

112404
18



Universidad Nacional Autónoma de México



SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO Y/O UNIDAD DE SALUD DONDE SE REALIZO LA TESIS

Detección de VIH en mujeres embarazadas en la ciudad de México

Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma como
Especialista en Epidemiología
Presenta

ALFREDO ALEJANDRO RAMIREZ MORALES

Nombre del residente

Asesores:

Dr. Carlos Magis Rodriguez

Dra. Laura Pedrosa Islas

México, D. F. 8 de Octubre de 2002



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

TITULO: Detección de VIH en embarazadas en la Ciudad de México


ALUMNO: Dr. Alfredo Alejandro Ramirez Morales

DIRECTOR: Dr. Carlos Magis Rodríguez, Director de Investigación, Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA

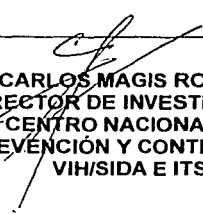
TUTOR:
ASESOR: Dra. Laura Pedrosa Islas, Investigadora Asociada, Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA

LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA

DR. PABLO KURI MORALES
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA
DGE, SSA.



DRA. ETHEL PALACIOS ZAVALA
COORDINADORA ACADÉMICA DE
LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA,
DGE, SSA.



DR. CARLOS MAGIS RODRÍGUEZ
DIRECTOR DE INVESTIGACION
CENTRO NACIONAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
VIH/SIDA E ITS

México, D. F., a 8 de Octubre de 2002



INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
EN SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD
D. N. A. M.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
EN EPIDEMIOLOGÍA

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4. JUSTIFICACIÓN	21
5. OBJETIVOS	22
GENERAL	
ESPECÍFICOS	
6. HIPÓTESIS.....	23
7. METODOLOGÍA.....	24
DISEÑO DEL ESTUDIO	
MARCO CONCEPTUAL	
VARIABLES	
MUESTRA	
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
PLAN DE ANÁLISIS	
8. CONSIDERACIONES ETICAS.....	28
9. RESULTADOS.....	29
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	
10. DISCUSIÓN.....	35
11. CONCLUSIONES.....	38
12. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	39



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
14. INDICE DE CUADROS Y FIGURAS.....	43
15. ANEXOS.....	46

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CAPITULO UNO

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad de transmisión sexual, íntimamente relacionada a la sexualidad de los individuos y de las poblaciones. En nuestro país este padecimiento se ha convertido en un problema de salud pública complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que se extiende más allá del ámbito de la salud, por lo que es necesaria una actitud participativa de la sociedad y de las instituciones, uniendo esfuerzos con las organizaciones y grupos nacionales e internacionales para poder continuar la lucha en la prevención del SIDA.¹

El SIDA constituye ya un problema de salud pública de primera magnitud. Como tal conlleva la necesidad de un abordaje multidisciplinario pues se trata de "un complejo problema bioecológico en el que interactúan huésped, parásito y un amplio rango de fuerzas sociales y medioambientales".²

Este problema se ha tornado una epidemia a nivel mundial, el cual requiere monitoreo de la tendencia de la infección. Las mujeres que acuden a clínicas de atención prenatal, son bastante representativas de las mujeres embarazadas, dada la alta cobertura en algunos países y de que suelen no tener prácticas de riesgo. En aquellas partes de la África Subsahariana, donde las epidemias generalizadas son causa del mayor interés, la mayoría de las mujeres se atienden en una clínica de atención prenatal al menos una vez en su embarazo. Sin embargo, en otras partes del mundo la atención prenatal no es tan completa, y siempre dentro de la África subsahariana donde existe gran variación, con países en el Norte y Oeste, presentan menores tasas de atención que en el resto del continente ³

El tamizaje en embarazadas que acuden a atención prenatal permite detectar oportunamente la infección del VIH en ellas; dada la frecuencia con que se presenta la transmisión perinatal, que es la principal forma de contagio en menores de 15 años, se deben aumentar las pruebas en dicha población, previa consejería.

Dado que la información epidemiológica obtenida de las mujeres embarazadas que acuden a la atención prenatal, proporciona información valiosa para estimar la prevalencia de la infección por VIH en la población en general, este estudio se enfocó en determinar tendencias en la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas que son atendidas en cuatro hospitales de concentración de la Ciudad de México, pero cuyos resultados muestran tendencias particulares y propias de la población que acude a estas unidades médicas.

Para mantener la epidemia en control, se requiere mayor cobertura de pruebas de detección de forma oportuna, además de adecuada información a las mujeres embarazadas, así como consejería integral; prevención de las ITS a todas las mujeres en control prenatal. Tales intervenciones resultarían beneficiosas en la prevención y control del VIH/SIDA que permitirán evitar nuevos casos en mujeres y niños.

CAPITULO DOS

ANTECEDENTES

De acuerdo a la tipología propuesta por la ONU/SIDA, México puede considerarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población pero aún no se establece en la población en general **4** esto es la prevalencia entre la población general (medida por la prevalencia entre las mujeres embarazadas) esta abajo del 1% y la prevalencia en al menos un subgrupo de ella, ha se encuentra por arriba del 5%. **5**

Los primeros casos de SIDA en México se diagnosticaron en 1983. Basado en análisis retrospectivos y algunas otras técnicas de investigación en salud pública, el VIH en México puede remontarse hasta 1981 **5,6** Desde ese año, el incremento de los nuevos casos ha sido continuo, con cuatro tipos de tendencias observadas. **5,6,7.**

- Hacia finales de 1987 el incremento fue lento.
- De 1988 a 1991 el incremento fue exponencial con tiempo de duplicación cortos en los casos.
- De 1992 a 1995, el incremento fue exponencial amortiguado.
- Desde 1996 parece estar estabilizándose con un promedio de 4,000 casos nuevos de SIDA registrados anualmente.

En México, como en otros países se ha vuelto un reto complejo de salud con muchas implicaciones psicológicas, sociales, éticas y políticas que han trascendido el enfoque común de la atención médica **6**. Los patrones de transmisión en los países latinoamericanos son similares a los de los países industrializados. Mientras parece que la tasa actual de infección desciende o al menos se estabiliza la tendencia no es uniforme en la región de Latinoamérica. En la mayoría de los países de Latinoamérica la epidemia es clasificada como "concentrada" en poblaciones específicas. Las tasas de seroprevalencia en estas poblaciones, van del 1 al 23%. Una tasa de seroprevalencia

menor del 5% se observa en la población total. Sin embargo, en años recientes algunos países de la región- Nicaragua Venezuela, y Perú, parecen haber incrementado sus tasas de seroprevalencia. 6

México ocupó en 2001 el tercer lugar en América después de Estados Unidos y Brasil en cuanto al número de casos acumulados con 51,196. A nivel de población general, México ocupa el lugar 94 en el mundo con una baja prevalencia entre la población general (0.29%). Sin embargo como consecuencia del retardo en la notificación y el subregistro, los casos acumulados reales de SIDA, probablemente alcancen los 64,000, lo que indica que la estimación hecha de aproximadamente 150,000 personas infectadas con VIH, de los cuales aproximadamente 99,000 se concentran en los Hombres que tienen relaciones con hombres (HSH), alrededor de 38,600 son adultos heterosexuales, 333 mujeres trabajadoras de sexo comercial, 1,720 hombres trabajadores del sexo comercial; 2880 UDI; y 4,450 prisioneros. Las prevalencias entre las poblaciones de riesgo específicos se han reportado mucho mayores: 15% entre los HSH, y 6% entre los usuarios de drogas inyectables (UDI). 6.

En cuanto al total de casos reportados de VIH, México se ubica en el lugar 13er mundial y 3ero en el continente. Sin embargo cuando observamos el número de casos acumulados, México se ubica en el lugar 64avo en el mundo y 29avo en América Latina y el caribe y en el lugar 11avo en el continente lo que refleja una baja tasa de incidencia

En cuanto a la situación del SIDA en nuestro país podemos considerar que las características de la epidemia actual comprenden la interacción de diversos factores tales como culturales, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los individuos expuestos que se dan de forma distinta dependiendo del área geográfica o estatus social

Desde el punto de vista geográfico se observan dos tipos de patrones polares: uno urbano, principalmente en las grandes ciudades de la República Mexicana y en la

frontera norte, donde todavía se encuentra un mayor porcentaje de casos en hombres y periodos de duplicación más largos (18 meses); y otro rural, con mayor proporción de casos entre mujeres y periodos de duplicación más rápidos (8 meses), el cual se está presentando en la región Centro y en el Sur del país. Todos los estados de la República Mexicana han reportado casos de SIDA, observándose que Distrito Federal, Estado de México y Jalisco concentran el 55% del número total de casos acumulado. 1

En cuanto a tasas de incidencia anual de los últimos tres años, resulta que la tasa de incidencia mas alta en el país, (Baja California) es 12 veces mayor que la registrada para el estado con la tasa de incidencia menor (Colima). Entre estas dos cifras extremas se ubican las 30 entidades restantes mostrando un abanico heterogéneo de velocidades de crecimiento 1

Vías de Transmisión

En los hombres, la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual), y en mucho menor medida, la transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es heterosexual; y en los menores de 15 años, en los cuales inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida la sexual. De manera global, incluyendo ambos sexos, el 87% de los casos de SIDA en adultos adquirieron la enfermedad por contagio sexual, mientras que el 13% restante lo hicieron por vía sanguínea. 1

El número absoluto de casos ha descendido sensiblemente en los últimos años sobre todo a partir de 1992 para la transmisión sanguínea, como efecto de las medidas legales que prohibieron el comercio de la sangre humana en 1987.

