual y se trataba de la primera gestación. Posteriormente la paciente fue derivada al servicio de infectología, donde se confirmó infección de VIH con prueba de ELISA y Western blot. No se encontró un factor de riesgo asociado en la paciente con prueba rápida positiva. Por otro lado, las pacientes que han tenido más de una pareja sexual asisten 2.5 más veces a realizarse pruebas para detección del VIH en comparación a las mujeres con una pareja sexual.

**Conclusión:** La creciente presencia de la epidemia en la población femenina es preocupante por las repercusiones que tiene para la salud de las mujeres y porque la mayoría de las que adquieren el VIH están en edad reproductiva con altas posibilidades de embarazo. Al no ser detectadas y tratadas oportunamente, presentan un alto riesgo de transmitir el virus a sus hijos. El conocimiento de una paciente infectada con el VIH representa seguridad para el personal médico que participa en su atención.

En este estudio se observó una baja incidencia de seropositividad al VIH mediante prueba rápida (0.098%), así como diversas características maternas, de mujeres atendidas en el área de urgencias. Dentro de los aspectos sociodemográficos maternos, predominó la unión libre, y una edad de 18 años. Dentro de los antecedentes prenatales, las edades gestacionales predominantes fueron de 38 y 39 semanas de gestación, al momento de la prueba. Pacientes con más de una pareja sexual, acuden a realizarse más pruebas rápidas, comparadas con aquellas que solo tienen una pareja sexual. Respecto a la paciente infectada, no se observa ningún factor de riesgo asociado a infección por VIH.

**Palabras clave:** Incidencia, VIH, embarazo, prueba rápida.

## Introducción:

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) está calificado, taxonómicamente, dentro del género Lentivirus de la familia Retroviridae. Los virus de este género se caracterizan por fusionar y destruir las células hospederas y por producir infecciones lentas, en las cuales, la aparición de los síntomas está separada del momento de la infección por muchos años. El VIH fue el primer lentivirus con implicaciones en patología humana; se conocen 2 serotipos definidos, el VIH-1 y el VIH-2 y múltiples variantes. Producen un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). Los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire agua, suelo o alimento.

Se define como transmisión perinatal a la transmisión de diferentes agentes infecciosos, entre ellos el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de la madre al producto durante el periodo anterior al parto o nacimiento, o es simultáneo, o es posterior al mismo; es decir de la 28ª semana de la gestación, hasta los primeros 7 días después del nacimiento. La ruptura prematura de membranas, por facilitar el contacto del feto con la sangre y las secreciones cervicovaginales, está asociada en varios estudios a un mayor riesgo de infección, independientemente del tipo de nacimiento. La corioamnionitis, las infecciones cervicovaginales, la hemorragia intraparto, la ruptura prematura de membranas (> 4 horas) y el bajo peso al nacer se asocian a un mayor riesgo de transmisión.

## Vías de transmisión:

**1.-Transmisión Intrauterina:** Se define como infección intrauterina o durante el embarazo cuando el genoma del virus VIH es detectado dentro de las 48 horas del parto por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (ADN-PCR) o por cultivo viral. Existe un riesgo aumentado de infección en situaciones en las que se produce una alteración en la integridad placentaria como cuando existe corioamnionitis secundaria a infecciones, o con factores que se conoce pueden alterar la histología placentaria como el tabaco o las drogas.

**2). La transmisión intraparto** ocurre en un 65%, se considera el momento más frecuente de transmisión vertical de VIH. Esta transmisión probablemente ocurre por exposición del lactante a sangre y secreciones cervicovaginales maternas durante el proceso del nacimiento.

**3). Transmisión posparto**, por lactancia materna. El VIH puede aislarse a partir de la leche materna. La lactancia materna determina un riesgo adicional de infección para el neonato del 14%, en aquellas madres con infección riesgo de infección por esta vía se incrementa con el tiempo de duración del amamantamiento (3,2% por año de lactancia después de los 2 primeros meses; el riesgo acumulado de transmisión se estima en 3,5% a los 6 meses, 7,0% a los 12 meses y 10,3% a los 24 meses).

El embarazo puede interpretarse como un estado inmunitario alterado. En mujeres negativas para VIH durante la gestación hay una declinación natural del número de células CD4 hasta de un punto mínimo a alrededor de las 8 semanas antes del parto, que es aproximadamente 70 a 80% de su basal. En el momento del parto o justo después del mismo, las cifras vuelven a la basal.

