



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACION, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

“FALLAS EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS
DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA MUJER EMBARAZADA EN
LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO

PRESENTADO POR

MARCO ANTONIO DIAZ GUZMAN
GENERACION 2018-2022
“HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO”

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR (ES) DE TESIS

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES

DR. UBALDO RAMOS ALAMILLA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACION, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

“FALLAS EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS
DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA MUJER EMBARAZADA EN
LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO

PRESENTADO POR

MARCO ANTONIO DIAZ GUZMAN
GENERACION 2018-2022
“HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO”

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

DIRECTOR (ES) DE TESIS

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES
DR. UBALDO RAMOS ALAMILLA



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



“FALLAS EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA INFECCIÓN POR
EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA
MUJER EMBARAZADA EN LA CLÍNICA ESPECIALIZADA LA
CONDESA DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

AUTOR: DR. MARCO ANTONIO DIAZ GUZMAN

DR. RAYMUNDO GONZALEZ DELMOTTE

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMIREZ DE ARELLANO

DIRECTORA DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Dr. Juan Carlos De La Cerda Ángeles

Director de Tesis

Director General del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Dr. Ubaldo Ramos Alamillo

Director de Tesis

Subdirector médico Clínica Especializada Condesa
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

Dedicatoria

Les dedico el presente estudio de investigación a todas aquellas mujeres que tienen la bendición de ser madres y que a pesar de padecer una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tienen la suficiente energía, positividad y alegría para transmitirle a su hijo la suficiente confianza para que éste pequeño ser crezca de la mejor manera en un ambiente de amor y protección.

A toda la mujer por ser ejemplo de compromiso, lucha, determinación, inteligencia y amor a la vida.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Agradecimientos

En primera instancia a mi hijo Yoshua quien fue la clave para que yo continuara en pie en este largo camino llamado Residencia Médica.

A mi familia, mis padres por su apoyo incondicional, especialmente a mi madre MaElena por brindarme su sonrisa cada vez que regresaba a casa y llenar mi tanque de energía y alegría.

A mis maestros y compañeros residentes que gracias a ellos fui forjando carácter y adquiriendo el conocimiento necesario para ser un excelente médico GinecoObstetra.

A mi gran amiga Julia quien me brindo el apoyo académico para la culminación de este estudio de investigación.

A mis profesores amigos que me brindaron el apoyo necesario para la realización de este estudio de investigación.



Índice General	Página
Resumen.....	1
I Introducción	2
II Marco Teórico y antecedentes	3 – 13
Antecedentes	3 – 4
Marco teórico	4 – 13
III Planteamiento del problema que incluya pregunta de investigación	14
IV Justificación	15 – 16
V Hipótesis	17
VI Objetivo General	17
VII Objetivos específicos	17
VIII Metodología	18 – 19
8.1 Tipo de estudio	18
8.2 Población de estudio	18
8.3 Muestra (cálculo de muestra en caso de que aplique)	18
8.4 Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento	18
8.5 Variables	18 – 19
8.6 Medición e instrumentos de medición	19
8.7 Análisis estadísticos de los datos	19
IX Implicaciones éticas	19
X Resultados	20 – 22
XI Discusión	23 – 24
XII Conclusiones	25 – 26
XIII Bibliografías	27 – 29
Índice de Gráficos	30
Índice de Tablas	31 – 47
Anexos	48 – 53
Anexo 1. Carta de consentimiento informado y cuestionario mujer embarazada.	48 – 52
Anexo 2. Glosario / Abreviaturas	53



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



FALLAS EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA MUJER EMBARAZADA EN LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Autores

Dr. De La Cerda Ángeles J.C.* Dr. González Delmotte R.* Dr. Ramos Alamillo U.*
Dr. Marco Antonio Díaz Guzmán

RESUMEN

Objetivo: Identificar los múltiples factores que influyen en la detección oportuna de VIH en las mujeres embarazadas en la ciudad de México

Material y Métodos: El estudio realizado siguió una metodología cuantitativa, transversal, retrospectivo, descriptivo y finito dentro de un periodo de 12 meses comprendido desde el 1 de marzo al 28 de febrero del 2021, Se evaluaron pacientes que se encuentran en la base de datos de la clínica especializada Condesa de la ciudad de México mediante encuestas presenciales y llamadas telefónicas se tomaron los datos necesarios. Finalmente se realizó una recolección de datos en hoja de cálculo de Exel, las tablas y gráficas se realizaron en SPSS.

Resultados: 38 pacientes fueron interrogadas. Las fallas de la detección oportuna se presentaron en 3 variables: falta de ofrecimiento de la prueba, carencia de insumos y prueba realizada después de no establecido por las normas nacionales. El 50% de las pacientes mencionó no le ofrecieron la prueba en la primera consulta de control prenatal. Ninguna paciente mencionó falta de insumos. > 60% de las pacientes fueron evaluadas de manera tardía. La edad promedio de la mujer embarazada que son detectadas con infección por VIH fue de 29 años. el 80% de la Ciudad de México y 20% de ciudades aledañas. Se evidenció, además, un porcentaje muy alto de consumidoras de alcohol e infección por VIH (>80%). Se ha descrito un bajo porcentaje de discriminación por la condición de salud de las pacientes con infección por VIH, en sólo un 13%

Conclusiones: Se evidencia que la infección del virus de la inmunodeficiencia humana ha afectado en gran medida a las mujeres embarazadas con menos ingreso económico, escolaridad más baja y con antecedentes de ingesta de alcohol.

Discusión: El diagnóstico oportuno de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes embarazadas es crucial para prevenir la transmisión vertical madre-feto además de disminuir la morbimortalidad del binomio.

Palabras Clave: Infección, VIH, embarazada, Transmisión, Detección.

I Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un Lentivirus de la familia retrovirus, que causa infecciones con largos periodos de incubación. Infecta los linfocitos T auxiliares (DC4), macrófagos y monocitos, dando como resultado la pérdida de la inmunidad mediada por células y alta probabilidad de que el huésped desarrolle infecciones oportunistas ^{5, 17}.

Ambos tipos son de estructura viral y genómica muy similar⁴. El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH, se define por la presencia de más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH ⁵.

La enfermedad es causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual comprende dos subtipos: el VIH-1 y VIH-2, subfamilia Lentivirus ^{9, 17}.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una entidad nosológica reconocida desde hace poco tiempo (1981) que ocurre en individuos previamente sanos y que se caracteriza por alteraciones inmunitarias profundas, infecciones bacterianas recurrentes o por gérmenes oportunistas, más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados ¹⁷, y la aparición de formas poco comunes de ciertas neoplasias malignas ⁹.

II Marco Teórico y antecedentes

Antecedentes:

En 1985, se publicó la primera descripción de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana aguda (VIH), una enfermedad similar a la mononucleosis, basada en los registros clínicos de 12 hombres con seroconversión al VIH documentada durante seis meses; 11 de estos individuos experimentaron una enfermedad notablemente similar ²⁴.

Desde entonces, estudios más amplios han descrito las características clínicas y de laboratorio de la infección aguda y temprana por VIH. En la literatura se han utilizado diferentes términos, incluida la infección por VIH aguda, reciente, primaria y temprana, para referirse a intervalos variables después de la infección inicial con el virus. Se utiliza el término "infección temprana por VIH" para referirse al período aproximado de seis meses después de la adquisición del VIH. El término "infección aguda por VIH" para referirse a una infección temprana sintomática ².

Un tercio de las pacientes con infección por el VIH desconocen su estado serológico de VIH. Hasta el 50% de los pacientes con infección por el VIH en el momento del diagnóstico presentan un recuento de CD4 inferior a 350 células/ μ l. El diagnóstico precoz permite el inicio temprano de la terapia antirretrovírica, disminuyendo la comorbilidad y previniendo la aparición de nuevos casos. Se recomienda descartar la infección por el VIH en toda persona con sintomatología sugerente y realizar oferta dirigida o bien oferta rutinaria para tamizaje en población asintomática ²³.

En México, como gran parte de América Central y del Sur, la epidemia del VIH se define como *concentrada*. A nivel nacional, la prevalencia es baja (alrededor del 0,3%). Sin embargo, la transmisión heterosexual juega un papel cada vez más importante en la epidemia en México, representando alrededor del 50% de las nuevas infecciones en 2010, en comparación con el 10% en los primeros años de la epidemia ²⁷.

En los Estados Unidos, las mujeres representaron el 19% de los casi 40,000 nuevos diagnósticos de VIH y el 24% de los aproximadamente 18,000 diagnósticos de SIDA en 2016 ²⁴.

Desde los informes iniciales sobre el VIH en mujeres en los Estados Unidos, las mujeres de poblaciones minoritarias se han visto afectadas de manera desproporcionada. Entre todas las mujeres que recibieron un diagnóstico de VIH en 2016, 61% eran afroamericanas, 19% eran blancas y 16% eran hispanas/latinas.

Sin embargo, estas tasas representan una disminución en los diagnósticos de VIH entre las mujeres en comparación con los últimos años. Los diagnósticos disminuyeron en un 10-20% entre las mujeres afroamericanas, en un 14 por ciento entre las hispanas/latinas, y se mantuvieron estables entre las mujeres blancas. Cada vez más mujeres adquieren el VIH a través del uso de drogas inyectables. En todo el mundo, ha habido un aumento del 33% en el VIH adquirido a través del uso de drogas inyectables desde 2011 hasta 2015.

Un estudio realizado en el año 2016, ha arrojado luz sobre las diferencias por género en la epidemia de VIH en la Ciudad de México y sugiere que existen dos epidemias en México, que apuntan a la vulnerabilidad de las mujeres y la conducta sexual de riesgo de los hombres ²⁷.

En México la prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo-1 (VIH-1) es de 0.1 a 0.5%, se reportan 178,591 casos de SIDA notificados de 1983 hasta el 13 de noviembre del 2015; las mujeres con SIDA son el 17.6% (31,772). En la distribución por grupos etarios, la mayor frecuencia de las mujeres se encuentra en edad reproductiva, entre 15 a 44 años, 23,641 (74.4%). 1,775 casos son menores de 15 años de edad, la mayoría adquirieron la infección por vía perinatal ²⁴.

En México, el reporte del primer caso de transmisión vertical de infección por el VIH se registró en el año de 1989, con incremento progresivo inicialmente bajo, solo 23 casos reportados de 1989 a 1993 en ocho estados. En los siguientes cuatro años (1994 a 1998) se duplicó la cifra con un total de 40 casos en 17 estados; de 1999 a 2003, esta cifra se quintuplicó, con distribución en casi todos los estados de la República Mexicana, con excepción de Zacatecas, Morelos y Tlaxcala ²⁴.

De 2004 al 2008, el número de casos incrementó de manera dramática a 339 casos en 27 estados, y de 2009 a septiembre del 2013, se reportaron 243 casos confirmados en 26 estados. De 1987 a septiembre de 2013, se han registrado en el país 842 casos de SIDA por transmisión vertical ²⁴.

Marco Teórico:

La infección por VIH puede adquirirse por transmisión sexual, por exposición parenteral a sangre o derivados (transfusión y a través de agujas contaminadas con sangre, como en el caso de usuarios de drogas intravenosas o accidentalmente en trabajadores de la salud) y de madres infectadas a sus productos durante el periodo perinatal ⁹.

Riesgos de infección por transfusión con donante seropositivo es del 100%, Picadura única con aguja con paciente seropositivo 0.4% relación heterosexual única de 0.001% relaciones homosexuales depende de las lesiones anales y múltiples parejas sexuales de la persona y transmisión perinatal varía del 14 hasta un 50% ⁹.

El Virus de la inmunodeficiencia humana se transmite de la siguiente manera:

- a) Por contacto sexual, no protegido, con personas infectadas por el VIH.
- b) Por transfusión de sangre contaminada y sus componentes.
- c) Por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados.
- d) De una madre infectada a su hijo, durante el periodo perinatal por vía transplacentaria, por sangre o secreciones en el canal del parto, o a través de la leche materna, y
- e) Por trasplante de órganos y tejidos contaminados ³.

Se debe considerar como persona infectada por el VIH o seropositiva, aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo ³.

La transmisión de madres a hijos se ha denominado de muchas formas a través de los años: transmisión vertical, intrauterina, transplacentaria, perinatal y congénita, pues ha habido controversias respecto al momento en que ocurre la transmisión perinatal ⁸.

Se define a la transmisión perinatal del VIH, como la entidad clínica infecciosa del paso del VIH de una mujer embarazada infectada a su hijo durante el período de la gestación, el trabajo de parto, o bien, durante el período de lactancia ^{8,19}.

Se recomienda que el equipo multidisciplinario de primer nivel de atención fomente el uso sistemático del condón en las prácticas sexuales consideradas de alto riesgo; todo ello a través de la información, orientación, y educación de la población general, mediante la implementación de estrategias bajo un enfoque constructivista ¹⁷.

La prueba del VIH también debe incorporarse a la detección sistemática de personas sanas, incluidas las mujeres embarazadas ²³.

La transmisión vertical (de madre a hijo) de VIH en México constituye la causa principal de transmisión de este virus en menores de 15 años. En la actualidad, se conocen perfectamente los mecanismos de transmisión vertical, protocolos de atención, esquemas de tratamiento profiláctico para la madre y el recién nacido y considerando los avances tecnológicos, resulta preocupante que hoy en día sigan naciendo niñas y niños con el virus del VIH ².

La única política preventiva nacional centrada en mujeres en México es la prueba de detección del VIH para prevenir la transmisión vertical ¹⁶.

Los primeros casos de SIDA fueron reconocidos en Los Ángeles, Cal. (EUA), en junio de 1981. Los primeros casos de SIDA en México se informaron en 1983 y el primer caso de SIDA en niños en nuestro país se notificó en el año de 1985 ⁹.

En 1983, la aparición del primer caso sospechoso de transmisión perinatal reportada en la unión americana ⁸.

Epidemiológicamente en México, 93,813 personas viven con seropositividad para infección por VIH de los cuales 20,216 son mujeres según el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) al cierre del 2019

57% de las personas que se estiman vivirán con VIH para el año 2020, conocen su estado serológico ².

México tiene una prevalencia de VIH en la población de 15-49 años del 0.3 por ciento ²⁰, lo que significa que 3 de cada mil personas vive con VIH, 141 mil personas que viven con VIH conocen su estatus serológico (2016), en el 2017, la Secretaría de Salud destinó 73 millones de pesos para la adquisición de pruebas rápidas de detección de VIH. Desde 2013, se instauró el último viernes de noviembre como el día nacional de la prueba de VIH ².

En 2016, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) reporta que se realizaron 639 mil 114 detecciones de VIH de primera vez en mujeres embarazadas, lo que representó una cobertura de 46.8% en la Secretaría de Salud ².

Se entiende como Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata ¹.

La prueba de tamizaje para VIH se debe realizar en las primeras 12 semanas o en la primera consulta ^{1, 17, 22, 23}. Tan pronto como sea posible durante el embarazo temprano o en la primera consulta prenatal ^{13, 17} y antes de la 36 semana de gestación ¹⁷. Previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de consentimiento informado ^{1, 22, 23}.

Se ofrecerá la realización de una serología de VIH (test rápido o ELISA inmediato, según disponibilidad) a toda gestante que llegue en trabajo de parto o en el posparto inmediato, sin una serología de VIH previa durante el transcurso de la gestación ²².