La vía perinatal se ha constituido en el principal modo de contagio en menores de 15 años con el 50% de los casos, lo cual es factible de ser reducido a corto plazo, con la aplicación de terapias apropiadas para las mujeres embarazadas infectadas por el VIH.

Transmisión sexual

La epidemia en México continúa con un patrón dominante de transmisión sexual (91.7% en hombres y 58.2% en mujeres), esta prevalencia se mantiene estable en las grandes ciudades; aunque se ha observado incremento en la tasa de infección en ciudades pequeñas y medianas.

Sin embargo es posible que exista una sobreestimación de la transmisión heterosexual documentada, probablemente debido a la mala clasificación de los casos de homosexuales y bisexuales como si fuesen heterosexuales

Por otro lado, se observa además un aumento importante en la categoría heterosexual que, aunque cuenta con una tasa de infección baja en la actualidad, las prácticas de riesgo aún están presentes, por lo tanto, es posible que pueda incrementarse en los próximos años. 1

Transmisión sanguínea

En México, en vista del problema que representaba la transmisión a partir de la transfusión sanguínea, se implementaron disposiciones legales que prohíben la comercialización de sangre, y que obliga la realización de análisis previos de toda la sangre transfundida, procurando además la realización de actividades educativas dirigidas a los donadores, con la finalidad de evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre. De esta forma, la prevalencia de infección en donadores a escala nacional descendió en los últimos años del 0.06% (1990) al 0.05% (1996), según la información de la red nacional de laboratorios de sangre que reporta al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) No obstante, esta prevalencia no se muestra homogénea en todo el país. Por ejemplo, en la región Centro Oriente la prevalencia en donadores fue de 0.13%, seguida por el Distrito Federal (0.05%) y la región Centro Occidente (0.03%), en tanto que la región Sur alcanzó 0.02% y la Norte de 0.01%. 1

La tasa de incidencia anual por transfusión ha mostrado un descenso de 0.45 por 100,000 habitantes en 1990 a 0.22 en 1994 llegando a 0.09 en 1997. Esto representa una disminución del 3.7% al 2.7% del total de casos en los últimos dos años, lo que estimula a seguir la búsqueda de la total erradicación del problema.

Transmisión perinatal

Los estudios centinela realizados en embarazadas que acuden a control prenatal, revelan un incremento de la prevalencia en los últimos años, del 0.04% (1991) al 0.09% (1997). De acuerdo a estimaciones de 1998, se consideraba la existencia probable de alrededor de 2,500 embarazadas portadoras del VIH., lo que representaba un aumento en los casos por transmisión perinatal, de no aplicar oportunamente las terapias apropiadas a las mujeres embarazadas infectadas con el VIH. 1

Estudios Centinela

En 1985 se inició la vigilancia epidemiológica del VIH mediante el uso de encuestas centinela en grupos específicos de población, para realizar un seguimiento de la epidemia así como identificar posibles riesgos. Se han realizado más de 65,000 encuestas y pruebas de detección del VIH en 18 entidades del país; todos los resultados seropositivos han sido confirmados mediante la prueba de Western Blot. 1

En forma global, entre los hombres la prevalencia ha sido mayor que en las mujeres.

1. Homosexuales y bisexuales con el 15%;
2. Homosexuales con comercio sexual con un 12.2%;
3. los usuarios de drogas intravenosas (6%),
4. seguidos de los tuberculosos (2.1%)
5. Reclusos (1.6%)

Por su parte en las mujeres, la distribución es la siguiente

1. Reclusas con el 1.4%;
2. Enfermas de tuberculosis con el 0.6%;

3. Sexo servidoras con el 0.35%, y por último,
4. Mujeres embarazadas con el 0.09%

De acuerdo a las diferencias observadas entre los distintos grupos poblacionales, se han desarrollado programas de educación para la salud y de prevención orientados a cada grupo en particular

VIH / SIDA en Mujeres y Niños

Hacia finales de 1999, el programa de la Organización de las Naciones Unidas Para la prevención del SIDA (ONUSIDA), estimaba que en el mundo existían 33.6 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), 95% viviendo en países en vías de desarrollo, siendo 1.4 Millones mujeres y 1.2 millones menores de 15 años.

En 1999 se infectaban diariamente 15,000 personas al día. Cerca del 50% de los enfermos se infectaron antes de cumplir los 25 años y la tendencia a fallecer es antes de los 35 años. 7

Según estimaciones de la OMS, más del 80% de las infecciones en adultos se deben a transmisión heterosexual a través de relaciones sexuales. La mayoría de las mujeres se infectan con el VIH durante el sexo con hombres infectados o cuando usan jeringas contaminadas con VIH para la inyección de drogas tales como la heroína, cocaína y anfetaminas.

También se ha demostrado que las infecciones de transmisión sexual en especial las que causan ulceraciones de la vagina como es el caso del herpes genital, sífilis y el chancro, incrementan grandemente el riesgo de las mujeres de infectarse de VIH 8.

La epidemia ha dejado un total de 11.2 millones de huérfanos mundialmente. Se estima que 1.2 millones de niños y niñas menores de 15 años viven con el VIH/SIDA, a la vez

que se producen 570, 000 infecciones anuales entre la población. El número de defunciones asciende a 3.6 millones por año.

Desde que el SIDA fue identificado, han sido reportados en el mundo cerca de un millón de casos de esta enfermedad y se estima que más de 16 millones de adultos han sido infectados, de los cuales el 40% son mujeres.

Desde que el SIDA fue identificado, han sido reportados en el mundo cerca de un millón de casos de esta enfermedad y se estima que más de 16 millones de adultos han sido infectados, de los cuales el 40% son mujeres.

En cuanto al panorama general para América Latina la tendencia observada es un mayor número de casos notificados atribuidos a transmisión heterosexual, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo el riesgo de que tienen las mujeres de contraer la infección por medio de relaciones sexuales con un hombre infectado es mayor debido a diversos factores tales como infecciones de transmisión sexual, tener una pareja bisexual, tener una pareja infectada con el VIH o que sea usuario de drogas intravenosas 9.

Hasta enero del 2001 en México se registraban 51,914 casos acumulados de SIDA reportados, de los cuales la proporción de mujeres infectadas correspondía al 15%, (6,744 casos) con una relación hombre/mujer de 6 a 1, la cual se observaba desde 1996. 9

Basándose en resultados de diversas encuestas centinelas, se ha encontrado una prevalencia promedio acumulada de 0.04% y en los últimos años del 0.09%, lo cual significa que a la fecha existe la posibilidad de que 9 de cada 10 000 embarazadas estén infectadas por el VIH. De acuerdo a estos cálculos se esperaría un mínimo de 860 y máximo de 4,945 mujeres embarazadas con infección por VIH en México. (IC 95% 0.04-0.23)3

Aunque actualmente es reconocida la importancia de la infección por VIH y SIDA en la mujer, aún no se encuentra ampliamente documentada en la literatura internacional, propiciando un retraso considerable en el abordaje de esta problemática específica de las mujeres infectadas con VIH/SIDA y especialmente en aquellas que no son trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) **10**.