A nivel mundial cerca de 14 millones de mujeres en edad reproductiva están infectadas con el VIH/SIDA; se han reportado las cifras más altas en África, pero el riesgo se encuentra en aumento en países en vía desarrollo como Asia y América Latina. Para las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años), el VIH/SIDA es la principal causa de mortalidad y morbilidad en el mundo entero, mientras que las relaciones sexuales no seguras constituyen el mayor factor de riesgo en los países en desarrollo. Reducir la transmisión del VIH/SIDA en el recién nacido, es la estrategia de prevención más importante, particularmente en los países de escasos recursos, donde más del 40% de las mujeres embarazadas podrían estar infectadas con el virus del VIH y el 25% al 40% de sus hijos nacerían con la infección. (4)

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA) recomienda la aplicación de las pruebas rápidas en situaciones de abuso sexual, embarazos sin control prenatal, en trabajo de parto, riesgo de transmisión ocupacional y para corroborar si un paciente ha desarrollado síndrome de inmunodeficiencia humana. Las pruebas rápidas se realizan con gotas de sangre por punción de una zona con gran irrigación (dedos de la mano), no requieren de equipo de laboratorio especializado. Pueden realizarse fácilmente con un equipamiento mínimo y generan resultados en menos de 15 minutos. Si el resultado es positivo, se debe confirmar con la prueba Western Blot o con inmunoanálisis de tipo lineal. (13).

Son especialmente útiles en condiciones específicas: consulta prenatal, trabajo de parto en sala de expulsión y servicios de urgencia. En el caso de las pruebas rápidas debe hacerse con pre y post consejería y se deberá llevar a cabo conforme a los criterios y lineamientos del Manual para Pruebas Rápidas del CENSIDA, Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que consisten en que la persona que se someta a análisis debe hacerlo.

Desde el año 2006, los CDC revisaron las recomendaciones de las pruebas de detección del VIH en mujeres embarazadas en centros sanitarios, señalando la necesidad de que se adopte una política sistemática de cribado a todas las mujeres embarazadas, que no se pida el consentimiento por escrito para realizar la prueba de detección del VIH separadamente del resto de pruebas y que se repita el cribado en el tercer mes en poblaciones de alto riesgo de infección por VIH.

## **Material y Métodos:**

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. En el cual procedió a la revisión de expedientes y cedula de detección oportuna de VIH en mujeres embarazadas, con o sin factores de riesgo, durante el 3er trimestre de gestación, con previo consentimiento informado firmado, posteriormente se les practicó la prueba rápida de tamizaje para VIH en el servicio de Urgencias Ginecoobstetricia en el período del 2013 al 2015. Las mujeres fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico (por conveniencia), Se excluyó a pacientes con prueba positiva previa o ya diagnosticada con VIH, usuarias de tratamiento antirretroviral, así como pacientes que no cuenten con firma de consentimiento informado.

Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentaje, así como riesgo relativo y tasas de incidencia.

## **Resultados:**

La muestra obtenida fue de 1020 pacientes. Se identificaron las siguientes características sociodemográficas: Edades de 13 a 42 años, con un promedio de 24 años. El estado civil que predominó es de unión libre con un 42.3%. (Tabla 1). El promedio de las semanas de gestación fue de 38, con alrededor de 2 gestas previas y un promedio de 1 hijo vivo. 35.7% de las pacientes anteriormente se habían realizado una prueba rápida para detección del VIH. 9.9% refirió haber tenido más de una pareja sexual, cuatro de las pacientes refirió ser usuaria de drogas inyectables, el total de pacientes de la muestra reportó desconocer si eran portadoras de VIH.

En tanto a los factores de riesgo, se observó que 9.9% refirió haber tenido más de una pareja sexual. El estudio arrojó que el 0.4% de las pacientes expresaron haber sido usuarias de drogas inyectables. De los datos asociados a infección por VIH 35.7% de las pacientes se habían realizado anteriormente una prueba rápida para detección del VIH. El total de las pacientes manifestaron desconocer si eran portadoras de VIH, la seropositividad fue 0.098%, lo cual representa una incidencia de 0.98 por cada 1000 paciente.

La paciente con resultado positivo a la prueba rápida de VIH, manifestó desconocer ser portadora del virus; reportó no tener una prueba previa VIH y como antecedente refirió una sola pareja sexual y durante su primera gestación. Posteriormente la paciente fue derivada al servicio de infectología, donde se realizó prueba de ELISA y se confirmó el diagnóstico con Western blot (Tabla 5).