En muchas ocasiones esto no es posible realizarlo con las mujeres de nuestro entorno debido a carencia del material primario como son las pruebas rápidas detección viral en los centros de salud de primer contacto donde acuden de manera inicial las mujeres embarazadas.

Según las circunstancias y dependiendo de la prueba utilizada, las personas en riesgo de adquirir el VIH/SIDA deben de recibir información sobre la posibilidad de un resultado falso negativo durante el periodo de ventana (falta de anticuerpos detectables), por lo que se debe alentar en repetir la prueba en un momento más adecuado ⁵.

El primer contacto que tienen las mujeres embarazadas con los servicios de salud se hace a través del primer nivel de atención. Dentro de las actividades dirigidas a mujeres embarazadas que realizan estos centros se encuentran: promoción y prevención de infecciones de transmisión sexual y otros padecimientos, planificación familiar, detección y diagnóstico de embarazos y complicaciones del embarazo, atención prenatal y en caso de ser necesario la derivación a segundo nivel para la atención de complicaciones y/o resolución del embarazo ¹⁷. Dentro de la atención prenatal se contempla la realización de múltiples estudios de laboratorio, entre los que se encuentran las detecciones de VIH y Sífilis ^{10, 19}.

Desde 2006, el 81,5% de las mujeres han comenzado la atención prenatal durante el primer trimestre y, a partir de 2009, las directrices nacionales para el tratamiento antirretroviral recomendaban la prueba del VIH durante el primer trimestre del embarazo o lo antes posible a partir de entonces ^{12, 17}.

En el caso de las pacientes embarazadas que son diagnosticadas con infección por VIH, todas deben ser enviadas a un segundo nivel de atención para el seguimiento del embarazo con un médico especialista además de solicitar el apoyo de servicio de atención especializada en pacientes con infección por VIH como son el Centro Ambulatorio para la atención y prevención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS) o servicios de atención integral hospitalaria (SAI) para recibir el tratamiento antirretroviral y llevar el adecuado control de este padecimiento durante todo el embarazo¹².

De acuerdo con cifras del INEGI, se estima que la natalidad actual de nuestro país es de 2.1 millones de nacimientos al año, nacimientos de los cuales, 111 000 son producto del embarazo de mujeres residentes de la Ciudad de México. Según el reporte histórico nacional hecho por la dirección general de epidemiología de la secretaría de salud, a través del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, actualmente (último reporte en 2019) las estimaciones de casos detectados por el censo en mujeres en edad reproductiva (15-49 años), llegan a la cifra total de 49 787, y de estos, sólo 3114 casos fueron detectados en la ciudad de México, valores muy por debajo de lo esperado si se considera que la ciudad de México alberga a 8.855 millones de habitantes, de los cuales 53.1 % son mujeres en edad fértil (CONAPO, 2019), y que además ha sido también posicionada como la entidad federativa con mayor número de casos acumulados de VIH en el país ⁴.

Las condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven las mujeres son el principal factor de su vulnerabilidad ⁶. Existen vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, la vulnerabilidad de las mujeres tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural.

- a) La vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales.
- b) Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad.
- c) Vulnerabilidad social, las mujeres siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado.

La detección temprana y el tratamiento de la infección por VIH es importante no únicamente para los individuos infectados sino también para la prevención de la transmisión del virus ¹³.

Género, origen étnico, situación socioeconómica, status de ciudadanía, entre otras formas de discriminación, se combinan así para formar situaciones de vulnerabilidad acumulada y, por lo tanto, extrema ⁶.

Existen diferentes obstáculos para la visibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA, tanto en México como en la mayor parte de los países, esto se agrava con una cultura sexual caracterizada por la doble moral, que establece diferentes derechos y libertades para hombres y mujeres ⁶. En nuestro medio hay una gran discriminación social hacia la mujer por parte de la pareja dentro de un entorno “machista” en donde la mujer es sometida a la voluntad de su pareja (hombre)

La probabilidad de transmisión de la infección por VIH de una madre al feto es de entre el 15 al 40% ^{18, 19}. El tratamiento adecuado durante el embarazo, trabajo de parto y las primeras 6 semanas de puerperio y del recién nacido ha disminuido el índice de transmisión vertical a aproximadamente 1% o menos. El paso más importante para la prevención de la transmisión vertical es la detección del VIH con pruebas de detección ⁷.

La aceptación de las pruebas rápidas de detección oportuna para infección de VIH en la mujer embarazada puede ser aceptadas o no por ellas mismas, depende en gran manera de la participación del médico y el asesoramiento para la realización de la misma ⁷.

Toda mujer embarazada debe de realizarse la detección de VIH con una adecuada asesoría, éste examen debe de ser voluntario y teniendo derecho a no realizarse ⁷.

Se debe ofrecer la prueba de detección de VIH a la mujer embarazada en la primera consulta ^{18, 22} de control prenatal debido a que el inicio ideal del tratamiento para una mujer con resultado positivo es entre las 15 y 19 semanas de gestación ^{7, 12} para conseguir una carga viral indetectable ¹⁹. Además, a las gestantes con conducta de riesgo, se les realizará una serología VIH trimestralmente ²².

La prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH es reconocida como una acción importante para lograr las metas de desarrollo del milenio, en particular los relacionados con la salud reducir la mortalidad infantil y materna y cambiar el rumbo de la epidemia del VIH ^{12,17}.

La implementación de las diferentes medidas preventivas de la transmisión vertical (cesárea electiva en casos seleccionados, lactancia artificial, profilaxis intraparto, tratamiento del recién nacido...) ha reducido la tasa de TV del VIH a cifras inferiores al 2%, e inferior al 0.5-1% si se aplican las distintas medidas de forma óptima ²².

En junio de 2014, la legislación nacional sobre la atención prenatal aún establecía que las pruebas prenatales del VIH solo deberían realizarse ofrecido a “mujeres de alto riesgo, aquellas que han recibido transfusiones de sangre, drogadictas y prostitutas”. Sin embargo, la legislación mexicana de VIH fue modificada a partir del 2010 donde se incluye la obligación por parte de los servicios médicos de salud a realizar la prueba rápida de VIH en todas las mujeres embarazadas ¹².

En un estudio realizado en universitarios de España se evidenció que la razón principal más referida para no haberse realizado la prueba era pensar que con los comportamientos que habían tenido no podían estar infectados ¹¹. Otro estudio realizado evidencia que 20 % de

las mujeres embarazadas, hay una transmisión vertical durante las primeras 36 semanas de gestación, 50% días previos al parto y 30% durante o inmediatamente después del parto ¹⁸.

En una mujer embarazada como una emergencia por lo que no esperamos a tener la carga viral y CD4, iniciamos el régimen (antirretroviral profiláctico) de inmediato ¹².

Cuando se perdió la oportunidad de ofrecer la prueba del VIH durante la atención prenatal, la ruta más común para el diagnóstico del VIH fue cuando las mujeres o sus familiares experimentaron complicaciones relacionadas con el SIDA ¹².

La aplicación de medidas preventivas de transmisión vertical de la infección por VIH sólo será posible si se identifica precozmente a la gestante infectada. El diagnóstico de infección por VIH resultará útil incluso en el posparto inmediato para poder completar la profilaxis de la transmisión vertical en el recién nacido y contraindicar la lactancia materna ²².

El uso de pruebas rápidas en sangre total obtenida por punción capilar ha demostrado resultados comparables en sensibilidad (99 %) y especificidad (99 %) a los obtenidos en muestras de suero, y son tan simples como las pruebas utilizadas para medir niveles de glucosa ¹⁴.

La aplicación de la prueba rápida en el primer nivel de atención es importante en toda mujer embarazada, por lo que es indispensable la capacitación adecuada de los profesionales de la salud en la asesoría y la aplicación de dichas pruebas para lograr que estas sean aceptadas en el 100 % de las embarazadas ¹⁴. En muchas ocasiones por el incremento del volumen de trabajo del personal hospitalario a en primer nivel sobrepasa los tiempos de calidad en el servicio mermando la oferta de oferta de dicha prueba, retrasando el diagnóstico bioquímico de la infección.

Un diagnóstico tardío es la consecuencia de una oportunidad perdida de diagnóstico, los pacientes con infección por VIH frecuentemente tienen atención de salud en centro de atención médica previo a su diagnóstico ¹⁵.

La falta de ofrecimiento de la prueba rápida de VIH durante el embarazo conlleva a retraso en el diagnóstico lo cual repercute a nivel clínico, emocional y social ¹⁵.

En un estudio realizado con pacientes mexicanas, se evidenció que, de 301 pacientes, el 75% de ellas adquirieron la infección del VIH por sus parejas estables, la causa de detección de VIH fue que su pareja o descendencia tuvo determinación de la infección por VIH, únicamente el 10% de éstas pacientes fueron diagnosticadas por el programa de detección oportuna de VIH en el embarazo de las cuales al 61% nunca se le ofertó la prueba rápida de detección de VIH ¹⁵.

Diagnóstico tardío ha sido relacionado con un incremento de la morbimortalidad

El diagnóstico tardío está principalmente visto en dos escenarios: falla en la oferta de la prueba rápida para la detección del VIH en la consulta prenatal y la falla en la oferta de la prueba en mujeres que aun acudiendo a servicios médicos de salud por una sintomatología no se ofreció la prueba ¹⁵.

Como una práctica general, todas las mujeres embarazadas sin estado de VIH acudiendo al hospital para revisión del trabajo de parto, es ofrecida una prueba rápida de detección de VIH ¹⁶. Sin embargo, se ha realizado una pequeña investigación durante el periodo de estancia en hospitales de la secretaria de salud durante el tiempo de 3 años de residencia médica donde se pone de manifiesto la carencia de materia prima para la obtención de un resultado, como la es la prueba rápida de VIH 1-2. Además de no contar con un kit de rescate para pacientes a quienes les haya resultado positiva su prueba.

La institución del TAR temprano, que reduce los eventos clínicos y la mortalidad en pacientes con infección por VIH. En los Estados Unidos, los pacientes que se diagnostican temprano en el curso de la infección y se tratan con éxito con ART pueden tener una esperanza de vida similar a la de la población general. Sin embargo, en 2008, el 33 por ciento de los pacientes fueron diagnosticados tardíamente en el curso de la infección y desarrollaron SIDA dentro del año de su diagnóstico inicial de VIH ²³.

Un estudio demostró que la razón más frecuente a ser diagnosticada fue que su pareja tuvo diagnóstico de infección por VIH (36%) a través de una prueba de tamiz 32% (incluyendo embarazadas) de las cuales únicamente al 6% se le realizó prueba de tamiz, sintomatología 22% y porque los hijos fueron diagnosticados en un 10% ¹⁶.

Se menciona que hay una diferencia entre mujeres con infección por VIH y mujeres sin ésta infección, que están sometidas a violencia de género, abuso de sustancias y enfermedades de transmisión sexual ¹⁶.

Se realiza tamizaje a todas las mujeres gestantes y aquellas que resultan positivas, se propone iniciar tratamiento antirretroviral, parto por cesárea y suspender la lactancia materna en cumplimiento con el protocolo del ministerio de salud ^{18,22}.

La incidencia en México del VIH en el embarazo es de 0.067% (1 caso por cada 1,450 embarazos) ¹⁹.

La terapia antirretroviral es la base del tratamiento para conseguir que las embarazadas alcancen la supresión de la carga viral (menos de mil copias por mililitro) o que ésta sea indetectable (menos de 50 copias por mL) ¹⁹.

El riesgo de transmisión vertical del VIH fue de 0.26% después de la cesárea electiva y de 1.1% en seguida de parto vaginal planificado ¹⁹.

Un estudio realizado con mujeres mexicanas (2016) evidencia que la terminación del embarazo por cesárea, es evidente que reduce el riesgo cuando se compara con el parto vaginal ¹⁹.

El riesgo de contagio de VIH documentado es del orden de 0.3%; es decir, 3 casos por cada 1000 personas expuestas a un accidente laboral ¹⁹.

Un estudio observacional, transversal y descriptivo en mujeres mexicanas con infección por el VIH evidenció ser considerada como una experiencia negativa por su asociación al nivel de estrés llegando a considerarse como un factor diagnóstico de estrés postraumático lo que condiciona una mayor comorbilidad médica crónica y peores condiciones emocionales ²⁰.

Un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo menciona las pruebas de tamizaje de alta sensibilidad y buena especificidad:

Dos pruebas rápidas: se utilizó la inmunocromatografía en embarazadas en trabajo de parto y ELISA: prueba de cuarta generación (anticuerpos-antígeno p24)

Dos pruebas confirmatorias: IFI (inmunofluorescencia indirecta) y Western blot: se utilizó para corroborar los resultados indeterminados de la IFI ²¹.

Para la detección del VIH en individuos asintomáticos o pacientes con signos y síntomas de infección crónica, inicialmente se realiza un inmunoensayo combinado de VIH-1/2 de cuarta generación.

- Si el ensayo de combinación de cuarta generación es negativo, se considera que la persona no está infectada por el VIH y no es necesario realizar más pruebas.
- Si el ensayo de combinación de cuarta generación es positivo, se realiza un inmunoensayo de diferenciación de anticuerpos del VIH-1 / VIH-2. Esta prueba confirma los resultados del ensayo de combinación y también proporciona información sobre si el paciente está infectado con VIH-1, VIH-2 o ambos virus.
- Debe obtenerse un nivel de ARN del VIH en plasma para evaluar la infección aguda si la prueba de cuarta generación es positiva y el inmunoensayo confirmatorio de diferenciación de anticuerpos del VIH-1 / VIH-2 es indeterminado o negativo ²³.

Las pruebas de combinación de antígeno / anticuerpo permiten identificar mejor la infección aguda / temprana en comparación con las pruebas de anticuerpos solos, ya que pueden detectar el antígeno p24 del VIH cuando el anticuerpo aún no está presente (p. Ej., "Período de ventana de la infección aguda por VIH") ²³.

Las pruebas disponibles para el diagnóstico de la infección por VIH incluyen aquellas que pueden detectar:

- Anticuerpo contra el VIH (ensayos inmuno absorbentes ligados a enzimas [ELISA], ensayos de diferenciación VIH -1 / VIH-2, Western blot)
- Anticuerpo y antígeno del VIH
- Antígeno del VIH
- ARN del VIH (cualitativo o cuantitativo) ²³.

Pruebas de cribado:

1.- Pruebas de Anticuerpos: prueba de anticuerpos de tercera generación cuando se detecta inmunoglobulina M [IgM] así como anticuerpos IgG, detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2 tan pronto como tres semanas después de la exposición al virus.

2.- Combinación Antígeno – Anticuerpo: pruebas de VIH de cuarta generación con la capacidad de detección del antígeno p24 del VIH ²³.

Pruebas confirmatorias:

1.- Inmunoensayo de diferenciación VIH-1 / VIH-2: confirmar un ensayo positivo combinación de cuarta generación y para distinguir entre el VIH-1 y VIH 2 infección.

2.- Western blot: detecta el anticuerpo IgG contra el VIH-1

3.- Detección Viral: El antígeno p24 suele ser detectable entre una y dos semanas después de la transmisión viral. El 80 al 90 por ciento de las personas que buscan la prueba durante una infección aguda ²³.

Debemos de conocer el tiempo de reactividad, positividad de cada prueba para no realizar un diagnóstico falso negativo ²³.

Actualmente la OMS, a través de la organización panamericana de la salud y con la colaboración de algunas otras organizaciones locales, sugiere la utilización de un algoritmo que plantea como prueba inicial en toda mujer embarazada una prueba rápida de cuarta generación.