Patrones de Transmisión

Hacia el final de la primera década de la epidemia, se propuso la existencia de al menos tres patrones de transmisión claramente identificables **11** y que se presentaban en diferentes regiones del planeta:

1. Un patrón de transmisión fundamentalmente homosexual y asociado a drogas intravenosas (Patrón de Estados Unidos y Europa Occidental) predominante en Norteamérica y Europa;
2. Transmisión marcadamente heterosexual, al que se aunaba en menor medida la transmisión sanguínea (Patrón de África y el Caribe), que se presentaba en África Subsahariana y algunas islas del Caribe
3. Patrón intermedio en el que coexistían tanto la transmisión homosexual, como la sanguínea y la heterosexual, que se ha presentado en México y otros países de América Latina(Patrón de América Latina excepto el Caribe)

También se podría hablar de un patrón de transmisión incipiente, que en aquel momento presentaba relación reducida entre homosexuales-prostitutas y usuarios de drogas intravenosas, así como la posibilidad de tránsito de un patrón a otro en la medida de que unos grupos se veían afectados por la epidemia. **11**

Por su parte la transmisión materno infantil del VIH es un fenómeno complejo, diversos estudios publicados refieren la participación de múltiples factores en la madre que han

sido relacionados con un mayor o menor riesgo de transmisión de la madre lo que se ve reflejado en la gran variabilidad de eficiencia de la misma reportada mundialmente. **12,13**

La transmisión del VIH al producto está determinada por diversas variables, entre las que se encuentran: estadio de la infección, cuentas absolutas de linfocitos CD4, número de copias virales circulantes, la presentación de infección aguda durante la gestación, infecciones concomitantes especialmente las transmitidas por la vía Sexual, la realización de procedimientos invasivos, la falta de tratamiento antirretroviral durante el embarazo, la ruptura prolongada de membranas, y la resolución por la vía vaginal. **12**

CAPITULO TRES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Prevención de la transmisión perinatal

El riesgo de la transmisión perinatal del VIH/SIDA en países en desarrollo va del 15 a 30%; en países desarrollados ha disminuido en menos del 2% mediante el uso de antirretrovirales y otras medidas.

En nuestro país representa la principal causa de infección por el VIH/SIDA en menores de 15 años, con un 68.7% de los casos de SIDA acumulados, y el 93.3% de los casos diagnosticados en el 2000.

Para su prevención se requiere detectar de forma oportuna a toda mujer infectada, lo cual requiere una adecuada capacitación del personal de salud, en la identificación de factores de riesgo, fortaleciendo la atención prenatal, proveer de adecuada información y consejería integral sobre la importancia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el riesgo de transmitir las a sus hijos.

México actualmente cuenta con una política de tratamiento gratuito para prevenir la transmisión vertical, reflejado en el hecho de que en el 2000 sólo se diagnosticaron 14 casos perinatales. A pesar de ello, de no incrementarse el control prenatal y la detección al 100% de las mujeres, seguirán presentándose casos de ITS y de VIH/SIDA que pudieron evitarse.¹³

Es importante la detección oportuna de los casos seropositivos entre las mujeres en edad fértil dados los riesgos que representan los embarazos de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH, que no reciben tratamiento con antirretrovirales con lo que se limita de forma importante la reducción del riesgo de transmisión perinatal del virus.

En 1994 un ensayo clínico del Pediatrics AIDS Clinical Trial Group (PACTG) demostró por primera vez la posibilidad de reducir en un 70% la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana del tipo 1 a través de la administración de un régimen terapéutico con zidovudina oral desde las 14 a 34 semanas, intravenosa durante el parto y administración al recién nacido durante las 6 primeras semanas de vida **12,14**.

Para hacer frente a esta problemática se concibió el objetivo de la atención preconceptiva consistente en identificar factores de riesgo, desenlaces adversos como la edad, la diabetes o la hipertensión, proporcionar educación sanitaria y asesoramiento, y tratar de estabilizar posibles enfermedades, antes de la concepción con el fin de optimizar los desenlaces maternos y fetales. En mujeres infectadas por VIH, actualmente se sugiere lo siguiente:

- Selección de métodos anticonceptivos eficaces y apropiados para reducir la probabilidad de embarazo no deseado.
- Educación y asesoramiento sobre el riesgo de transmisión perinatal, las estrategias para reducirlo y los potenciales efectos del VIH, o del tratamiento sobre el curso del embarazo y el desenlace.
- Comienzo o modificación de tratamiento antirretroviral antes de la concepción con el fin de : Evitar agentes con potencial toxicidad reproductiva para el feto en desarrollo, como el efavirenz o la hidroxiurea.
- Elegir agentes eficaces para reducir el riesgo de transmisión perinatal.
- Alcanzar una supresión máxima y estable de la carga vírica de la madre.
- Evaluar y controlar los efectos colaterales que puedan afectar los desenlaces materno-fetales(hiper glucemia-anemia toxicidad hepática) **16**

En las embarazadas, la infección por VIH es particularmente importante, primero, por la posibilidad de transmisión vertical de la infección al producto y, en segundo, por un potencial incremento de la morbilidad perinatal en estas mujeres.

Dado el incremento en el número de mujeres en edad fértil infectadas por el VIH es mayor la asociación de la infección con el embarazo, enfocando la atención a identificar la incidencia y los factores de riesgo asociados a la transmisión vertical del Virus del VIH y evaluar la morbilidad obstétrica y neonatal de estas mujeres.

En un estudio realizado por Figueroa **17**, se observó la frecuencia y el tipo de complicaciones médicas, obstétricas y neonatales en una cohorte de embarazadas infectadas por el VIH y sintomáticas, además de determinar el riesgo que la infección por el virus representó para la presentación de dichas complicaciones de gestación; En 42 (95.4%) pacientes la vía de contagio fue sexual; 35 (79.5%) tenían menos de un año de saber que estaban infectadas y 15 (34%) recibieron tratamiento antiviral durante la gestación. Las mujeres infectadas por el VIH presentaron un riesgo mayor de complicaciones infecciosas (RR 3.1, IC95% 1.9-52), cervicovaginitis (RR 2.2, IC95%1-48) y enfermedades de transmisión sexual (RR 18, IC95% 2.3-137). El promedio de peso y talla de los recién nacidos y el número de complicaciones neonatales fueron similares entre los grupos comparados. Los resultados mostraron que la ausencia de tratamiento antirretroviral y el antecedente de tres o más parejas sexuales incrementaron el riesgo de complicaciones infecciosas. Por lo que concluyó que las embarazadas seropositivas al VIH y asintomáticas no tuvieron un riesgo mayor de complicaciones médicas del embarazo con excepción de problemas infecciosos **16**.

La transmisión intraparto se produce por la transmisión de VIH materno presente en secreciones vaginales o sangre a través de la conjuntiva fetal, el tracto gastrointestinal o un corte en la piel del feto. En poblaciones que descarten la lactancia materna, se cree que aproximadamente el 65% de la transmisión se produce en el periodo intra parto. Con respecto al momento preciso de la transmisión en útero, la evidencia más reciente sugiere que la época más vulnerable es el final del segundo trimestre y el principio del tercero. **16**

La lactancia materna es un claro factor de riesgo de transmisión vertical y continúa siendo un importante obstáculo para reducir la transmisión vertical en regiones pobres

en recursos, donde la lactancia materna es la norma habitual y alternativas como la leche artificial son caras además de identificar a la mujer como "diferente" y posiblemente como VIH+. Aproximadamente el 75% de la transmisión debida a leche materna se produce durante los 6 primeros meses. Los factores de riesgo de transmisión por esta vía incluyen la edad más joven de la madre, la seroconversión durante la lactancia, la prolongación de la lactancia y la presencia de mastitis o abscesos mamarios. Una serie de estudios han determinado que la lactancia incrementa el riesgo de transmisión de VIH por arriba del 14 %. 16

Un importante avance en el tratamiento de la infección por VIH/SIDA ha sido el demostrar la seguridad y eficacia de diferentes antirretrovirales para disminuir el riesgo de transmisión del VIH durante el periodo perinatal, Pero es necesario además que exista oportunidad en el diagnóstico de la infección en las embarazadas

El uso de terapias antirretrovirales durante el embarazo ha mostrado importantes resultados en la prevención de la transmisión vertical. En un estudio del Grupo de ensayos clínicos sobre SIDA pediátrico (PACTG) se demostró un descenso en el índice de transmisiones del 25,5% en el grupo placebo a solo el 8,3% en el que recibió zidovudina. 14 Este régimen exigía una exposición intensa a zidovudina, iniciando en la semana 14 en la madre, que recibía 300 mg dos veces al día o 100 mg cinco veces al día. Durante el parto se administraba una dosis de choque de zidovudina al inicio, con una infusión continuada del fármaco (2 mg/kg) durante todo el tiempo que durara el parto y el alumbramiento, seguida de zidovudina oral (2mg/kg por dosis cada 6 horas) al bebé durante las primeras 6 semanas de vida.