No se detectó ningún factor de riesgo asociado a infección por VIH en la paciente que obtuvo una prueba rápida positiva (Tabla 6). Por otro lado, las pacientes que han tenido más de una pareja sexual asistieron 2.5 veces más a realizarse pruebas para detección del VIH en comparación a las mujeres con solo una pareja sexual.

## **Discusión:**

La incidencia de la infección por el VIH continúa siendo un problema de salud pública. Desde principios de la epidemia, más de cuatro millones de niños han muerto a consecuencia del VIH, siendo su principal vía de transmisión la perinatal. La aplicación de las pruebas rápidas continua es una estrategia de alto impacto en la detección temprana de la infección por VIH, en el periodo prenatal reduce las repercusiones en la morbilidad, mortalidad y los costos que implican.

En este estudio se observó una baja incidencia de seropositividad al VIH mediante prueba rápida (0.098%), así como diversas características maternas, de mujeres atendidas en el área de urgencias. Dentro de los aspectos sociodemográficos maternos, predominó la unión libre, y una edad de 18 años. Dentro de los antecedentes prenatales, las edades gestacionales predominantes fueron de 38 y 39 semanas de gestación, al momento de la prueba. Pacientes con más de una pareja sexual, acuden a realizarse más pruebas rápidas, comparada con aquellas que solo tienen una pareja sexual. Respecto a la paciente infectada, no se observa ningún factor de riesgo asociado a infección por VIH.

La creciente presencia de la epidemia en la población femenina es preocupante por las repercusiones que tiene para la salud de las mujeres y porque la mayoría de las que adquieren el VIH están en edad reproductiva con altas posibilidades de embarazo. Al no ser detectadas y tratadas oportunamente, presentan un alto riesgo de transmitir el virus a sus hijos.

El conocimiento de una paciente infectada con el VIH representa seguridad para el personal médico que participa en su atención. Es prioritario realizar intervenciones integradas que incluyan de forma simultánea la prevención, detección temprana, tratamiento y la atención clínica para disminuir el riesgo de transmisión vertical.

## Referencias:

- 1.- Fauci AS, Lane HC. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): Harrison. Principios de Medicina Interna 12ª ed., Madrid; Ed Interamericana- Mc Graw Hill, 1991. p. 1622-32.
2. Lamotte-Castillo JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. MEDISAN 2004;
3. Situación de la epidemia de SIDA,. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) diciembre 2009.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>
5. Fowler MG, Lampe MA, Jamieson DJ, et al. Reducing the risk of mother-to-child human immunodeficiency virus transmission: past successes, current progress and challenges, and future directions. American journal of Obstetrics&Gynecology 2007; Suppl. Sep. 53-59.
6. Mofenson, LM, Wilfert CM. Pathogenesis and interruption of vertical transmission. Pediatric AIDS. The challenge of HIV infection in infants, children and adolescents. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998;
7. The International Perinatal HIV Group. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a metaanalysis from 15 prospective cohort studies. AIDS 2001;
8. Nduati RW, John GC, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A, et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1 randomized clinical trial. JAMA 2000;
9. Landesman SH, Kalish, Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus Type 1 from mother to child. N Engl J Med 1996; 334:1.617-1.623.
10. Córdova Villalobos JA, Ponce de León R S. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Segunda edición, 2009. Instituto Nacional de Salud Pública.
11. Bigger R, Pahwa S, Minkoff H. Immunosuppression in pregnant women. Inmunosuppression in pregnant women infected with HIV. Am J Obstet Gynecol 161:1239 – 1244, 1989.
12. Rada OC, Gómez JM. Manejo integral de la gestante con virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología vol. 61 no. 3, 2010, Págs. 239-246
13. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. El SIDA en cifras. México: CENSIDA, 2005.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- 15.- Jill Clark, MPH, Margaret. Testing women for human immunodeficiency virus infection: who, when, and how?. Clinical obstetrics and gynecology. Volume 51, 2008, number 3, 507–517