En pacientes que no se conocen seropositivas, la GPC indica:

- Determinación de anticuerpos contra VIH a través de una prueba ELISA como parte del cuidado prenatal en toda mujer embarazada, exceptuando aquellas que expresen su negativa a la realización.
- Debe realizarse ELISA para VIH tan pronto sea posible durante el embarazo y su resultado positivo debe ser seguido por consejería
- En pacientes de alto riesgo, la prueba debe repetirse preferentemente 12 semanas después de la determinación inicial negativa, así como antes de la semana 36 de gestación.
- Después de una prueba ELISA positiva para VIH, la positividad debe ser confirmada mediante Western Blot.

- En aquellas mujeres que lleguen a sala de parto sin una determinación previa de anticuerpos, se recomienda efectuar una prueba rápida para VIH en ese momento y una prueba ELISA
- Los médicos de primer contacto deben proporcionar información sobre la prueba rápida para VIH, el diagnóstico, la probabilidad de transmisión a los productos, factores de riesgo que faciliten la infección y tratamientos que ayudan a evitarla ²⁸.

Haciendo una revisión bibliográfica exhaustiva se puede concluir que es poco probable el fallo de la prueba diagnóstica normalmente utilizada, es decir la prueba rápida, pues esta tiene un porcentaje de fallo menor al 1% con una sensibilidad del y especificidad al rededor del 98% ²⁸.

Cuando esta prueba es positiva, la paciente es canalizada a un centro especializado en donde posteriormente se le realiza indistintamente una prueba de inmunoensayo ELISA porcentajes de sensibilidad y especificidad 99% o una prueba de Western blot sensibilidad y especificidad cercana al 100% con las cuales se corrobora el diagnóstico de infección por VIH al identificar anticuerpos específicos para las distintas proteínas de envoltura y el core virales ²³.

Existe el siguiente diagrama de flujo para la determinación de VIH en la paciente embarazada

Una vez diagnosticada la Paciente con infección por VIH se debe de realizar determinaciones analíticas:

- Determinación de la carga viral (CV) del VIH en plasma: o Con analítica de 1er y 2º trimestre o Entre las 34-36 semanas para establecer la opción a un parto por vía vaginal. o En el momento del parto o inmediatamente posterior.
- Recuento de linfocitos T CD4+: o En el 1er control analítico. o Entre las 34-36 semanas. o Cuando se considere indicado por sospecha de infecciones oportunistas, o mal cumplimiento del tratamiento ²².

Se recomienda un control gestacional específico en mujeres infectadas con VIH. Se muestra una gráfica de esto.

III Planteamiento del problema que incluya la pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores socioculturales relacionados con la falla en la oportunidad en la detección de VIH en la mujer embarazada en la clínica especializada condesa de la ciudad de México?

Se han identificado múltiples factores que influyen en la oportunidad de detección de VIH en la mujer embarazada tanto en la ciudad de México como en todo el territorio nacional, entre ellos son la distancia de las instituciones de salud y localidades rurales en regiones de poco acceso, falta de conocimiento por parte de los pacientes de los síntomas ausentes al inicio de la enfermedad, el miedo de tener un resultado positivo y el estigma social que puede repercutir en su vida cotidiana, familiar, laboral inclusive personal, entre otras cosas.

Se mencionan en bibliografías nacionales e internacionales nuevas estrategias para abarcar a todos los sectores de la población para hacer detecciones de VIH con servicios médicos móviles, sobre todo en poblaciones alejadas en comunidades rurales con el objetivo de llegar a la meta del 90 90 90 que nos propone la UNUSIDA, un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del SIDA.

IV Justificación

A lo largo de la historia se han dado informes de más de 39 millones de personas que han fallecido a nivel mundial, a causa de la infección por VIH/SIDA, sin embargo, es evidente que no se podrá terminar con la epidemia sin primero no hacer detecciones adecuadas y posteriormente dar tratamiento a todas aquellas personas que lo necesiten.

En diciembre del 2013, la junta coordinadora del programa de ONUSIDA establecieron objetivos nuevos en materia del tratamiento del VIH después del 2015 que para el 2020 el 90% de las personas que viven con VIH conociera su estado serológico respecto al VIH, 90% de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

Involucrar la atención médica del VIH durante las primeras etapas de la enfermedad y mantener la atención continua proporciona numerosos beneficios clínicos, incluida la recepción de HAART, por sus siglas en inglés Highly active antiretroviral therapy (terapia antiretroviral de gran actividad).

Otros posibles beneficios para la salud pública proporcionados por la atención médica del VIH incluyen la reducción de la transmisibilidad del VIH con el uso constante de Terapia antiretroviral (TAR).

Artículos de investigación en la unión americana demuestran que una cuarta parte de las personas infectadas por el VIH desconocen su infección y la CDC, por sus siglas en inglés, Centers For Disease Control And Prevention (centros para el control y prevención de enfermedades) ha reportado que del 31% de personas con resultado positivo a las pruebas ELISA y Western blot ya no regresan por sus resultados desconociendo, así, su estado virológico. Por lo que se han aprobado las estrategias de pruebas rápidas de VIH con resultados dentro de la primera hora realizando así el diagnóstico temprano y comenzar el tratamiento antirretrovírico adecuado inmediato.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) concluyó que las mujeres son más vulnerables a la infección, tanto biológica como socialmente, mientras que los hombres tienden a tener un mayor riesgo debido al comportamiento “proactivo”.

Desde la década de los 80 el índice de sospecha de diagnóstico de VIH era más alto para los hombres que para las mujeres, sin embargo, éstas últimas son aquellas que buscan atención y detección con mayor frecuencia. Con la tendencia a la detección de VIH en la mujer embarazada la tendencia ahora se ha revertido, de modo que ahora es más probable que las mujeres sean más tempranamente detectables.

Según las metas de los objetivos de desarrollo sostenible propuesto por la ONU, número 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades, el punto 3.1 propone poner fin a la epidemia del SIDA, tuberculosis y Malaria, además en su punto 3.7 el garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en las estrategias y programas nacionales y una manera de contribuir a éste objetivo es realizando detecciones de enfermedades, entre ellas las de VIH en particular en la mujer embarazada

para lograr llegar a un diagnóstico temprano y comenzar en tratamiento antirretrovírico y prevenir la transmisión vertical y el desenlace de esta infección intrauterina.

V Hipótesis

La identificación de los factores socioculturales relacionados con la oportunidad en la detección de VIH en la mujer embarazada puede contribuir a su modificación y mejorar el pronóstico de la enfermedad en este grupo de riesgo.

VI Objetivo General

Describir los factores determinantes relacionados con la falla de la detección oportuna de VIH en la mujer mexicana embarazada con prueba positiva en la clínica especializada la condesa de la ciudad de México en un periodo de 12 meses comprendidos entre marzo del 2020 a marzo del 2021.

VII Objetivos específicos

Identificar los factores socioculturales y clínicos relacionados con la oportunidad en la detección de VIH en la mujer embarazada en la clínica especializada la condesa de la ciudad de México.

Comparar los factores socioculturales de mujeres embarazadas con detección de VIH oportuno vs las de mujeres con detección de VIH tardío.

VIII Metodología

Se evaluaron pacientes que se encuentran en la base de datos de la clínica especializada la condesa de la ciudad de México mediante un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y finito.

Se evaluaron a todas las mujeres dentro del periodo entre marzo del 2020 a febrero del 2021 mediante entrevistas realizadas de manera personal con un cuestionario de respuestas directas y de opción múltiple además de la toma de respuestas vía telefónica a pacientes quienes no se les logró entrevista de manera verbal.

Se determinó si en algún momento de su gestación se había realizado la prueba de detección de VIH

8.1 Tipo de estudio.

Cualitativo, Descriptivo, Transversal, retrospectivo. Finito.

8.2 Población de estudio.

Mujeres con diagnóstico de VIH y antecedente de embarazo durante marzo del 2020 a febrero del 2021 en la clínica especializada condesa en la ciudad de México.

8.3 Muestra (cálculo de muestra en caso de que aplique)

Se tomarán todas las pacientes embarazadas que ingresaron al control en la clínica especializada la condesa en el periodo de marzo del 2020 a febrero del 2021.

8.4 Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento.

Muestreo por conveniencia
Tamaño de muestra 38

8.5 Variables.

Edad.

Escolaridad.

Localidad de residencia.

Solvencia económica.

Ingresos

Ocupación

Antecedentes de abuso de drogas

Antecedentes de discriminación

Antecedentes Obstétricos

Número de embarazos

Abortos

Fallas en la detección oportuna

- a) Falta de ofrecimiento de la prueba de VIH por parte del personal médico.
- b) Carencia de insumos para la realización de la prueba.
- c) Prueba realizada después del tiempo indicado en la normatividad nacional.

8.6 Mediciones e instrumentos de medición.

Cuantitativo, mediante entrevistas personales con pacientes dentro del marco protocolario con preguntas directas y sencillas con adecuada accesibilidad y ordenadas con variaciones de opción múltiple y otras abiertas para respuesta libre a criterio de cada paciente.

Además de contar con una ficha de identificación de cada paciente mediante iniciales y un número de folio por cada cuestionario. Cuenta, además, con instrucciones directas por parte del aplicador del cuestionario para ayudar a resolver dicho instrumento de investigación.

8.7 Análisis estadísticos de los datos.

Se recolectará información en hoja de cálculo de Excel, las tablas y gráficas se realizarán en SPSS.

Variables cualitativas: frecuencias y porcentajes.

Variables cuantitativas: medidas de tendencia central y de dispersión.

IX Implicaciones éticas

Se firma consentimiento informado por cada paciente en entrevista presencial y consentimiento verbal mediante entrevistas vía telefónica.

Se realizan cuestionarios con apoyo médico presencial para cada participante del estudio.

X Resultados

Se recolectará información en hoja de cálculo de Excel, las tablas y gráficas se realizarán en SPSS.

Variables cualitativas: frecuencias y porcentajes.

Variables cuantitativas: medidas de tendencia central y de dispersión.

Las fallas en la detección oportuna fueron representadas por 3 las variables: falta de ofrecimiento de la prueba de VIH por falta del personal médico, carencia de insumos para la realización de la prueba, y prueba realizada después del tiempo indicado en la normatividad nacional. De las cuales la más representativa fue la no oferta de prueba de detección rápida en la primera consulta de control prenatal en el 50% de las pacientes encuestadas.

El primer resultado nos arroja que sólo el 50% de las instituciones a las que se acudió para la primera consulta prenatal, ofrecen la prueba rápida de VIH. La segunda estadística muestra cómo posteriormente sí se le ha realizado una prueba VIH a la gran mayoría de pacientes embarazadas, pero en un segundo o tercer nivel de atención y no en el tiempo indicado de detección oportuna. Finalmente, en la tercera gráfica podemos ver que un 100% de las pacientes contestó “no” a la pregunta sobre informe de falta de insumos.

No es posible evaluar la falta de insumos a partir de esta única pregunta, pero sí podemos afirmar que las instituciones han decidido (si existiera) no informar a las pacientes sobre la falta de recursos en este ámbito y definitivamente postergar realización de la prueba.

Considerando la importancia de la edad gestacional en que se diagnostica el VIH, se decidió evaluar la edad gestacional promedio en la que las pacientes acuden a su primera consulta de control prenatal.

Sumando estos parámetros (oferta de prueba rápida en la primera consulta de control prenatal y edad gestacional al momento de la primera consulta) obtenemos que la mayoría (> 60%) de las pacientes evaluadas fueron examinadas de forma tardía.

Se evaluaron y correlacionaron uno a uno los parámetros socioeconómicos y culturales que, de acuerdo con la hipótesis de esta investigación, pueden afectar el contexto que rodea a las pacientes de esta población específica. A continuación, se describe cada uno con su correspondiente resultado:

Edad

La edad promedio de las mujeres embarazadas que son detectadas con VIH durante el embarazo en la clínica condesa fue de ~29 años, siendo la moda 30 años con una desviación estándar de 5.7 años.

Localidad de residencia

Alrededor del 80% de las pacientes fue ubicada con un lugar de residencia dentro de la ciudad de México, poco menos del 20% se encontró en ciudades vecinas a la ciudad de México todas pertenecientes al Estado de México, y una paciente localizada en la Ciudad de Puebla, Puebla.

Se encontró una relación significativa entre la delegación de procedencia y la cercanía/lejanía de las unidades de atención médica, que a su vez es un factor importante para la atención oportuna del embarazo y control prenatal.

Solvencia económica

La solvencia económica fue evaluada a través de las variables: Propiedad de la vivienda, número de cuartos, acceso al servicio de internet en casa, y número de personas con las que comparte el hogar

No se encontró relación significativa entre alguna de ellas y la detección tardía, ni con la edad gestacional al tiempo de la primera consulta prenatal. El porcentaje más alto de pacientes encuestadas vive con 2 personas, su pareja y su hijo. La mayoría de pacientes cuenta con servicio de internet en casa; y no se encontraron diferencias significativas entre grupos para las variables de propiedad de la vivienda ni de número de cuartos en la casa.

Ocupación actual y fuente de ingresos

Más del 60% de las pacientes encuestadas refirieron estar desempleadas o ser dependientes económicamente de otro miembro de la familia, principalmente de su cónyuge. Sin embargo, aunque la dependencia económica fue un factor representativo en la mayor parte de las pacientes, no fue posible asociarlo como un factor de impedimento para las pacientes que acuden de forma tardía a primera consulta prenatal.

Nivel de estudios y lengua indígena

No se encontró relación alguna entre el nivel de estudios de las pacientes y/o su pertenencia a un grupo indígena con la detección oportuna del VIH en el embarazo.

Mientras que ~70% de las pacientes contestaron tener niveles de secundaria o preparatoria incompletos, sólo una paciente de la muestra de pacientes encuestadas afirmó hablar una lengua indígena (el náhuatl).

Antecedentes de abuso de drogas y sexo-servicio

La minoría de las pacientes informó un consumo reciente de drogas (<5%); sólo una paciente mencionó el haber trabajado en el sexo servicio, por un periodo único de un mes y varios años antes del embarazo.

El consumo de alcohol fue positivo para más del 80% de las pacientes, sin embargo >80% de ellas refieren consumirlo con muy poca frecuencia, sólo en fiestas o con una regularidad menor a 1 vez por mes. Ninguno representativo.

Antecedentes Obstétricos

La edad de inicio de vida sexual, el tipo de relación y uso de preservativo en el primer encuentro sexual de la paciente, no influyó de manera directa en la detección oportuna o tardía del VIH en el embarazo; así como tampoco el tener o no pareja sexual estable, el uso de preservativo actualmente, ni el número de embarazos o abortos. Se encontró que el promedio de inicio de vida sexual activa para estas pacientes fue a los 15 años de edad, todas ellas con penetración de tipo vaginal y uso de preservativo en más del 50%.

Actualmente la mayor parte de las pacientes refiere tener una pareja sexual estable y uso de preservativos ocasional, conseguidos mayormente de forma gratuita ya sea en un centro de salud o en la CEC. Sólo el 23% de las pacientes se detectaron en el primer embarazo, el resto fueron pacientes multíparas, y el 72.3% nunca ha tenido un aborto. La planeación previa del embarazo sí fue un factor influyente para la atención temprana del embarazo a través de la primera consulta prenatal y a su vez de una detección oportuna del VIH.

Acceso a los servicios de salud

Se evaluó también el acceso a los servicios de salud como factor relevante para la atención oportuna del embarazo y detección oportuna del VIH.