El estudio también aportó pruebas de que la carga viral materna era el factor más crítico a la hora de predecir la Transmisión materno-fetal de VIH Sin embargo, tal como demuestra Sperling y cols.12, incluso entre aquellas mujeres con cargas virales muy bajas, las que recibieron zidovudina tenían menos probabilidades estadísticas de transmitir el VIH a sus bebés que las que recibían placebo,

Por su parte, Loannidis y cols.¹³ apoyaron la importancia de la terapia ARV, incluso en mujeres con carga viral muy baja, en el informe de un estudio de colaboración en el que se incluyeron 1.202 mujeres con niveles plasmáticos de ARN viral inferiores a 1.000 copias/ml procedentes de 7 estudios prospectivos europeos y estadounidenses. La transmisión materno fetal se produjo en un total de 44 mujeres (3,6%), con menor probabilidad estadística de transmisión si la terapia ARV hubiera sido administrada durante el embarazo y/o el parto. Por tanto, de las 834 mujeres que recibieron terapia ARV, el índice de transmisión fue del 1% (8 mujeres), mientras que la transmisión se produjo en 36 (9,8%) de 368 mujeres que no tomaron ARV, a pesar de que su carga viral era inferior a 1.000 copias/ml. Esta diferencia era altamente significativa ($p < 0,001$).

Desde que en 1994 el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publicó las pautas para el uso Materno y neonatal de la Zidovudina (ZDV) para reducir la transmisión Vertical del VIH, ha continuado la investigación de otros regímenes más eficaces y a más bajo costo. El uso de nevirapina en la prevención de la transmisión materno fetal condujo a un método factible y accesible a la población (5 USD) factible de aplicación en regiones pobres. La nevirapina con una vida media larga (25-30 horas), se encuentra presente en la leche materna. Existente en suspensión oral, permite la administración al recién nacido. Por su potencia permite un notable descenso de 1,3 log₁₀ copias/ml de carga viral a los 7 días después de la administración de una única dosis. No obstante estudios posteriores han demostrado el desarrollo de resistencias tras la exposición a una sola dosis de nevirapina, aunque las consecuencias clínicas a largo plazo de estas mutaciones resistentes todavía no han sido explicadas. 12

No obstante se continúan realizando investigaciones que proporcionen avances en los fármacos retrovirales utilizados para la prevención de la transmisión materno fetal del VIH.

Por otra parte en relación a la prevención de la transmisión al nacimiento, El Estudio Europeo de Colaboración, basado en 721 niños nacidos de 701 madres, demostró que

la cesárea electiva estaba relacionada con un descenso del riesgo de la transmisión materno fetal (riesgo relativo [RR]=0,56), aunque estos estudios no eran estadísticamente significativos **12**.

Como fue expuesto por Newell **18**, el uso de terapia retroviral durante el embarazo y el parto, el uso de cesárea electiva y la exclusión de lactancia materna tuvieron como resultado un descenso aproximado de un 2% en el índice de transmisión vertical en Europa.

Es importante mencionar, sin embargo, que la cesárea electiva se ha asociado con complicaciones en mujeres VIH+,

Estudios en los Estados Unidos revelaron que aproximadamente 25% de las mujeres infectadas embarazadas que no recibieron AZT o una combinación de terapias antiretrovirales durante el embarazo transmitieron el virus a sus hijos, Si las mujeres recibían una combinación de terapias antiretrovirales, el riesgo de infección en los recién nacidos era por debajo del 5% El riesgo de la transmisión materno fetal se incrementa significativamente si la madre tiene una enfermedad por HIV avanzada, cargas virales grandes de HIV en la sangre o recuento de CD4 + Células T menor a lo normal, los cuales son las células blanco de VIH. **19**

- Otros factores que pueden incrementar el riesgo incluyen:
- Uso de drogas, tales como la heroína el crack o la cocaína
- Inflamación severa de las membranas fetales
- Un periodo prolongado entre la ruptura de membranas y el parto

Un estudio financiado por el Instituto de Alergia y enfermedades infecciosas (NIAID) **12**, encontró que mujeres infectadas por VIH que parieron mas de cuatro horas después de la ruptura de membranas fetales fueron dos veces más probable de transmitir el VIH a sus hijos, comparado con las mujeres que dieron a luz después de las cuatro horas de la ruptura de membranas; además, las mujeres infectadas que utilizaron heroína o crack cocaína durante el embarazo, tuvieron dos veces más la

posibilidad de transmitir el VIH a sus hijos que las mujeres infectadas por VIH que no usaron drogas.

En un estudio retrospectivo realizado de septiembre de 1985 a junio de 1994, que incluyó a 130 pacientes pediátricos con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, se encontraron 74 pacientes masculinos y 56 femeninos con relación 1.3: 1. los mecanismos de transmisión observados fueron: transmisión vertical 62.3%; transfusional, 20.8%; Hemofílicos 8.5%; vía sexual 6.2%; y desconocido 2.2%. entre los factores de riesgo de los padres, se encontró que en 35 casos eran heterosexuales, 18 con antecedentes de transfusión y ocho bisexuales. Este estudio apoya el hecho de que la transmisión vertical adquiere cada vez mayor importancia, reflejando los cambios relevantes en la epidemiología de la infección en mujeres adultas. **10**

CAPITULO CUATRO

Justificación

Los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica a nivel mundial ha enfocado sus esfuerzos al registro de casos y a la Vigilancia Centinela, La vigilancia de Segunda Generación en nuestro país fue implementada en el año 2000 por el CONASIDA el INSP y la DGE, el cual tiene entre su principales objetivos: el estudio de tendencias en el tiempo y los comportamientos de riesgo que propician las epidemias en un país, el enfoque de la vigilancia a grupos específicos de riesgo de infección, proveer un sistema de vigilancia flexible que se adapte a las necesidades del estadio de la epidemia, y mejorar el uso de los datos de vigilancia para aumentar el entendimiento y la planeación de la prevención y la atención 21

Este estudio contribuirá al marco de referencia adecuado que hasta el momento no se cuenta con él, que además permita estimar la prevalencia de VIH entre la población general en México de forma adecuada, a través de medirla en embarazadas que acuden al control prenatal, dado que es probable que esté subestimada la tendencia de la infección en el grupo de mujeres embarazadas en nuestro país.

Es por ello la necesidad de realizar estudios epidemiológicos sistemáticos de la enfermedad de VIH/SIDA en las Mujeres. En este momento, "es difícil estimar con algún grado de precisión actual cual será la velocidad de crecimiento de SIDA en mujeres en México, ya que faltan estudios que nos permitan entender los diferentes escenarios en que se da la dinámica de la transmisión sexual del VIH en ese grupo" 22.

Tal vez un problema mayor sea diseñar medidas preventivas que realmente sean aplicables a las mujeres, en particular aquellas que perciben algún grado de riesgo de infección por VIH y que no están en condiciones de negociar con sus parejas el uso el condón o de otras técnicas de sexo protegido.

CAPITULO CINCO

Objetivo General

Conocer la prevalencia de VIH entre la población femenina que acudió a la atención prenatal en cuatro hospitales de concentración de la ciudad de México, en el 2000.

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de VIH en el Hospital Gral. Manuel Gea González, Hospital General de México, Instituto Nacional de Perinatología y el Hospital de la Mujer; y factores asociados a la frecuencia de pruebas de detección de VIH en mujeres que acuden a su atención prenatal
- Incrementar el conocimiento acerca de factores presentes en el personal de salud encargado de otorgar el control prenatal.
- Identificar la frecuencia de la búsqueda de factores de riesgo entre las mujeres que acuden a control prenatal en hospitales de concentración en la Ciudad de México.

CAPITULO SEIS

Hipótesis

Dado el carácter de ser un estudio Observacional, descriptivo, no se contemplo incluir una hipótesis a demostrar sin embargo para fines de ejercicio metodológico consideremos que "Existen factores como el subregistro de casos, la falta de búsqueda de practicas de riesgo, la falta de pruebas realizadas que se asocian a una subestimación de la frecuencia de la infección por VIH en mujeres que acuden a la atención prenatal en hospitales de la Ciudad de México."

CAPITULO SIETE

Metodología

Diseño de Estudio: Para la realización de esta investigación se realizó un estudio transversal, observacional, retrospectivo aplicando un cuestionario de evaluación de actividades de detección, durante el año 2000 al personal de salud, en cuatro hospitales que brindan atención prenatal en la Cd. de México.

Se realizó una revisión de expedientes clínicos de mujeres que acuden al control prenatal sobre la búsqueda intencionada de factores de riesgo y otorgamiento de consejería sobre ITS a las usuarias.

Población objetivo: Personal de Salud de las unidades Hospitalarias que proporcionan atención prenatal a mujeres embarazadas en control, encargados del programa de VIH e ITS

Variable Dependiente: Detección de VIH en mujeres en control prenatal en hospitales de la ciudad de México.