- 16.- Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009; actualización en junio, 2012.
- 17.- Matheson P, Thomas P, Abrams E. Heterosexual behaviour during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1 AIDS 10: Pasg 1249-1251, 1996.
- 18.- 21.- Rapid HIV antibody testing during labor and delivery for women of unknown HIV Status. A practical guide and model protocol. Atlanta Georgia 2005.
- 19.- CENSIDA. Pruebas Rápidas para detectar VIH. 11 de octubre de 2005.
- 20.- Vázquez RJ. Uso de prueba rápida para la detección de infección por VIH en pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 66, julio-agosto 2009. Pp. 382-388.
- 21.- Connor EM, Sperling RS, Gelber r. Reduction of maternal Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type. With zidovudine treatment. NEJM. 1994; 331: 1173-1180.
- 22.- Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1- Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States.
- 23.- Villagrana-Zesati JR, Plazola-Camacho N, Valdés-Ramírez M, Segura- Cervantes E, Mancilla-Ramírez J. Prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana. Ginecol Obstet Mex 2012;80(1):36-40.
- 24.- Kenya Herrera Tomalá, Christian Esparsa Jurado, Danilo Fajardo Aguilar. Embarazo y VIH: estudio retrospectivo en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor". Rev. "Medicina" Vol. 11 N° 3. Año 2005.
- 25.- Rodríguez del Río Mónica, Estudio de la incidencia y evaluación de los métodos de prevención de la transmisión vertical del VIH, hospital materno infantil "Mariana de Jesús", Guayaquil, Ecuador. Rev. "Medicina" Vol. 12 N° 1. Año 2006
- 26.- Bulterys M, Jamieson DJ. Rapid HIV-1 testing during labor: a Multicenter study. JAMA. 2004.

## FIGURAS Y TABLAS

### 14. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana

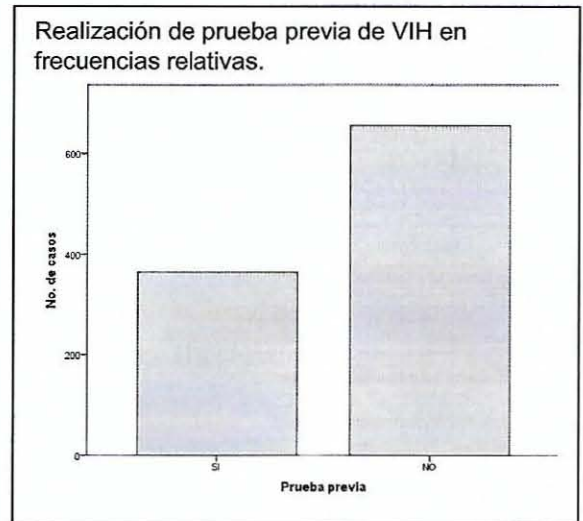
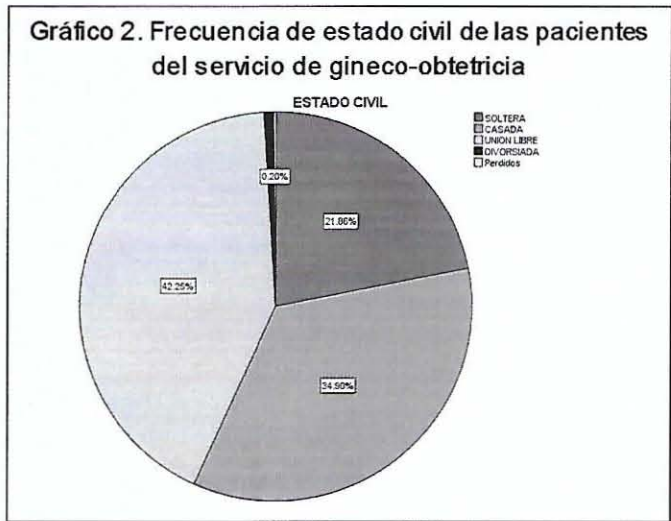


Tabla 1. Características generales de las pacientes del hospital Dr. Manuel Gea González del 2013-2015.

*n=1020*

Características	Promedio	± DE	Características	N	%
Edad (años)	24.44	± 6.35	Estado civil		
			Soltera	223	21.9
			Casada	356	35.0
			Unión libre	431	42.3
			Divorciada	8	0.80
			Habla lengua indígena		
			Sí		
			No	42	4.10
				977	95.9

Paciente	Edad (años)	Semanas de gestación	No. Gestas previas	No. de hijos vivos	Estado civil	Lengua indígena	Prueba previa	Más de una pareja sexual	Usaría de drogas inyectadas	Western blot	ELISA	Tasa x c/1000*
1	18	37	1	0	Unión libre	No	No	No	No	+	+	0.98

\*TASA: pacientes VIH positivo por cada 1000 pacientes atendidas en el servicio de urgencias.