La afiliación a los servicios de salud, el acceso gratuito a preservativos, la distancia entre el domicilio de la paciente y el centro de salud más cercano, la realización de prueba rápida para VIH por primera y última vez. El 68% de las pacientes reportó no estar afiliada a ningún servicio de salud, sin embargo, el 44% consigue preservativos a través de la Secretaría de Salud (centros de salud), y el 23% acudió allí por primera vez para hacerse una prueba de VIH, sin embargo, en la primera consulta prenatal el 50% de las instituciones no ofrecieron prueba rápida para VIH ni tampoco informaron escases de recursos a las pacientes.

Antecedentes de discriminación

El 13% de estas pacientes portadoras de VIH han sentido rechazo o discriminación por su condición médica, y ésta ha sido infringida por personas fuera de su círculo social más cercano y externas al personal de servicio público

XI Discusión

Se ha notado un incremento en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en las mujeres de edad reproductiva en los últimos años y una medida de control de esta infección y sus múltiples complicaciones se vería considerablemente prevenidas con la detección en este grupo etario.

Se encontraron únicamente 2 variables directamente relacionadas con la detección oportuna del VIH durante el embarazo en pacientes de la Clínica especializada condesa. Entre los factores socioeconómicos encontramos el lugar de residencia, que podría dificultar el acceso de las pacientes a los centros de Salud correspondientes a su zona, principalmente en las delegaciones Gustavo A. Madero y Magdalena Contreras que coincidentemente representan 2 de las poblaciones más grandes de este estudio, por lo cual parecen bastante relevantes e importantes para posteriores investigaciones. La edad promedio de las pacientes rebasa los 25 años, esto en conjunto con las edades tan distantes de testeo entre la primera y última prueba rápida de VIH puede sugerir que las pacientes que se realizan una prueba que resulta negativa en su juventud temprana pueden sentirse confiadas en sus primeros embarazos, y no realizarse otra hasta el momento que el personal de salud se lo sugiere.

Además, el personal de salud no menciona a las pacientes tener carencia de recursos, pero tampoco ofrece la prueba el 100% de las ocasiones. Las pacientes son entonces referidas a otras instituciones, por ejemplo, la clínica especializada condesa, razón por la cual el porcentaje de primeras pruebas es alto en la CEC. Las campañas gratuitas de tipo feria de la salud son efectivas para lograr que el grueso de la población detecte padecimientos como el VIH, sin embargo, el personal de salud debe hacer hincapié en la importancia de realizar la prueba de VIH en el primer trimestre del embarazo, independientemente de si la clínica cuenta con los recursos necesarios o esta prueba se debe realizar en otra institución. Tampoco se debe omitir la realización de la prueba por tener alguna prueba antigua negativa o no reactiva, y/o embarazos múltiples sin detección de virus del VIH.

Otras variables de acceso a los recursos, como el nivel socioeconómico, la dependencia conyugal, el acceso a internet, el tamaño y propiedad de la vivienda, el nivel educativo y la relación a comunidades indígenas no se ha visto involucradas como factores de relación directa en este estudio, sin embargo, en estudios posteriores con tamaños de muestra mayores podrían ser variables más representativas pues su incidencia en estos casos ha sido muy baja.

En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos de importancia se encontró que existe una correlación significativa entre la planificación del embarazo y la detección temprana del embarazo, que a su vez traduce en una atención más temprana del embarazo y una detección del VIH más oportuna. Encontrar pacientes con embarazos previos es común en esta población, el número de embarazos, de abortos, la edad de inicio de vida sexual y el uso de preservativos no arrojó resultados contundentes que pudieran relacionarse con una atención oportuna del embarazo ni de detección del VIH.

Las toxicomanías y el antecedente de sexo servicio fueron muy poco presentes en estas pacientes, posiblemente por la frecuencia con la que las sexoservidoras y consumidores de drogas inyectables se realizan pruebas para descartar ETS. Se recomienda corroborar esto en estudios más amplios que involucren específicamente a estas poblaciones de riesgo.

El acceso a los servicios de salud reveló que las pacientes suelen acudir a los centros de salud para obtener tanto pruebas VIH de forma gratuita -si las hay-, como preservativos, sin embargo, informan no estar inscritas a algún tipo de seguridad social por parte de la SSA ni de otros desde que se disolvió el llamado “seguro popular”. La distancia de sus hogares hasta los servicios de salud como ya se mencionó anteriormente influyó directamente para que las pacientes pudieran desplazarse y obtener la atención adecuada en el tiempo indicado.

Por último, se evaluó el grado de discriminación que han sufrido estas pacientes, posterior a su diagnóstico. Es relevante considerar que estas pacientes pueden y suelen sufrir de rechazo y discriminación, razón por la cual el personal de salud debe estar atento a las necesidades psicológicas y emocionales para que el acceso a las pruebas de tamizaje sea menos estigmatizado tanto por las pacientes como por sus allegados e incluso por el mismo personal de salud.

Se insta a investigadores y dirigentes de los programas de salud pública a continuar con la evaluación de estos parámetros a través del tiempo y en poblaciones más grandes, para alcanzar una mejora significativa en la atención a la mujer embarazada con y sin diagnóstico de VIH.

XII Conclusiones

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sus estadios más avanzados con graves repercusiones en la salud, denominados SIDA, son un problema de salud pública que aqueja a la población mundial. Su reducción se ha propuesto como meta en los diferentes niveles de organización gubernamental, desde centros de salud hasta organizaciones mundiales como la ONU o la OMS.

Las consecuencias de un diagnóstico tardío tienen repercusiones a nivel clínico, emocional y social tanto para el feto como para la madre, desde el desarrollo de SIDA en menos de un año para el 33% de las pacientes con diagnóstico tardío, hasta altas tasas de transmisión materno-fetal por la falta de tratamiento oportuno para conseguir una carga viral indetectable y de aplicación de medidas preventivas que sólo se podrán utilizar cuando las gestantes se saben infectadas, como lo son la contraindicación de la lactancia materna, profilaxis intraparto, cesárea electiva, tratamiento al recién nacido, entre otras.

A pesar de los esfuerzos para lograr dichas metas, aún existen algunos factores que dificultan el acceso oportuno a la detección y tratamiento de la infección por VIH. En el presente estudio, se encontró que el 31.6% de las pacientes no tienen acceso a internet en sus hogares y la mayoría de ellas (52.6%) dependen económicamente de su pareja para vivir; también se observó que la distancia que tienen entre su casa y el centro de salud más cercano específicamente en algunas alcaldías como Gustavo A. Madero y Magdalena contreras, dificulta el acceso a los servicios de Salud, lo que a su vez retrasa una detección oportuna de esta y cualquier otra comorbilidad e incluso complicaciones que pueda ocurrir durante el embarazo.

Se comprobó estadísticamente que los hay factores económicos que dificultan el proceso de detección oportuna en las pacientes, pues el 68% de ellas indicó que no contaban con ningún tipo de seguro de gastos médicos privado o público y que recurrían a las instituciones gratuitas para conseguir los insumos necesarios en su planificación familiar (instituciones que para algunas de ellas no eran de fácil acceso). Dentro ya de establecimientos que se encargan del control prenatal, se reportaron muchos casos de pacientes a las que ni siquiera se les ofreció prueba de detección rápida de VIH, en desacuerdo con la legislación actual mexicana que demanda aplicación de prueba para VIH en el 100% de pacientes embarazadas. Se desconoce la causa de este hecho, pero se presume que pueda ser por la escases de recursos que vive el sector salud en México actualmente, así como también la poca importancia que se le pudiera dar a las pruebas de tamizaje en algunas ocasiones, la carga de trabajo que excede a las demandas poblacionales hacia el personal médico, y el cambio de normatividad desde “población de alto riesgo” hacia la totalidad de mujeres embarazadas. Esta incógnita se deja abierta para futuras investigaciones que puedan realizarse dentro del personal mismo del sector salud.

Por otro lado, no sólo la cuestión económica afecta las pacientes en edad reproductiva que viven con VIH, como variables culturales de importancia pudimos observar que el 71% de las pacientes no planificaron el embarazo e incluso un grupo de ellas se supo embarazada posterior al periodo que comprende el primer trimestre de su embarazo.

Las campañas de educación sexual y planificación familiar si bien han mejorado a lo largo de los años en nuestro país, aún tienen un largo periodo que recorrer y existen aún situaciones que enfatizar para poder concientizar las consecuencias de un embarazo no planeado. Dentro de ellas, la desestigmatización del VIH, pues aún existen casos como se ha reportado en este estudio, de pacientes que sufren acoso laboral, agresiones tanto verbales como físicas y sobre todo discriminación por parte de la sociedad e incluso del mismo personal médico por el mismo hecho de vivir con VIH. Este hecho dificulta en sí, que más pacientes acudan sin miedo a realizarse pruebas constantes para detección de VIH, sobre todo quienes han tenido contactos de riesgo, pero temen ser discriminadas por resultar con una prueba positiva.

XII Bibliografía

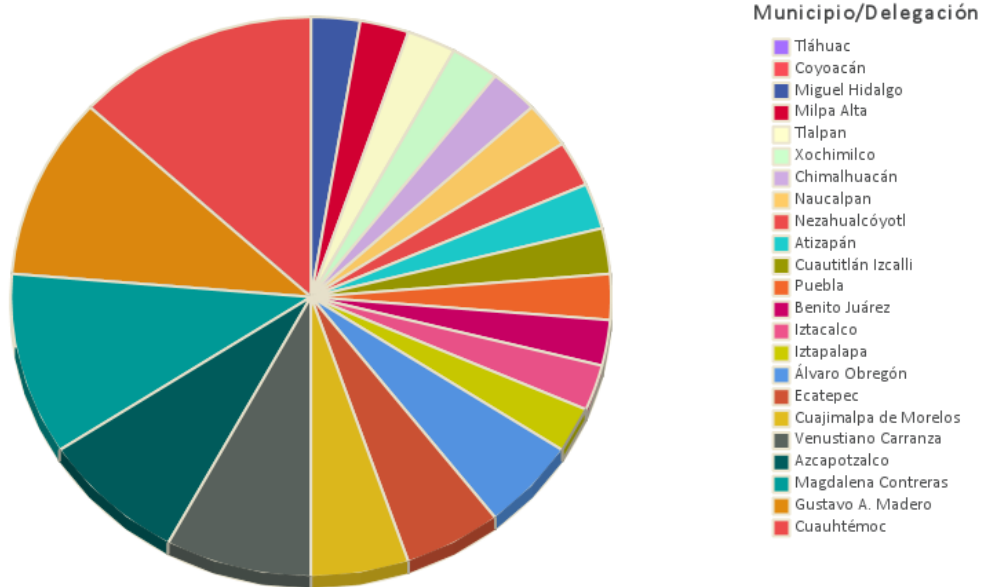
1. Norma Oficial Mexicana 007 NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida – 2016
2. CENSIDA. (2018). Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (Informe GAM) (2018 ed., enero-diciembre 2017). Ciudad de México, México: www.gob.mx/censida.
3. Norma Oficial Mexicana 010 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana – 1993.
4. Valdés R. Enrique (2002). VIH-SIDA Y Embarazo: Actualización Y Realidad En Chile. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 67(2), 160-166.
doi 10.4067/s0717-75262002000200016
5. Espinoza Zúñiga, G. (2017). GPC SSA-067-08 Prevención, diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por VIH en el primer nivel de atención (2nd ed.). Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
6. Herrera Cristina, Campero Lourdes - La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios de tema. - *Salud pública de México / vol.44, no.6, noviembre-diciembre de 2002*
<http://www.insp.mx/salud/index.html>
7. Lisa Keenan-Lindsay – HIV screening in pregnancy – SOGC Clinical Practice Guideline – December 2006; 28(12):1103–1107
8. Plazola-Camacho Noemí Guadalupe, Federico Javier Ortiz-Ibarra - Veinte años de experiencia en el manejo de la mujer embarazada infectada por VIH/SIDA en el Instituto Nacional de Perinatología - *Boletín Médico del Hospital Infantil de México - Vol. 66, julio-agosto 2009.*
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n4/v66n4a9.pdf>
9. Kumate Rodríguez, J., Gutiérrez Trujillo, G., Muñoz Hernández, O., Santos Preciado, J. I. Solórzano Santos, F., & Miranda Novales, M. G. (2008). *Infectología Clínica Kumate-Gutierrez* (13th ed.). Ciudad de México: Méndez Editores.
10. Guía de Práctica Clínica para la Atención Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2008.
11. Hoyos, Juan, Fuente, Luis de la, Fernández, (2012). La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? *Gaceta Sanitaria*, 26(2),131-137.

12. Tamil Kendall - Consequences of Missed Opportunities for HIV Testing during Pregnancy and Delayed Diagnosis for Mexican Women, Children and Male Partners - PLOS ONE – November 2014 | Volume 9 | Issue 11 | e109912
13. Austin T, Traversy GP, Ha S, Timmerman K. Canadian and international recommendations on the frequency of HIV screening and testing: A systematic review. *Can Commun Dis Rep.* 2016 Aug 4;42(8):161-168.
doi: 10.14745/ccdr.v42i08a03.
14. Figueroa-Hernández, Gustavo, & Uriostegui-Espíritu, Lizbeth Carlota, & Delgado-Quiñones, Edna Gabriela (2016). Detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(1),52-57.
15. Alexandra Martin-Onraët Patricia Volkow-Fernández - Late Diagnosis Due to Missed Opportunities and Inadequate Screening Strategies in HIV Infected Mexican Women – *AIDS Behav.* 2017 Feb;21(2):505-514.
doi: 10.1007/s10461-016-1560-1
16. Daniel Aguilar-Zapata, MD, Alicia Piñeirua-Menéndez, MD, MPh - Sociodemographic differences among HIV-positive and HIV-negative recently pregnant women in Mexico City – *Medicine* (2017) 96:27
doi.org/10.1097/MD.00000000000007305
17. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica SS-067-08 – Prevención, diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por VIH en el primer nivel de atención – México –CENETEC 2017.
18. Huamán B, Gushiken A, Benites C, Quiroz F, Garcia-Fernández L. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(4):627-32.
doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.2725
19. Posadas-Robledo Francisco Javier. Embarazo y VIH ¿Indicación absoluta de cesárea?. *Ginecología y obstetricia de México.* 2018 junio;86(6) 374 – 382.
doi.org/10.24245/gom.v86i6.2018
20. Meza Rodríguez MP, Morales SG – Niveles de estrés en pacientes mexicanas embarazadas seropositivas al VIH – *Perinatología y Reproducción Humana.* 2018;32(4):155---159
dio.org/10.1016/j.rprh.2018.08.004
21. Álvarez-Carrasco R, Espinola-Sánchez M, AnguloMéndez F, Cortez-Carbonell L, Limay-Rios A. Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Ginecología y Obstetricia de México.* 2018 febrero;86(1):108-116.
doi.org/10.24245/gom.v86i2.1900