Variable Independiente: Capacitación, especialidad del personal de salud, Consejería Informada

Variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Discreta	Interval	Años cumplidos al momento de la entrevista
Sexo	Cualitativa	Nominal	Género del entrevistado
Especialidad	Cualitativa	Ordinal	Grado máximo de estudios de al especialidad médica
Cargo	Cualitativa	Ordinal	Puesto o posición desempeñada



Capacitación	Cualitativa Dicotómica		Cursos, que ha acudido a recibir información o actualización
Tipo de capacitación	Cualitativa, politémica		
Duración	Cuantitativa Continua		Tiempo natural transcurrido durante la última capacitación
% de ITS	Cuantitativa		Proporción de ITS
Métodos de detección	Cualitativa	Nominal	Pruebas de laboratorio de tamizaje para la detección de VIH
Pruebas confirmatorias	Cualitativa	Nominal	Pruebas de laboratorio de confirmación para la detección de VIH
Mujeres en Control Prenatal	Cuantitativa Discreta		Numero de Mujeres que acuden al control prenatal
Promedio de Consultas a Control prenatal	Cuantitativa Discreta		Numero de consultas a que acuden las usuarias del C. prenatal
Embarazadas con Prueba realizadas	Cuantitativa Discreta		Numero de mujeres que acuden al control prenatal y se realizan la prueba del VIH.
Causas de que no se ofrezca la prueba	Cualitativa	Nominal	Razones por las cuales no se ofrece la prueba a todas las mujeres
% de Mujeres que regresa por sus resultados	Cuantitativa Discreta		Proporción de mujeres que acuden por los resultados de su prueba del VIH
Características que opina el personal para realizar la prueba	Cualitativa	Nominal	Factores presentes en la paciente que acude al control prenatal
Consejería o apoyo o Psicológico	Cualitativa	Nominal	Información otorgada a la embarazada acerca de la prevención detección y control de ITS
% de mujeres tomando antirretrovirales	Cuantitativa Discreta		Proporción de mujeres que aceptan el tratamiento antirretroviral del VIH
Conocimiento de la frecuencia de la TMF	Cualitativa	Nominal	Proporción del personal de salud que conoce la frecuencia de la transmisión vertical
Conocimiento de la Guía de manejo de la mujer embarazada con VIH	Cualitativa	Nominal	Proporción del personal de salud que conoce la Guía de manejo de la mujer embarazada con infección por VIH

Quién decide si la embarazada toma antirretrovirales

Cualitativas

Nominal

Persona que toma la decisión de que la embarazada acepte el procrear un niño seguir un tratamiento antirretroviral o para evitar la transmisión perinatal del VIH.

Muestra Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia del personal de salud perteneciente a las unidades médicas.

Criterios de selección: Las unidades seleccionadas fueron elegidas con base en la solicitud de la Dirección de investigación del Centro Nacional de prevención del VIH/SIDA

Recolección de información: Se realizaron visitas a las unidades seleccionadas para realizar una entrevista dirigida a médicos encargados del programa de VIH/SIDA, médicos tratantes, epidemiólogos, responsables de laboratorios u otros.

Plan de análisis Estadístico- Se realizó a través del paquete estadístico Epi-Info Versión 6.4. En una primera etapa se procedió a realizar un análisis descriptivo de la información proporcionada por el personal de salud, realizando representaciones tabulares, gráficas y proporcionado por un análisis para determinar asociación de factores con el problema de interés. Otra fase de la investigación consistió en el análisis de la información recolectada a través de la cédula de cotejo de expedientes de mujeres que acudían a la atención prenatal en los hospitales que contaron con un mayor número de mujeres que acudieron a su control del embarazo proporcionado por un análisis bivariado para determinar asociación de factores con el problema de interés.

Metodología: Para la realización del estudio proyectado entre las actividades a realizar se tiene contemplado el análisis de estimadores estadísticos específicos para VIH/SIDA:

- Entrevista en los hospitales seleccionados, al personal encargado del programa, personal de salud que brindan atención prenatal a las usuarias de la unidad.
- Cotejo de expedientes de mujeres que acuden al control prenatal sobre la búsqueda intencionada de factores de riesgo y otorgamiento de consejería sobre ITS a las usuarias.

CAPITULO OCHO

Consideraciones éticas

Dado que este estudio no contempló intervención alguna entre la población, además de que al personal de salud entrevistado se les informó acerca de que no habría afectación a personas, manteniendo la identidad protegida por el anonimato y confidencialidad de la información. En la segunda fase de la investigación se basó en la revisión de fuentes secundarias no se consideró alguna implicación de índole ética.

CAPITULO NUEVE

Resultados

Entre los principales hallazgos encontrados al final de esta investigación podemos señalar que se encontraron los siguientes:

La recolección de la información se realizó por medio de entrevistas al personal de salud: El número de entrevistas realizadas en los cuatro hospitales seleccionados fueron 12, las fechas de entrevistas comprendieron del 17 de junio al 9 de agosto de 2002, realizándose en promedio de 20 minutos cada una.

Las entrevistas se distribuyeron de la siguiente manera al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" correspondió el 33.3% (4), al Hospital General de México el 16.7%(2), al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) el 16.7% (2) y al Hospital de la mujer el 33.3% restante(4).

La edad de los entrevistados tuvo un rango de los 31 a 57 años y con una media de 53.8 y una moda de 50.0. 2 no respondieron

En cuanto a la distribución por sexo, de los 12 entrevistados, 8 correspondieron al sexo masculino (72%) y 3 al sexo femenino (27.3%).

Las principales especialidades médicas de los entrevistados correspondieron a: Infectología el 25%(3), Epidemiología 25% (3), Ginecoobstetricia 33.66 % (2), con Maestría en Salud Publica el 8.33% (2) y el resto fueron 1 para Medicina Familiar y 1 para Inmunohematología con el 8.3% respectivamente.

En cuanto a la antigüedad en el puesto, los entrevistados respondieron desde los tres meses a 14 años con una media de 13.8, una desviación estándar de 27.26, una moda de 2.0 y mediana de 6.0.

A la pregunta de que si habían recibido la capacitación o actualización sobre VIH/SIDA, el 75.0% de los entrevistados, señalaron que habían tenido algún tipo de capacitación o actualización y el 25% restante no la tuvieron.

En cuanto a las consultas de primera vez y subsecuentes, se observó que había diferencias entre las unidades notando un menor porcentaje de consultas 2.4% (877) para el Hospital General "Manuel Gea González" y mayor para Hospital General de México con 76.2% (27400). En las consultas subsecuentes el Hospital General "Manuel Gea González" registró con un 6.1 (3216) y para el Hospital de la Mujer (25023) con un 48% de la muestra.

A partir de la información proporcionada por los entrevistados, se obtuvieron las prevalencias de VIH en mujeres embarazadas para cada hospital durante el año 2000 correspondiendo una prevalencia de 1.11 para el Hospital General "Manuel Gea González"; para el Hospital General de México con un 13.0, ambos sin ninguna embarazada; el Instituto Nacional de Perinatología con 0.64 y 1.69 para el Hospital de la Mujer.

En cuanto a la prevalencia observada en los Hospitales visitados el Hospital General "Manuel Gea Gonzalez" registro una prevalencia de 1.11 con 32 positivos de un total de 2872, El Hospital General de México 13.0 con 190 casos de un total de 1456 pruebas y de estos datos no se le realizó la prueba a ninguna embarazada. Por su parte el Instituto Nacional de Perinatología registró una prevalencia de 0.64, con 5 casos positivos de un total de 780 pacientes tamizadas y el Hospital de la Mujer con 3 casos positivos de un total de 177.

En cuanto la pregunta de ¿ Cuales son las razones para no realizarles la prueba a todas las mujeres?, los entrevistados respondieron que la falta de normatividad, Falta de tiempo, falta de interés, Ausencia de factores de riesgo y otros.

Sobre el otorgamiento de consejería los entrevistados refirieron en 91.7% que si se les otorga consejería antes y después de la prueba y solo un el 8.3 % reconoció que no.

Los entrevistados respondieron a la pregunta acerca de si conocían la "Guía de Manejo de la Mujer Embarazada con Infección por VIH" editada por el CENSA, la cual constituye como referencia de la situación de transmisión vertical y su manejo integral. De los entrevistados solo el 18.2% (2) la conocen y el 81.8% (10) no la conocen.

En el caso de no conocer la guía o no contar con ella se les proporcionó un ejemplar de la misma.

En cuanto a la opinión de quién debe decidir sobre el tratamiento con antirretrovirales en la embarazada, el 72.7% (8), opinaron que la mujer y 27.3% opinaron que el médico. Dada la importancia de la libre decisión sobre la toma de antirretrovirales y si en algún caso otra persona podía decidir, el 33.33%, opinó que era decisión del medico, el 8.33%, que la pareja de la embarazada, otro 8.33% respondió que el pediatra y el 50.0% opinó que nadie más.

En ninguno de los hospitales visitados se registraron pruebas indeterminadas. El personal refirió que a las mujeres con pruebas indeterminadas comúnmente se les solicita otra prueba en promedio de 3 a 6 meses.

En opinión de los entrevistados el 0% de las embarazadas solicita voluntariamente la prueba.

Según el 25% de los entrevistados a las mujeres a quienes se les ofrece la prueba, sólo la mitad de ellas la aceptan; mientras que en el 75% de las encuestas, el personal respondió que desconoce el porcentaje de mujeres que acceden a realizarse el tamizaje.

A la pregunta acerca de "Qué características necesarias a opinión de los entrevistados para realizar el tamizaje a las embarazadas", distribuyeron de la siguiente manera: Mujer con múltiples Parejas el 16.66, usuarios de Drogas 12.50%,

a toda embarazada el 8.33%, Antecedente de transfusiones el 16.66%, según la normatividad el 8.33%. Otros factores como violación exposición ocupacional, prostitución, tatuajes, perforaciones les correspondió al 37.50%;

EMBARAZADAS	2	8.33
UDI	3	12.50
OTROS FACTORES DE RIESGO	9	37.50
MULTIPLES PARJAS	4	16.66
TRANSFUSIONES	4	16.66
NORMATIVIDAD	2	8.33
Total	24	100.00

En cuanto al conocimiento de la tasa de la transmisión del VIH de la madre al hijo durante el embarazo que es del 25 a 30% en países en desarrollo el personal respondió en un 25% correctamente, el 25% dijo que era mayor (Más de 40%) y el 50% restante dijo no conocer la tasa de transmisión.

La segunda etapa de la recolección de la información consistió en el cotejo de expedientes de las unidades médicas que otorgaron un mayor porcentaje de consultas obstétricas:

Se realizó una revisión de expedientes clínicos en el área de Consulta Externa del INPer y del Hospital de la Mujer.

Se revisaron 206 expedientes clínicos de mujeres embarazadas en control prenatal. Estos fueron obtenidos de la consulta diaria en forma aleatoria, haciendo una revisión de las notas médicas y aplicándoles una cedula de cotejo buscando la frecuencia de búsqueda de factores de riesgo para VIH y otras ITS por parte del personal de salud. Dicha revisión fue al azar, siendo excluidos los expedientes de las mujeres que acudían por primera vez, o que fueran considerados de alto riesgo dentro del periodo del 2002..

Se encontró una edad media de 26.1 años entre las mujeres atendidas, mediana de 25. Desviación estándar de 6.4 y un rango de 15 a 46 años

La escolaridad más frecuente de las mujeres resultó ser la secundaria con el 24.8%, seguida de la primaria, 14%, preparatoria 22.8.% y el resto a incluía técnica, comercial.

Con respecto al lugar de residencia de las mujeres, la mayor proporción correspondió al Distrito federal con 166 casos (80%), seguido del Estado de México con 31, (15%) y el resto otros estados como Hidalgo, Oaxaca, Veracruz, y Michoacán (5%).

La actividad principal de las mujeres fue el hogar con 77.2% (159) seguida de estudiantes 6.3% (13), Empleadas 2.9% (6).

En cuanto al estado Civil, se observó que el 52.2% era casadas. el 28.9% vivían en unión libre, el 17.6% eran solteras y el 1.0% no se le interrogó ó no se registró

El inicio de la vida sexual activa se distribuyó de la siguiente manera: Entre los 10 a 15 años fue el 25.1% (9), de 16 a los 20 años fue el 54.4% (106), de 21-25 años, 21.9% (42) y el resto a otras edades, con un rango de 12 a 34 años con una media de 24.5 años, mediana de 19 años.

En lo que se refiere al promedio de visitas al control prenatal actual: El 34.5% acudió a 2 consultas, el 26.2% a 3 consultas y el 11.7%, restante acudió a 5 consultas de control prenatal.

En cuanto a información acerca de VIH y otras ITS tales como sífilis, gonorrea hepatitis B o herpes, 5 mujeres si la recibieron (2.4%), y 201 no se les proporcionó o no fue registrado (97.6%).

En cuanto a pruebas de refiere al tamizaje para la detección del VIH y otras ITS: al 45% de las mujeres (94) se les practicó alguna prueba para ITS (VDRL, Hepatitis B) de las cuales sólo a 4 para VIH(tenían antecedente violación PS infectada, prueba previa del VIH, y al resto 54.3% (112) no se les realizó ninguna prueba.

CAPITULO DIEZ

Discusión

Entre los resultados obtenidos de la investigación se observa que e el personal de salud entrevistado correspondió a médicos exclusivamente principalmente infectólogos 16.6%, Epidemiólogos y ginecólogos 25.5%, por que le hubiera proporcionado mayor representatividad el haber incluido una mayor numero de entrevistados, lo cual mejoraría los hallazgos.

A pesar de que aún la prevalencia entre la población en general continua baja, el hecho de contar con fármacos profilácticos necesarios y la posibilidad de evitar que continúen naciendo niños infectados, resulta imprescindible la detección oportuna a todas las mujeres en control prenatal, previa consejería y consentimiento informado. El mejoramiento en la calidad de la Atención Prenatal (APN) para las mujeres infectadas por el VIH, especialmente las usuarias de sustancias, la consejería de rutina de VIH y la prueba voluntarias para todas las embarazadas son necesarios para mayor reducción de la infección perinatal por VIH. 19

Por otra parte la capacitación sobre VIH/SIDA entre los entrevistados correspondió al 75% por lo que cabría esperar que la detección aunada a la consejería a las usuarias fuese mayor Sin embargo los hallazgos sugieren poca relación entre la capacitación del personal sobre el VIH/SIDA y la consejería u ofrecimiento de la prueba de VIH a las embarazadas.

Por otra parte los métodos de detección estuvieron disponibles en todas las unidades, observándose que sólo en dos hospitales el Hospital General "Manuel Gea Gonzalez" y el Hospital de la Mujer no cuentan con pruebas confirmatorias, no obstante ser hospitales de concentración

Sabemos la importancia del nivel de escolaridad de la población dado que a mayor nivel suponemos que existe mayor información acerca de la prevención de enfermedades y en este caso se observó que entre las mujeres de la muestra se



observó principalmente con nivel de secundaria con un 25.7% seguido de las que tenían preparatoria o equivalente, Por otra parte sabemos que la edad de la pareja sexual influye considerablemente en la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en las mujeres especialmente en el caso del VIH, debido a que se piensa que a mayor edad, el tiempo de exposición al virus ha sido mayor mediante mayor cantidad de relaciones sexuales del hombre encontrando que los principales grupos de edad de las parejas sexuales corresponden de 21 a 25 años y de 31 a 35 años con un 19.2 y 16.5 por ciento respectivamente, aunque en un 29.12 no se interrogó el dato.

En esta muestra se observó que en los hospitales donde se realizó la revisión de expedientes las mujeres acudieron al control prenatal regularmente en un 93.76% y solo en un 6.3% solo acudían en una o dos ocasiones.

En cuanto a la consejería en los expedientes se observó que la frecuencia en que se otorga consejería acerca de prevención de ITS, después de la prueba correspondió solo al 10.7% y en el 89.3% no se realiza o no es registrado, dato a considerar si se le compara con las respuestas del personal de salud en este rubro

En cuanto a aquellas pacientes que no reciben atención obstétrica en los hospitales donde reciben la atención prenatal, pueden no ser detectadas oportunamente y los hijos pueden ser infectados y no recibir pruebas de detección o tratamiento oportunamente. Por ello cabría seguir estudios a este respecto especialmente por la trascendencia que tiene la prevención perinatal.

Entre los comentarios del personal entrevistado, encontramos que en ocasiones las pruebas de tamizaje no se ofrecen o no son realizadas en las mujeres embarazadas por cuestiones como falta de factores de riesgo evidentes como las situaciones enumeradas en la Norma Oficial mexicana NOM-007 SSA2-1993 Para el embarazo, parto y puerperio, que menciona factores de riesgo tales como Uso de drogas, "prostitución" y transfusiones previas; falta de recursos económicos, políticas administrativas hospitalarias entre otras. Sin embargo, estos estudios han mostrado la

Es importante tomar en cuenta que del 50% de los hospitales visitados, la población usuaria no suele acudir el número de veces necesarias para recibir una atención prenatal adecuada y de buena calidad, al acudir una o dos veces al hospital para recibirla, debiendo considerar que pueden acudir u otro tipo de servicios de salud, dado que la demanda de atención en algunas unidades sobrepasa la oferta de servicios de los hospitales, por lo que se deberán de aprovechar las oportunidades de brindar información para prevenir y detectar el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, durante las consultas de control prenatal.