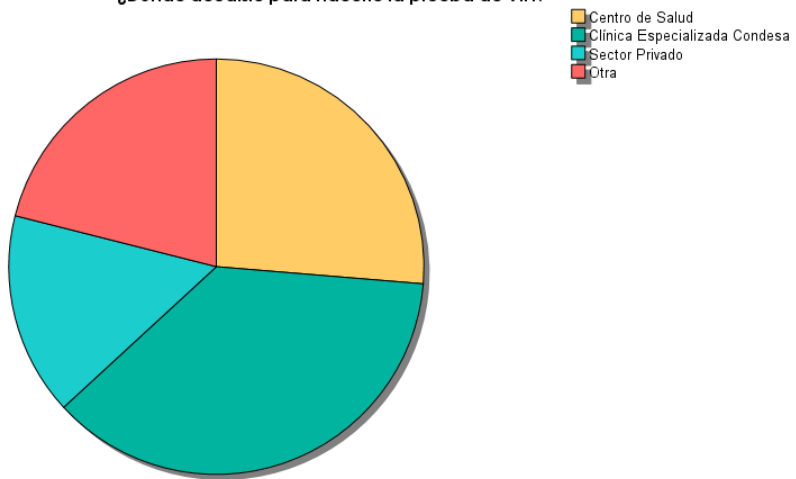
22. Dra. M López, Dra. A Goncé, Dra. C Esteve, Dra. L García Dra.C Fortuny, Dr. JM Pérez Dra. M Loncà – Infección por VIH y Gestación – Centro de Medicina Materno Fetal y Neonatal de Barcelona – Diciembre 2014 – www.medicinafetalbarcelona.org
23. Paul E Sax, MD – Screening and diagnostic testing for HIV infection – UpToDate – Semptiembre 2020
<https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/screening-and-diagnostic-testing-for-hivinfection>
24. UNAIDS Data 2017.
https://www-unaid-org.pbidi.unam.mx:2443/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
25. CENSIDA, UNAM, UPEIS – Estudio: Causales críticas asociadas a la transmisión vertical del VIH y Sífilis Congénita – Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida – Agosto 2014
26. Krawczyk, C. S., Funkhouser, E., Kilby, J. M., & Vermund, S. H. (2006). Delayed access to HIV diagnosis and care: Special concerns for the Southern United States. *AIDS care*, 18 Suppl 1(Suppl 1), S35–S44.
doi.org/10.1080/09540120600839280
27. Bautista-Arredondo S, Servan-Mori E, Beynon F, González A, Volkow P. A tale of two epidemics: gender differences in socio-demographic characteristics and sexual behaviors among HIV positive individuals in Mexico City. *Int J Equity Health*. 2015 Dec 16;14:147.
[doi: 10.1186/s12939-015-0286-4](https://doi.org/10.1186/s12939-015-0286-4). PMID: 26671333; PMCID: PMC4681055.
28. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica SS-246-12 – Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio Madre - Hijo con infección por VIH – México –CENETEC 2016.

Índice de Gráficos

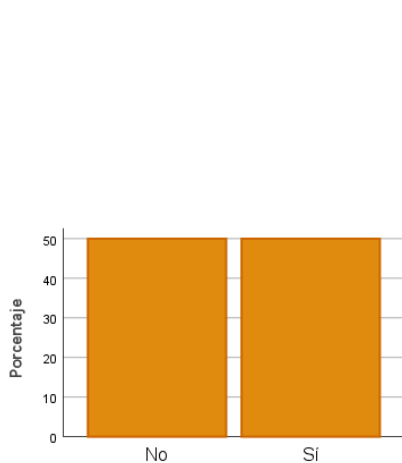
Gráfico circular Recuento de Municipio/Delegación



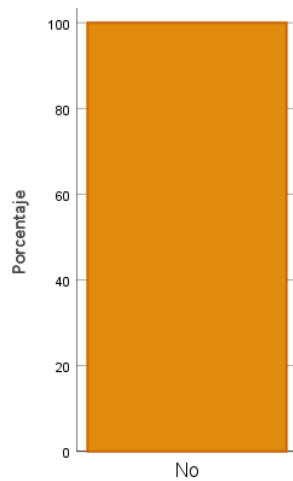
¿Dónde acudiste para hacerte la prueba de VIH?



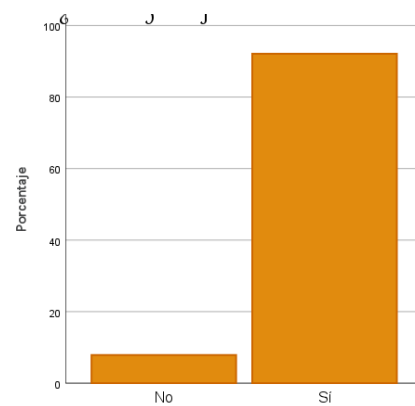
Índice de Tablas



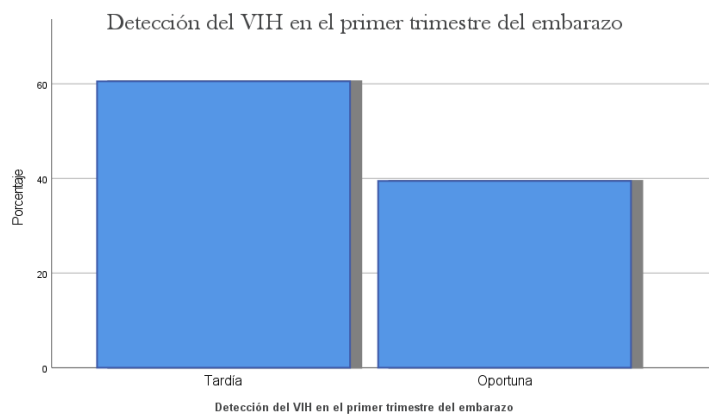
Durante su primera consulta médica de control prenatal, ¿Le ofrecieron prueba rápida de detección de VIH?

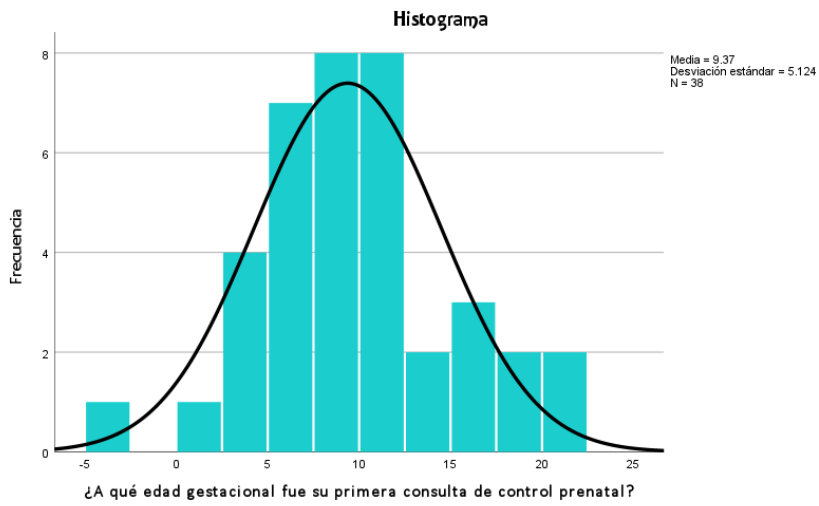


¿En algún momento le dijeron que no habían recursos para realizarle la prueba?



¿Le realizaron prueba de VIH?

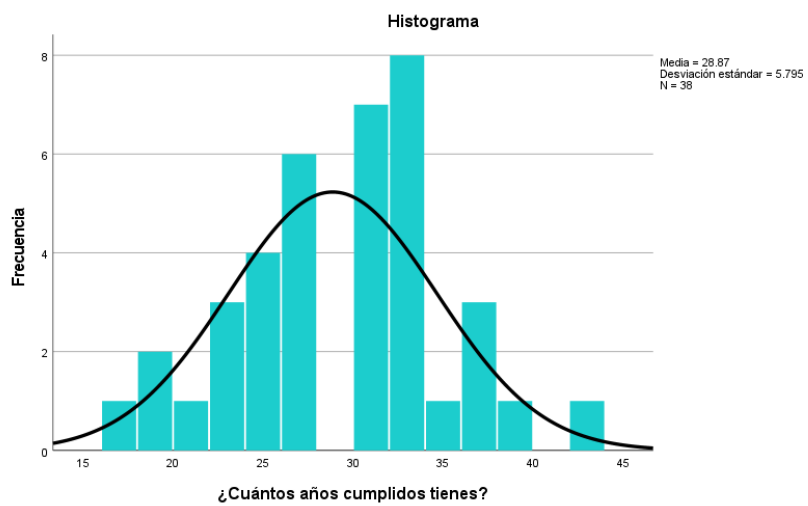




Estadísticos

¿Cuántos años cumplidos tienes?

N	Válido	38
	Perdidos	0
Media		28.87
Error estándar de la media		.940
Mediana		30.00
Moda		30
Desv. Desviación		5.795
Varianza		33.577
Rango		26
Mínimo		17
Máximo		43
Suma		1097



Correlaciones

		¿Cuántos años cumplidos tienes?	Detección del VIH en el primer trimestre del embarazo
¿Cuántos años cumplidos tienes?	Correlación de Pearson	1	-.057
	Sig. (bilateral)		.735
	N	38	38
Detección del VIH en el primer trimestre del embarazo	Correlación de Pearson	-.057	1
	Sig. (bilateral)	.735	
	N	38	38

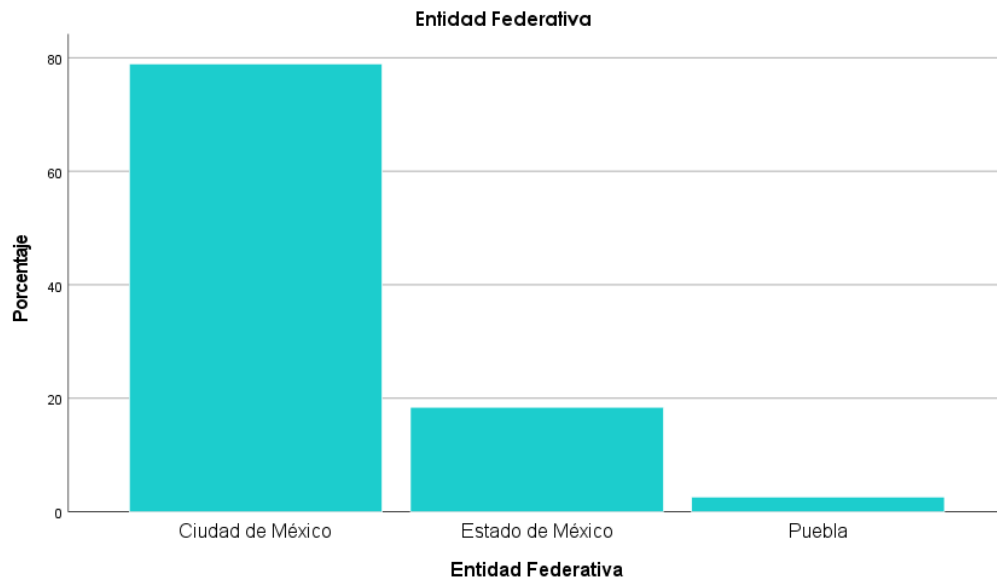
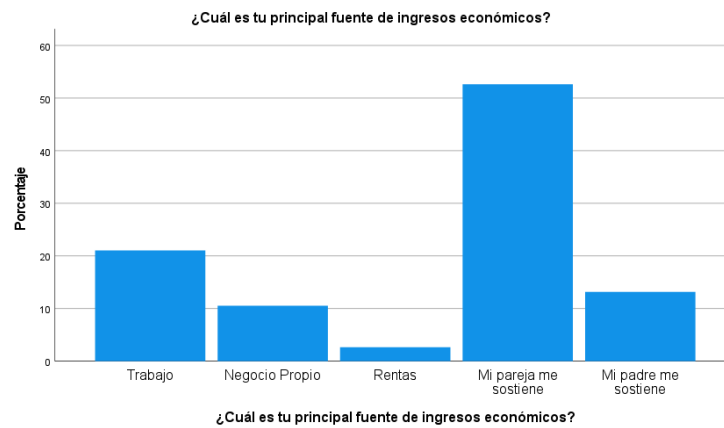
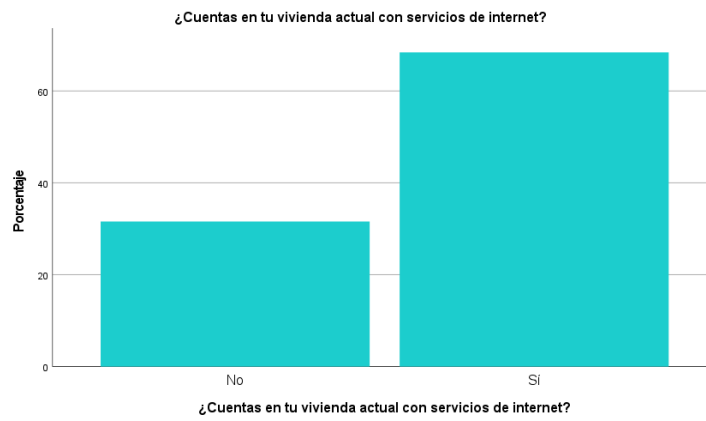
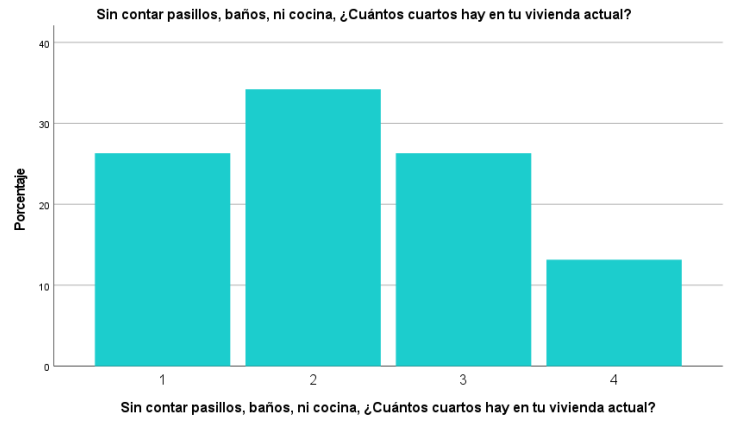
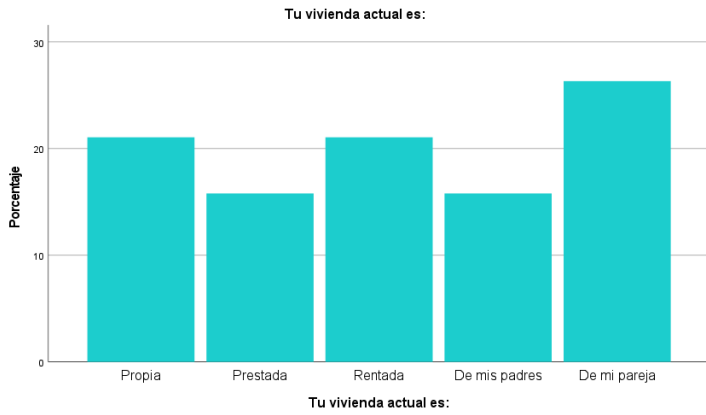
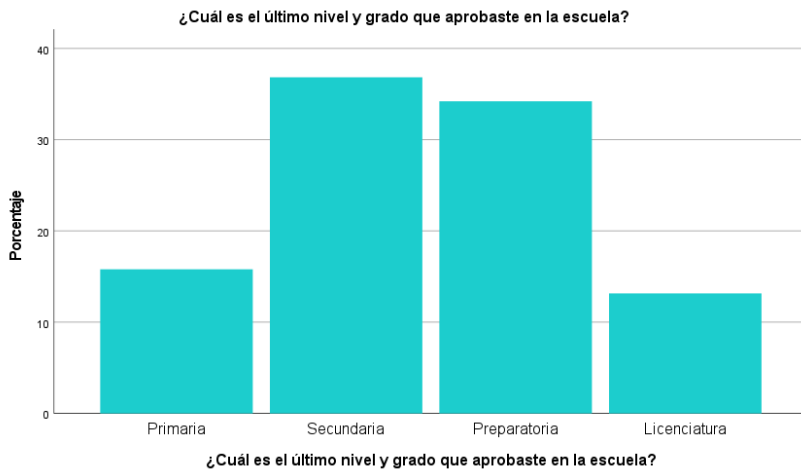


Tabla cruzada Municipio/Delegación*Su unidad de atención médica al que ud. acudía a control prenatal, ¿A qué distancia estaba de su domicilio?