En cuanto a la Guía de Manejo de la Mujer Embarazada con Infección por VIH, editada por el CENSIIDA se constituye en una herramienta de utilidad para el médico responsable de brindar la atención médica de las mujeres usuarias del control prenatal. por lo que podría ser beneficioso el dar a este documento, una mayor difusión entre el personal de salud a todos niveles.

CAPITULO ONCE

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación pretenden incrementar los conocimientos actuales respecto a la transmisión perinatal o vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en nuestra población. Cabe señalar la importancia de estrategias que refuercen la promoción activa de actividades preventivas, educativas y de control, que se acompañen de mayor información y consejería integral adecuadas; una constante detección de los casos y prevención de las Infecciones de transmisión sexual en todas las mujeres que acuden para su atención prenatal, aplicando intervenciones oportunas de prevención y control del VIH/SIDA en ellas.

Sugiere que las actividades de detección aún continúan requiriendo mayor atención y una mayor y mejor capacitación del personal de salud acerca de los beneficios de la prevención oportuna de infecciones de transmisión sexual entre las mujeres en edad fértil independiente de si tiene factores de riesgo evidentes o no, a través de ofrecer consejería informada y pruebas de detección oportunamente.

Los factores de riesgo pueden estar presentes en las mujeres embarazadas , pero por cuestiones tales como estigmatización, pérdida de trabajo o ignorancia, las mujeres pueden no estar concientes del riesgo de exposición al VIH. Es necesario que el personal de salud tenga en cuenta estos elementos para ofrecer pruebas y consejería a las mujeres y permitirles decidir libremente sobre la decisión de practicarse las pruebas de detección, así como ingerir o no la terapia antirretroviral durante el embarazo.

CAPITULO DOCE

Limitaciones y recomendaciones

Este estudio permitirá determinar tendencias en la de prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en hospitales de concentración pero cuyos resultados no son factibles de aplicar a otros o ser representativos de la población femenina, por lo que es una sugerencia, el constante monitoreo del comportamiento de la infección en las mujeres que acuden a su atención prenatal a las unidades de salud.

Debemos considerar que se trata de un estudio observacional que no contempla alguna intervención en la población de estudio, describiendo la frecuencia, distribución y determinantes de un evento y del cual solo se realizó una medición (transversal).

Por otra parte debe considerarse que aunque los resultados pueden ser similares a otros estudios; existe una falta de representatividad de las mujeres que acuden al control prenatal en hospitales de concentración, que solo ayudan a estimar la prevalencia en la población general. No obstante los resultados sugieren tendencias de seroprevalencia en hospitales que otorgan atención prenatal a las mujeres.

Por ello, se deben considerar prioritarias las acciones de educación y prevención de las infecciones de transmisión sexual para el control y reducción de las mismas, además de sensibilización y capacitación del personal de salud,, para optimizar la aplicación de los recursos públicos, que permita aumentar el impacto del programa de prevención y control del VIH/SIDA y demás ITS.

Por lo tanto es de gran importancia que la atención prenatal debe incidir en orientar la búsqueda de factores de riesgo en toda mujer en edad fértil, para poder ofrecer a la mujer libre decisión de practicarse la prueba de detección de anticuerpos al VIH. Y que no debe de orientarse sólo a grupos con prácticas de riesgo sino a también a toda la población en general

Referencias Bibliográficas

1. Magis RC, Bravo GE, Anaya LL, Uribe ZP. La situación del SIDA en México a finales de 1998 *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas*, noviembre-diciembre 1998, Año 18, Vol.18, No.6 p. 236-244
2. Sepúlveda AJ Brofman PM, El SIDA en México: Características y Perspectivas *Salud Pública de México* julio-agosto, 1988 Vol.30 No.4 P.501-503
3. Zaba B Slaymaker E, Biological Monitoring and surveillance of healthy adults in countries with generalised HIV epidemics, Meeting on second Generation Surveillance, Barcelona Spain, July 2002
4. Magis RC, Bravo GE, Rivera RP, El SIDA en México en el año 2000 en *La Respuesta mexicana al SIDA*, mejores Práctica CENSIDA México 13-15
5. Uribe ZP, Magis RC, Bravo GE AIDS in México, *Journal of the International Associations of Physicians in AIDS Care*. NOVIEMBRE, 1998
6. Ruiz-Argüelles GJ, Ponce De León PS, Ruiz PG El síndrome de inmunodeficiencia adquirida en México *REV. INVES CLIN. MÉXICO* 35 265-266 1983
7. Zolezzi A, Liguori A, Magis C, Valdespino J, García M, Sepúlveda-Amor J. La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México* 1995 Vol. 37, No. 6 582-58
8. Uribe P, Hernández G. Guía para el Manejo de la Mujer Embarazada con Infección por VIH. Tercera Edición CONASIDA México 2000 18-34
9. Martínez SM. Factores Relacionados con la Transmisión Materno-Infantil del Virus de inmunodeficiencia Humana del tipo 1 (VIH-1) Tesis para maestría
10. Informe de labores 2000, Centro Nacional de Prevención y Control del VIH SIDA e Infecciones de transmisión Sexual. CENSIDA/SSA MÉXICO 2000 11
11. Uribe ZP, Ponce de León RS, (eds.) Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. Cuarta Edición. México CONASIDA 2000 101-103
12. Public Health Service task Force. Recommendations for Use of Antiretroviral drugs in Pregnant HIV-1 Women for Maternal Health and Interventions for Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. *Pan Am J of P Health* 2002 vol 9 No. 5 345-348
13. National Institute of Allergy and Infectious Diseases *Hiv Infection in Women* May 2001 www.niaid.nih.gov

14. Newell ML. Vertically acquired HIV infection: Where do we go from here? Program and abstracts of The 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment; July 8-11, 2001; Buenos Aires, Argentina.
15. Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of HIV-1 from mother to infant. *N Engl J Med.* 1996;335:1621-16
16. Ioannidis JPA, Abrams EJ, Ammann A, et al. Perinatal transmission of HIV virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/mL. *J Infect Dis.* 2001;183:539-545
17. Connor EM, Sperling RS, Gever R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of HIV with zidovudine treatment. *N Engl J Med.* 1994;331:1173-1180.
18. Figueroa-Damián R. Evolución de los embarazos de mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Salud Publica Méx.* 1999;41:362-367
19. Martínez-AG, Vásquez de KR; Nava-FM; Santos PJ Infección por VIH en niños mexicanos *Salud Publica de México* Noviembre diciembre, 1995 Vol.37 No.6 P. 572-580
20. Mokotoff ED, Malamud BH, et al. Toward Elimination of perinatal infection of VIH in –Michigan 1993-2000, MMWR Centers for Control and Prevention Diseases. 2002;51:93-97
21. ONUSIDA/OMS Pautas para la vigilancia de segunda Generación del VIH OMS 2000 (OMS/CDS/CDR/EDC/2000.5)
22. CENSIIDA Programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA: 2001-2006 SSA. 2001
23. García-García ML. Valdespino-Gómez JL. Salcedo RA. et al.. Increase in perinatal transmission in a country with high rates
24. Arredondo-García JL. Ortiz-Ibarra FJ SIDA de transmisión perinatal: experiencia del Instituto Nacional de Perinatología *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992 sep;49(9):573-80 SSA1992
25. Del Rio-Zolezzi A. Liguori AL et al. VIH/SIDA y la mujer en México *Rev Salud Publica de Méx.* Noviembre-Diciembre Vol 31 No. 6 581-89
26. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemics Update. December 1999
27. Dirección General de Epidemiología. CONASIDA. Registro Nacional de Casos . Datos al 1° de Enero del 2001
28. Nair P. Argel L. Hines S. Seiden S. Hebel R and Jonhson j. Maternal and Neonatal Characteristics Associated with HIAV infection in Infants of Seropositive Women. *J of Adq Immune Def* 6(3): 298-302; 1993