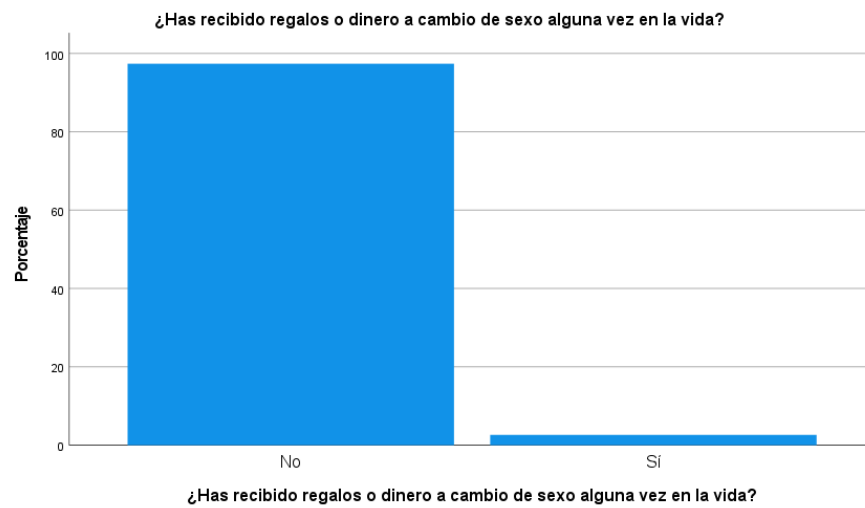
		Su unidad de atención médica al que ud. acudía a control prenatal, ¿A qué distancia estaba de su domicilio?				Total
Municipio/Delegación		<1 km	1-5 km	>5 km	Desconoce	
	Álvaro Obregón	0	1	1	0	2
	Azcapotzalco	0	2	1	0	3
	Benito Juárez	0	0	0	1	1
	Cuajimalpa de Morelos	0	1	1	0	2
	Cuauhtémoc	2	1	2	0	5
	Gustavo A. Madero	0	1	3	0	4
	Iztacalco	0	0	0	1	1
	Iztapalapa	0	0	1	0	1
	Magdalena Contreras	1	0	3	0	4
	Miguel Hidalgo	0	1	0	0	1
	Milpa Alta	1	0	0	0	1
	Tlalpan	1	0	0	0	1
	Venustiano Carranza	1	1	1	0	3
	Xochimilco	1	0	0	0	1
	Ecatepec	1	1	0	0	2
	Chimalhuacán	0	1	0	0	1
	Naucalpan	0	1	0	0	1
	Nezahualcóyotl	1	0	0	0	1
	Atizapán	0	1	0	0	1
	Cuautitlán Izcalli	0	0	1	0	1
	Puebla	0	1	0	0	1
	Total	9	13	14	2	38

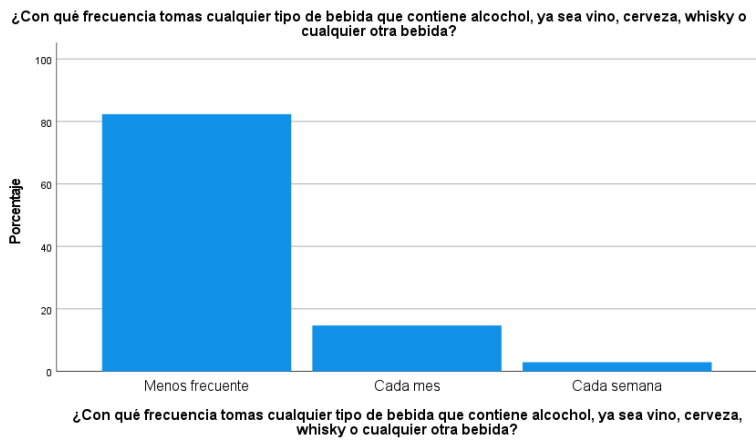
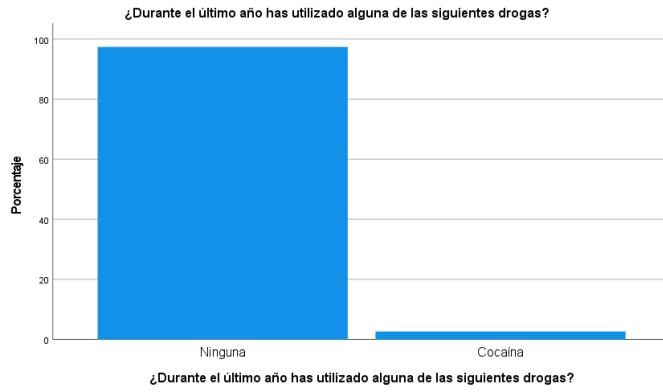


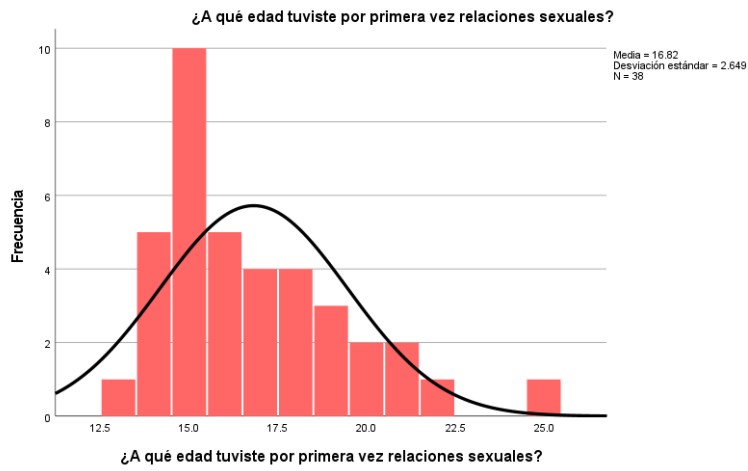


¿Cuál es el último nivel y grado que aprobaste en la escuela?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	6	15.8	15.8	15.8
	Secundaria	14	36.8	36.8	52.6
	Preparatoria	13	34.2	34.2	86.8
	Licenciatura	5	13.2	13.2	100.0
	Total	38	100.0	100.0	





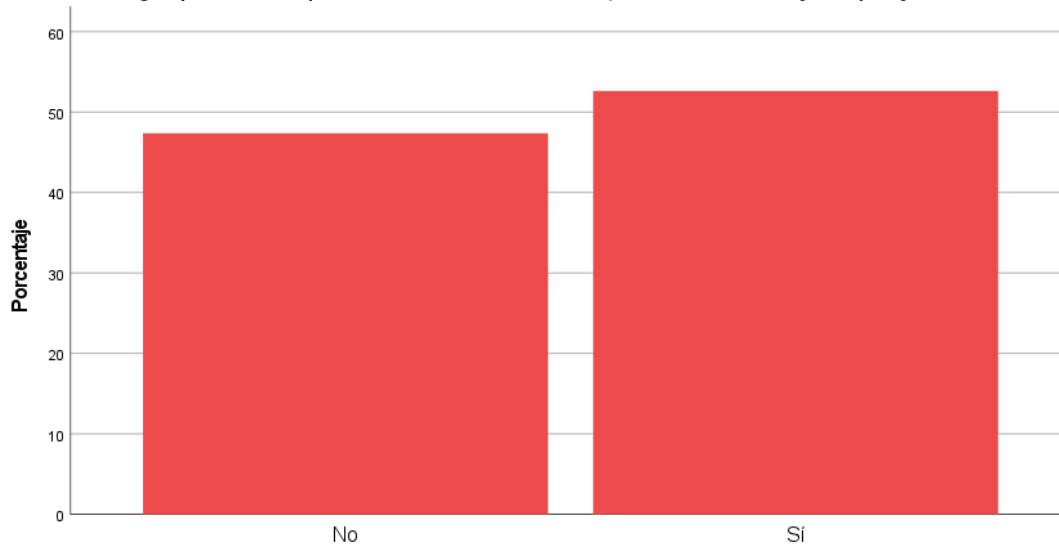


¿Tu primera relación sexual fue con penetración anal, vaginal o con sexo oral?

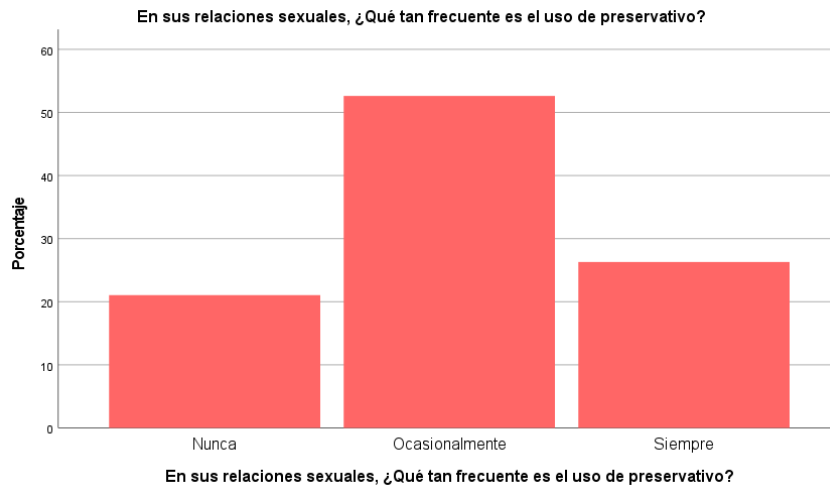
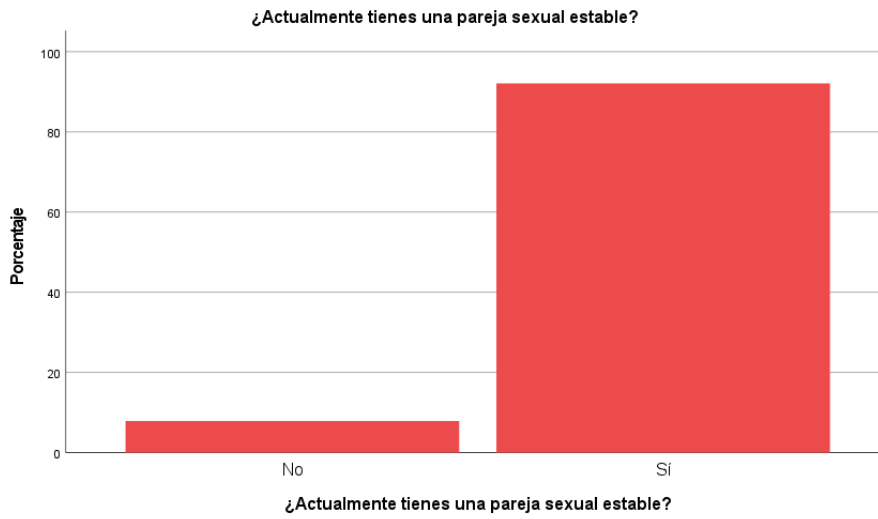
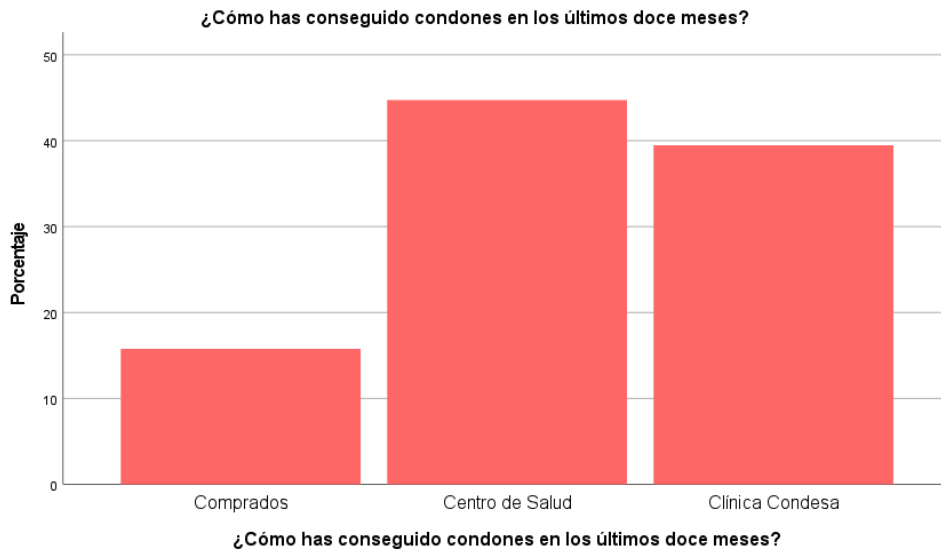


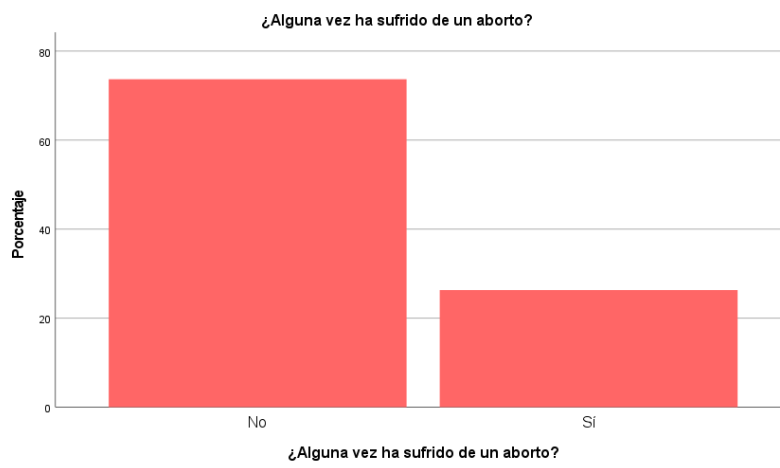
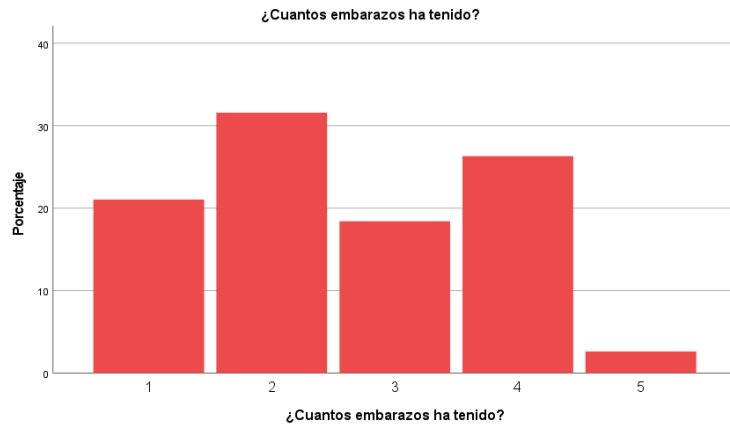
¿Tu primera relación sexual fue con penetración anal, vaginal o con sexo oral?

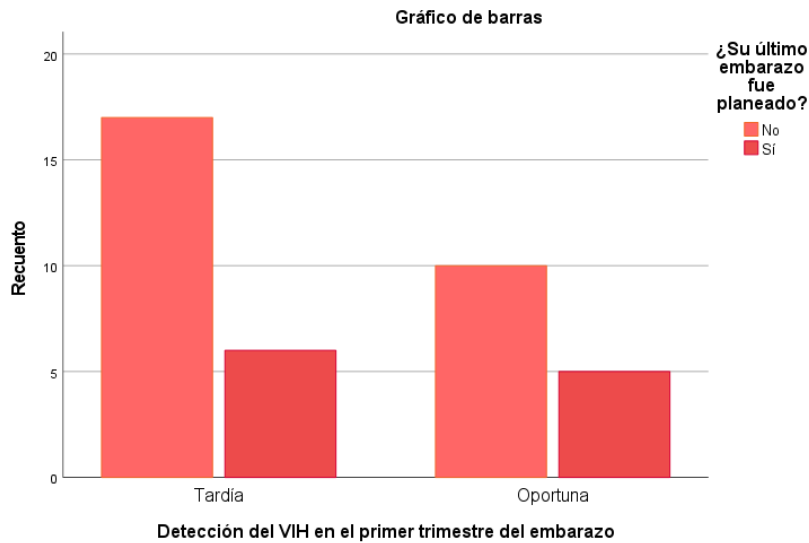
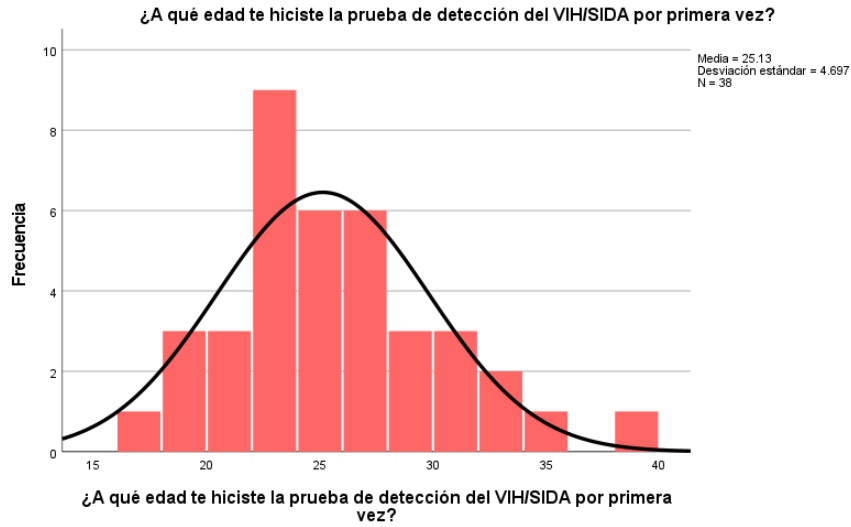
¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaron condón tu y/o tu pareja?



¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaron condón tu y/o tu pareja?







¿Su último embarazo fue planeado?

	N	%
No	27	71.1%
Sí	11	28.9%

¿En algún momento le dijeron que no habían recursos para realizarle la prueba?

	N	%
No	38	100.0%

¿Cómo has conseguido condones en los últimos doce meses?

	N	%
Comprados	6	15.8%
Centro de Salud	17	44.7%
Clínica Condesa	15	39.5%

¿Dónde acudiste para hacerte la prueba de VIH?

	N	%
Centro de Salud	9	23.7%
Clínica Especializada Condesa	13	34.2%
Sector Privado	7	18.4%
Otra	9	23.7%

¿Tú estás afiliado(a) o inscrito(a) a los servicios de médicos?

	N	%
Ninguno	26	68.4%
SSA	3	7.9%
Seguro Popular	7	18.4%
Otro	2	5.3%

Su unidad de atención médica al que ud. acudía a control prenatal, ¿A qué distancia estaba de su domicilio?

	N	%
<1 km	9	23.7%
1-5 km	13	34.2%
>5 km	14	36.8%
Desconoce	2	5.3%

¿A dónde acudiste para hacerte la prueba de VIH por última vez?

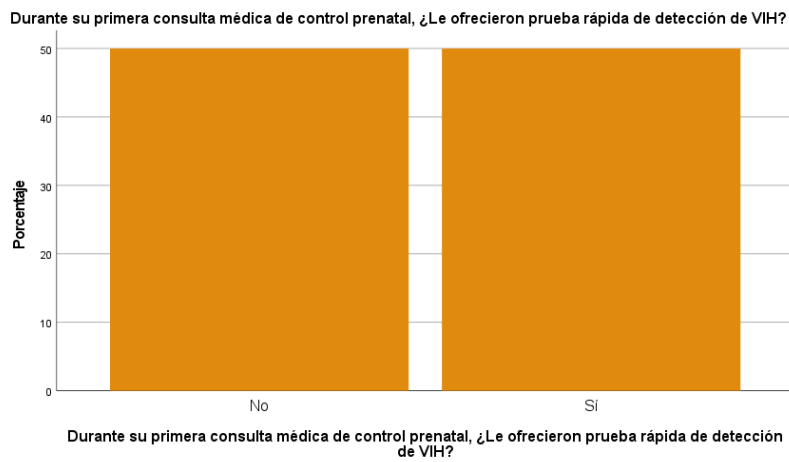
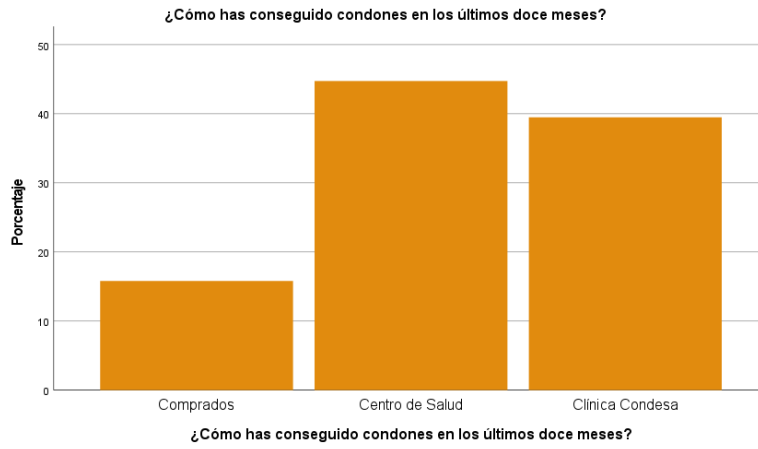
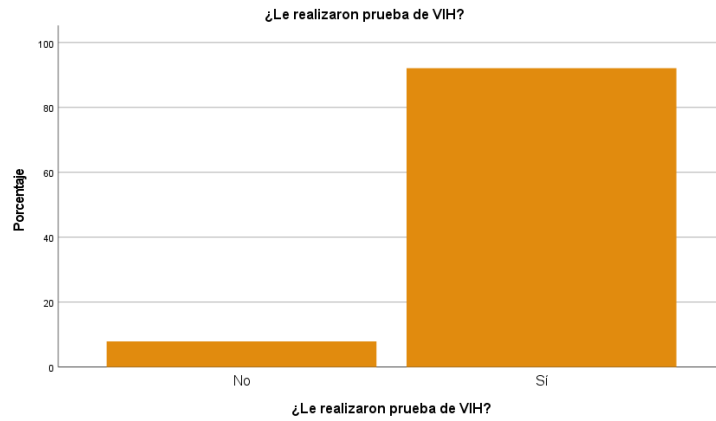
	N	%
Centro de Salud	1	2.6%
Clínica Especializada Condesa	36	94.7%
Sector Privado	1	2.6%

Durante su primera consulta médica de control prenatal, ¿Le ofrecieron prueba rápida de detección de VIH?

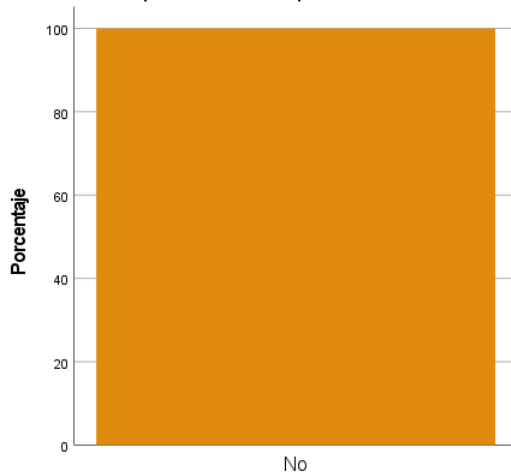
	N	%
No	19	50.0%
Sí	19	50.0%

¿Le realizaron prueba de VIH?

	N	%
No	3	7.9%
Sí	35	92.1%

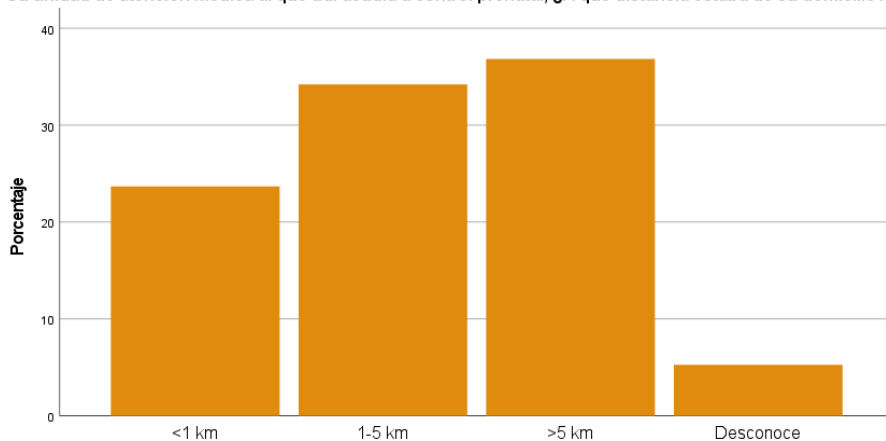


¿En algún momento le dijeron que no habian recursos para realizarle la prueba?



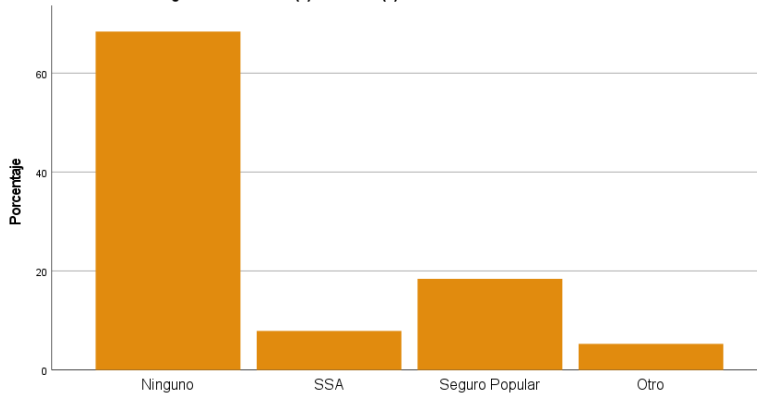
¿En algún momento le dijeron que no habian recursos para realizarle la prueba?

Su unidad de atención médica al que ud. acudia a control prenatal, ¿A qué distancia estaba de su domicilio?

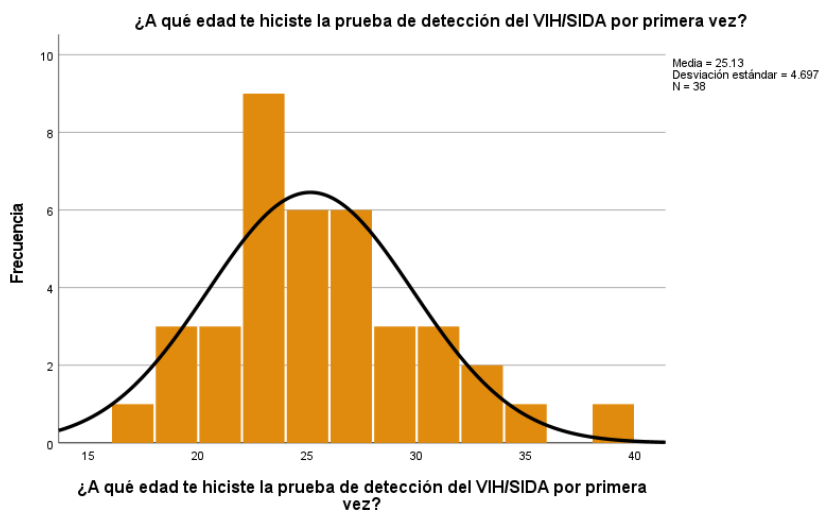
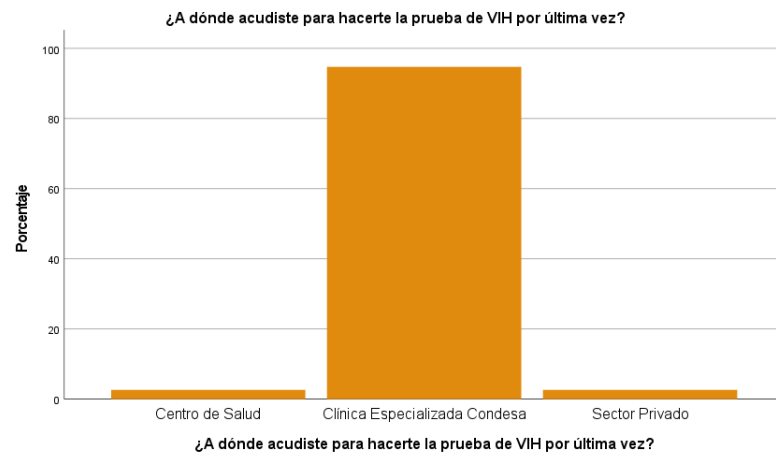
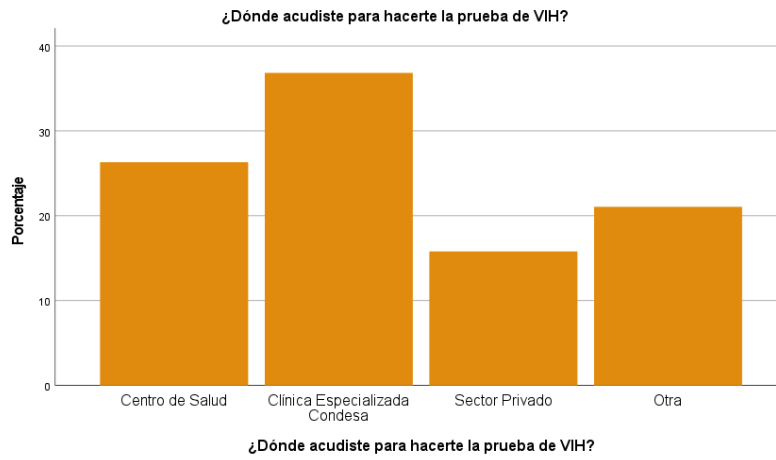


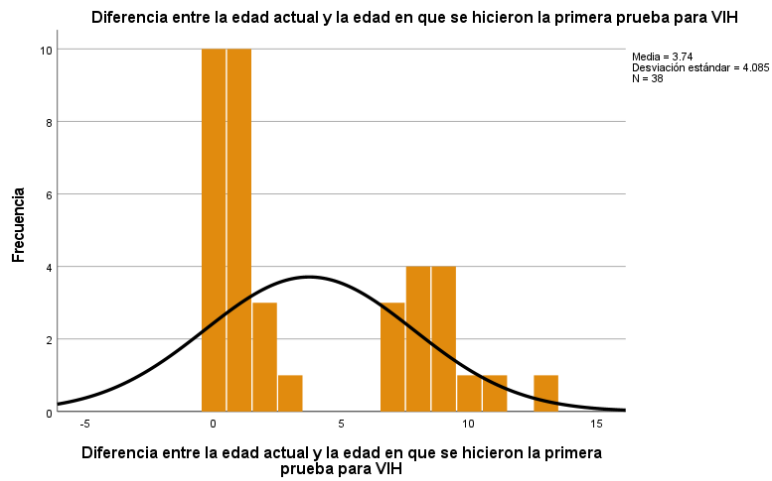
Su unidad de atención médica al que ud. acudia a control prenatal, ¿A qué distancia estaba de su domicilio?

¿Tú estás afiliado(a) o inscrito(a) a los servicios de médicos?



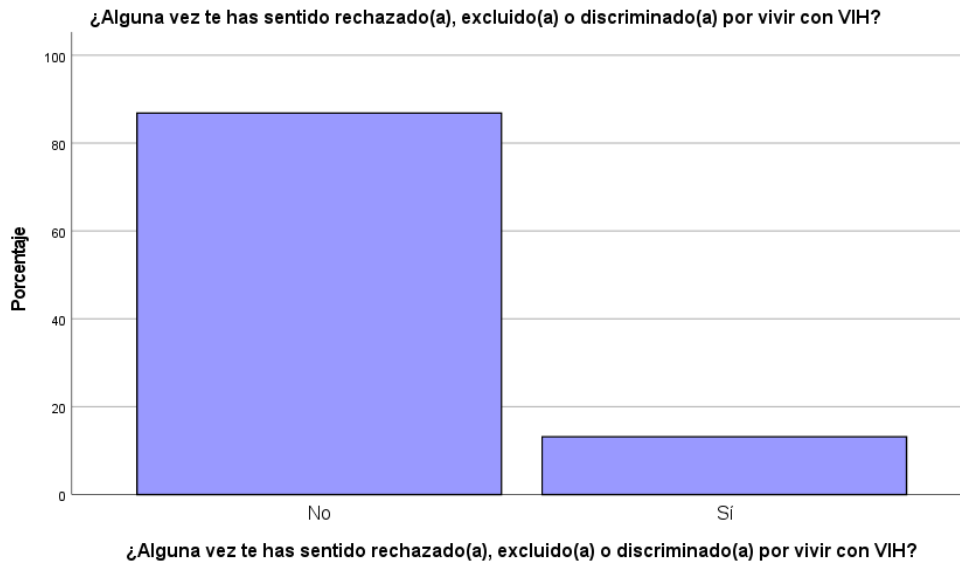
¿Tú estás afiliado(a) o inscrito(a) a los servicios de médicos?





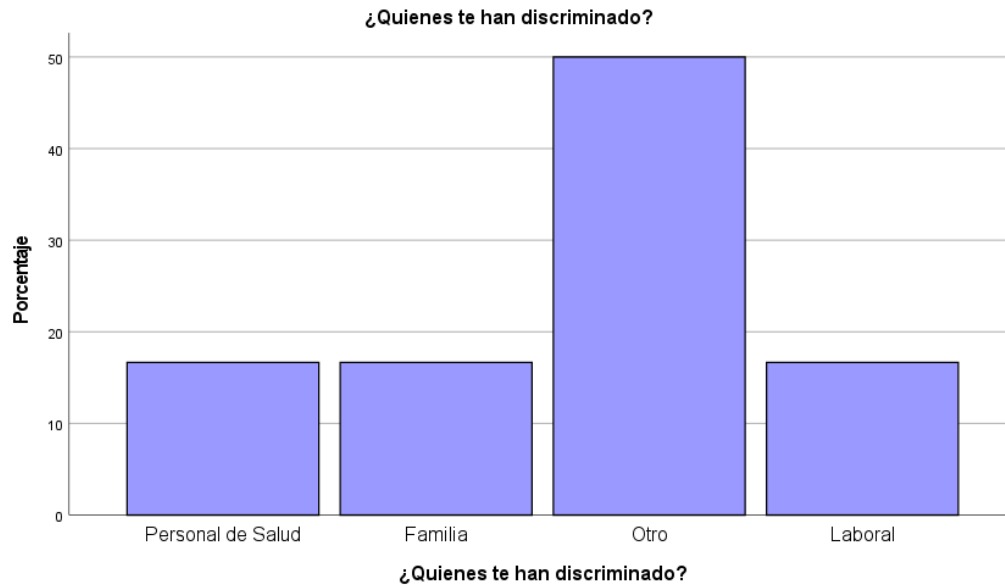
¿Alguna vez te has sentido rechazado(a), excluido(a) o discriminado(a) por vivir con VIH?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	33	86.8	86.8	86.8
	Sí	5	13.2	13.2	100.0
	Total	38	100.0	100.0	



¿Quiénes te han discriminado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Personal de Salud	1	2.6	16.7	16.7
	Familia	1	2.6	16.7	33.3
	Otro	3	7.9	50.0	83.3
	Laboral	1	2.6	16.7	100.0
	Total	6	15.8	100.0	
Perdidos	Sistema	32	84.2		
Total		38	100.0		



Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Nombre del Paciente (iniciales):

Sitio:

Entidad Federativa:

Folio:

Municipio o delegación:

La clínica especializada la condesa con apoyo de la secretaria de salud y en especial del hospital general Dr. Enrique Cabrera, está haciendo un estudio para conocer los factores asociados a las fallas en la detección oportuna de la detección de VIH en las mujeres embarazadas. La información que usted nos proporcione servirá para estudio del protocolo de investigación. Usted contestará éste cuestionario, aunque debe de pedirle apoyo en todo momento al entrevistador.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a contestar una, varias o todas las preguntas.

Quizá usted no se beneficie directamente de éste estudio, pero al responder ayudará a que sean más útiles los programas de salud en ésta área. Su nombre no será registrado como parámetro de confidencialidad.

Todas las respuestas son anónimas, confidenciales y quedarán guardadas con una clave en las computadoras de la clínica especializada la condesa donde sólo se podrán abrir por el personal que maneja las bases de datos y los investigadores responsables.

El comité de ética de la secretaria de salud, clínica especializada la condesa y el Hospital Dr. Enrique Cabrera ha revisado éste estudio.

Si tienes cualquier duda o pregunta con respecto al estudio, puedes comunicarte con el responsable de éste proyecto, el Dr. Marco A. Díaz Guzmán, a través del correo electrónico: dr_mdiaz@outlook.com

Anexo 1. Cuestionario de mujer embarazada

Sección A. Datos Socioeconómicos

¿Cuántos años cumplidos tienes?

¿En qué estado de la República Mexicana naciste?

Tu vivienda actual es:

- a) propia.
- b) prestada.
- c) rentada.
- d) de mis padres.
- e) de mi pareja.

Sin contar pasillos, baños ni cocina, ¿cuántos cuartos hay en total en tu vivienda actual?

¿Cuentas en tu vivienda actual con servicios de internet?

¿Con cuántas personas compartes tu vivienda actual?

¿Con quién o quiénes compartes tu vivienda actual?

- a. Pareja
- b. Hijos
- c. Suegros
- d. Padres
- e. Alguien más

¿hablas alguna lengua indígena?

¿Qué lengua indígena hablas?

¿Cuál es el último nivel y grado que aprobaste en la escuela?

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Preparatoria
- d. Licenciatura
- e. Ninguno

¿Actualmente cuál es tu ocupación principal?

- a. Desempleado
- b. Estudiante
- c. Comerciante
- d. Otro

¿Cuál es tu principal fuente de ingresos económicos?

- a. Trabajo
- b. Negocio propio
- c. Rentas
- d. Mi pareja me sostiene
- e. Mi padre me sostiene
- f. Otro

Sección B. Sexualidad y Factores de riesgo

¿A qué edad tuviste por primera vez relaciones sexuales?

¿Tu primera relación sexual fue con penetración anal o vaginal o con sexo oral?

¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaron condón tú y/o tu pareja?

¿Cómo has conseguido condones en los últimos doce meses?

Comprados

Regalados por

- a. Familiar, conocido, amigo
- b. Centro de salud
- c. Otro

¿Actualmente tienes una pareja sexual estable?

En sus relaciones sexuales, ¿qué tan frecuente es el uso de preservativo?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente
- c) Nunca

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿Alguna vez ha sufrido de un aborto?

- a) Espontáneo
- b) Inducido con atención médica.
- c) Inducido sin atención médica
- d) Otro
- e) No.

¿su último embarazo fue planeado?

Durante su último embarazo, ¿a los cuántos meses se dio cuenta que estaba embarazada

¿A qué las cuantas semanas fue su primera consulta de control prenatal?

Durante su primera consulta médica de control prenatal, ¿le ofrecieron prueba rápida de detección de VIH?

¿Le realizaron prueba de VIH?

o ¿en algún momento le dijeron que no había recursos para realizarle la prueba?

¿Durante el último año has utilizado alguna de las siguientes drogas?

- a) Marihuana
- b) Inhalantes
- c) Cocaína
- d) Crack
- e) Otros
- f) Ninguna.

¿Has consumido alguna vez cualquier bebida que contenga alcohol?

¿Con qué frecuencia tomas cualquier tipo de bebida que contiene alcohol, ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?

- a) Diario
- b) Cada semana
- c) Cada mes
- d) Otra
- e) Nunca.

Sección C. Acceso a insumos y servicios de salud

Su unidad de atención médica al que Ud. Acudía a control prenatal, ¿a qué distancia estaba de su domicilio?

- a) Menos de 1km
- b) Entre 1 y 5 km
- c) Más de 5 km
- d) Desconoce

¿Tú estás afiliado(a) o inscrito(a) a los servicios médicos?

- a) IMSS
- b) SSA
- c) ISSSTE
- d) Seguro privado.
- e) Otro

Si tienes SSA, ¿a cuál centro de salud acudiste durante el comienzo de tu embarazo?

¿A qué edad te hiciste la prueba de detección del VIH/SIDA por primera vez?

¿Dónde acudiste para hacerte la prueba de VIH?

Sección D. Violencia, Estigma y Discriminación

¿Alguna vez te has sentido rechazado, excluido o discriminado por vivir con VIH?

¿En qué forma has sentido este rechazo, exclusión o discriminación?

- a) Aislamiento
- b) Amenazas
- c) Violencia física
- d) Violencia sexual
- e) Violencia verbal
- f) Negación de algún servicio de salud
- g) Otro

¿A dónde acudiste para hacerte la prueba de VIH por última vez?

- a) Clínica condesa
- b) Centro de salud
- c) Medio privado
- d) Otro

¿Te explicaron los resultados de tu última prueba?

Anexo 2

Glosario / Abreviaturas

CAPACITS: Centro ambulatorio para la atención y prevención del SIDA e infecciones de transmisión sexual.

CDC: Center for Diseases Control and Prevention / Centro para el control y prevención de enfermedades.

CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA.

CNEGSR: Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva.

CV: Carga viral.

ELISA: enzyme-linked immunoassay / Enzimo Inmunoanálisis de Adsorción.

Especificidad: probabilidad que un sujeto sano tenga un resultado negativo de una prueba. Porcentaje de verdaderos negativos

GPC: Guía de práctica clínica.

HAART: Highly active antiretroviral therapy / Terapia antiretroviral de gran actividad.

SAI: Servicios de Atención integral.

Sensibilidad: capacidad de una prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos. Porcentaje de verdaderos positivos.

SIDA: Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida

SPSS: Statistical Package for the social Sciences / Paquete estadístico para las ciencias sociales.

TAR: Terapia antirretroviral.

Transmisión vertical: transmisión de la infección por VIH de la madre a su hijo antes de su nacimiento, durante el parto y/o después del parto.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Formación, Actualización Médica e Investigación
Comité de Ética en Investigación Nivel Central

Formato: FIR-3

FORMATO DE REGISTRO DE PROTOCOLOS DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD SIN RIESGO Y RIESGO MÍNIMO

Instructivo:

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. Para ingresar la información posicione el cursor en la celda o espacio inferior izquierdo de cada apartado, se solicita el mismo tipo de letra, con espaciado sencillo y usar mayúsculas y minúsculas.

I. Ficha de identificación																				
Título del proyecto de investigación: Estudio en la detección oportuna de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la mujer embarazada en la clínica especializada de la condesa y la condesa Iztapalapa																				
INSTITUCIÓN/ESPECIALIDAD: Secretaría de Salud Ciudad de México - Hospital Dr. Enrique Cabrera Cosío - Ginecología y Obstetricia																				
Nombre del investigador principal (médico residente): Dr. Marco Antonio Díaz Guzmán																				
Nombre del investigador asociado, en caso de existir: Dr. Juan Carlos De La Cerda Angeles																				
Nombre del profesor titular de la Especialidad: Dr. Raymundo González Delmotte																				
Domicilio y teléfono del investigador principal: Viaducto Miguel Alemán 274 - 4 Col. Asturias Del Cuauhtémoc, Ciudad de México - 3316017606																				
Correo electrónico del investigador principal: Dr_mdiaz@outlook.com																				
Unidad(es) operativa(s) dónde se realizará el estudio: Clínica especializada la condesa y la condesa Iztapalapa																				
II. Servicio dónde se realizará el estudio																				
a) Medicina	b) Odontología	c) Nutrición	d) Administración																	
e) Enfermería	f) Psicología	g) Trabajo Social	h) Otra(especifique)																	
III. Área de especialidad donde se realizará el estudio																				
1. Anestesiología	2. Medicina Interna	3. Medicina de Urgencias	4. Dermatopatología																	
5. Cirugía General	6. Medicina Familiar	7. Cirugía Pediátrica	8. Medicina Crítica																	
9. Ginecología y Obstetricia	10. Ortopedia	11. Cirugía Plástica y Reconstructiva	12. Medicina Legal																	
13. Pediatría	14. Dermatología	15. Otra(especifique)																		
IV. Periodo de estudio																				
DEL			0	1	0	3	2	0	AL	0	1	0	3	2	1					
			Día	Mes	Año					Día	Mes	Año								
V. Datos de validación																				
Jefe de Enseñanza e Investigación						Nombre: Dra. Inés López Islas						Firma: <i>[Firma]</i>								
Director de la Unidad Operativa						Nombre: Dr. José Refugio Navarro Robles						Firma: <i>[Firma]</i>								
Director de Tesis						Nombre: Dr. Ubaldo Ramos / Dra. Teresita de Jesús Cabrera						Firma: <i>[Firma]</i>								
ESPACIO PARA SER LLENADO POR EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA																				
Aprobación y registro																				
Fecha de recepción			1	0	2	1	Fecha de aprobación			1	5	0	6	2	1					
			Día	Mes	Año					Día	Mes	Año								
Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, aprueban por consenso la evaluación del protocolo que se indica.																				
Nombre del presidente: Dr. José Navarro Robles										Firma: <i>[Firma]</i>										
Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética																				
Dictamen																				
Aprobado <input checked="" type="checkbox"/>																				
Hacer correcciones y presentar nuevamente <input type="checkbox"/>																				
No aprobado <input type="checkbox"/>																				
Fecha de registro			1	5	0	6	2	1	Código de registro			2	1	0	1	0	1	2	2	1
			Día	Mes	Año					Unidad	Clave	Número	Año							