29. McIntyre J HIV In Pregnancy: A Review. WHO Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 1998 Accessed IN April 18, 2002 www.unaids.gov.org
30. Vandale-Toney S Rico B. Magis-Rodríguez C Trends in the AIDS epidemic in mexican women XI Conferencia Internacional Sobre SIDA Vancouver 1996.
31. Torres-González E. Maternal-Fetal Transmisión of Human immuno deficiency Virus Infection: Mexican experience, XI Conferencia Internacional Sobre SIDA Vancouver 1996
32. García-García ML. Valdespino-Gomez JL. Salcedo RA. Del Rio-Zolezzi A et al. Increase in perinatal transmission in a country with high rates of fecundity. the case of Mexico. X Conferencia Internacional Sobre SIDA 1994
33. Izazola LJ, Una aproximación al análisis costo-beneficio de la prevención de la transmisión vertical del VIH en el Cono Sur. Prevención de la transmisión vertical de VIH / SIDA, Taller subregional Argentina julio 1998
34. Astarloa L, Conclusiones y Recomendaciones Técnicas del encuentro, Prevención de la transmisión vertical de VIH / SIDA, Taller subregional Argentina julio 1998
35. Pedrosa-islas L. Martínez SF. Hernández SP. Magis RC, Detección Oportuna de VIH en mujeres embarazadas. Retos en la prevención de transmisión perinatal VI Congreso Nacional Sobre SIDA; Honduras 1999
36. Hernández GC. Prevalencia de utilización de condón y factores asociados en población general de la ciudad de México, tesis de postgrado México 1996 45-51
37. Platts M. Sida: Aproximaciones éticas UNAM Fondo de Cultura Económica 1ª ed. México 217-233
38. Muma RD, Lyons BA, Borucki MJ, Pollard RB. Manual del VIH para profesionales de la Salud 1a ed. Manual Moderno, México 2000 103-107
39. Salazar PC Estudio de seroprevalencia en una población en riesgo para SIDA, y revisión bibliográfica de la enfermedad Tesis de postgrado Chihuahua México 1988
40. Pedrosa let al. Guía practica de atención prenatal de mujeres con infección por VIH/SIDA, Higiene, Mayo-agosto 2001
41. Centro Nacional para la prevención del VIH/SIDA e ITS, Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, en la pagina electrónica del CENSIDA <http://www.ssa.gob.mx/censida>

Índice de cuadros y figuras

	PÁGINA
Cuadro A Especialidad de los entrevistados en 4 Hospitales de la Ciudad de México.....	46
Cuadro B Cargo de los entrevistados en 4 Hospitales de la Ciudad de México.....	46
Cuadro C.Capacitación en VIH/SIDA de los entrevistados en 4 Hospitales de la Ciudad de México.....	46
Cuadro D Métodos de detección en 4 Hospitales de la Ciudad de México.....	47
Cuadro E. Consultas de primera vez de control prenatal en 4 Hospitales de la Ciudad de México.....	47
Cuadro F. Consultas subsecuentes de control prenatal en 4 Hospitales de la Ciudad de México.....	47
Cuadro G. Número de Consultas promedio en las unidades Visitadas.....	47
Cuadro H Prevalencia de VIH en cuatro Hospitales de la Ciudad de México en el año 2000.....	47
Cuadro 1. Tipo de Pruebas de detección de VIH que se realizan en Cuatro Hospitales de la Ciudad de México.....	48
Cuadro 2. Procedencia de las usuarias del control Prenatal.....	48
Cuadro 3. Antecedente de varias Parejas Sexuales.....	48
Cuadro 4.Escolaridad de las usuarias del Control Prenatal.....	48
Cuadro 5 Antecedente de relaciones sexuales con varias parejas.....	49
Cuadro 6 IVSA en las usuarias del Control Prenatal.....	49
Cuadro7 Uso de condón en las relaciones sexuales de las usuarias del Control Prenatal.....	49

Cuadro 8 Edad de la pareja sexual en las usuarias del Control Prenatal.....	50
Cuadro 9 Antecedente de ITS en las usuarias del Control Prenatal.....	50
Cuadro 10 Antecedente de uso de drogas en las usuarias del Control prenatal.....	50
Cuadro 11 Antecedente de transfusiones previas las usuarias del Control prenatal.....	50
Cuadro 12 Año de las transfusiones de las usuarias del Control prenatal.....	51
Cuadro 13 Antecedente de pruebas previas al VIH en las usuarias del Control Prenatal	51
Cuadro 14 Atención prenatal en embarazos previos en las usuarias del Control Prenatal.....	51
Cuadro 15 Usuarias del control prenatal que acuden a su atención médica.....	51
Cuadro 16 Número de Consultas de control prenatal en el embarazo actual.....	52
Cuadro 17 Semanas de Gestación al Inicio del Control Prenatal.....	52
Cuadro 18 Recepción de consejería sobre ITS durante la atención Prenatal.....	52
Cuadro 19 Atención obstétrica de las usuarias del control Prenatal.....	52
Cuadro 20 Pruebas de tamizaje para ITS a usuarias del control Prenatal.....	53
Cuadro 21 Atención obstetricia de las usuarias del control Prenatal.....	53
Grafica No. 1.....	54
Grafica No. 2.....	54
Grafica No. 3.....	55
Grafica No 4.....	55
Grafica No 5.....	56



Grafica No 6.....	56
Grafica No 7.....	57
Grafica No8.....	57
Grafica No 9.....	58
Gráfica No10.....	58
Grafica No 11.....	59
Grafica No 12.....	59
Grafica No 13.....	60
Gráfica No. 14.....	60
Gráfica No 15.....	61
Instrumentos de Recolección.....	62

ANEXOS

Cuadro A. Especialidad de los entrevistados	Frecuencia	%
Infectología	2	16.6
Epidemiología	3	25.0
Ginecología	3	25.0
MSP	2	16.30
Medicina Familiar	1	8.30
Inmunohematología	1	8.30
Total	12	100.00

Cuadro B. Cargo de los entrevistados	Frecuencia	%
Epidemiólogo	2	16.66
Infectólogo	3	25.0
Jefe de servicio Ginecoobstetricia	2	16.66
Jefe Vigilancia Epidemiológica	1	8.3
Medicina materno-fetal	1	8.3
Medico adscrito	1	8.3
Responsable VIH/SIDA	1	8.3
Subdirector Epidemiología	1	8.3
Total	12	100.00

Cuadro C. Capacitación sobre VIH/SIDA de los entrevistados	No.	%
Con capacitación	9	75.0
Sin capacitación	3	25.0
Total	12	100.00

Cuadro D. Métodos de Detección en los Hospitales Visitados	No.	%
Con Elisa	2	50.0
Con Elisa y Western Blot	2	50.0
Total	4	100.00

Cuadro E. Consultas de Primera Vez a embarazadas, Cd de México, 2000	
	No.
Hospital General "Manuel Gea González"	877
Hospital General de México	27400
Instituto Nacional de Perinatología	3121
Hospital de la Mujer	4554
Total	35952

Cuadro F. Consultas Subsecuentes 2000	
	No.
Hospital General "Manuel Gea González"	3216
Hospital General de México	15311
Instituto Nacional de Perinatología	8524
Hospital de la Mujer	25023
Total	52074

Cuadro G. Numero de consultas promedio en las unidades visitadas	
	No.
Hospital General "Manuel Gea González"	1-2
Hospital General de México	1-2
Instituto Nacional de Perinatología	5 o mas
Hospital de la Mujer	3 a 4

Cuadro H Prevalencia de VIH en Cuatro Hospitales de la Ciudad de México en el año 2000

Hospital	Pruebas realizadas	VIH +	Prevalencia	Embarazadas
HG M. Gea González	2872	32	1.11	—
Hospital General de México	1456	190	13.0	—
Instituto Nacional de Perinatología	780	5	5	5
Hospital de la Mujer	177	3	3	3

Cuadro 1. Tipo de pruebas de detección de VIH que se realizan en Cuatro Hospitales de la Ciudad de México en el año 2000

Hospital	Pruebas Elisa	Western Blot	Otras
HG M. Gea González	SI	--	---
Hospital General de México	SI	SI	---
Instituto Nacional de Perinatología	SI	SI	---
Hospital de la Mujer	SI	--	---

Cuadro 2 Procedencia de las usuarias que acuden a Control Prenatal

RESIDENCIA	Frecuencia	%
Chiapas	1	0.5
Distrito Federal	166	80.5
Edo de México	32	15.5
Hidalgo	2	1.0
Oaxaca	3	1.5
Veracruz	1	0.5
Michoacán	1	0.5
Total	206	100.00

Cuadro 3 Antecedente de varias parejas Sexuales en Usuarias del Control Prenatal

TUVO O TIENE OTRAS PAREJAS SEXUALES	Frecuencia	%
SI	45	21.8
No	148	71.9
No Interrogado	13	6.3
Total	206	100.00

Cuadro 4 Escolaridad de las usuarias del Control Prenatal

ESCOLARIDAD	Frecuencia	%
Primaria	44	21.40
Secundaria	53	25.72
Preparatoria o equivalente	50	24.27
Superior	45	21.84
No interrogado	14	6.79
Total	206	100.00

Cuadro 5. Antecedente de Relaciones Sexuales con Varias Parejas

RELACIONES CON VARIAS PAREJAS	Frecuencia	%
Si	3	1.5
No	133	64.6
No interrogado	70	34.0
Total	206	100.00

Cuadro 6. inicio de vida sexual activa en usuarias de atención prenatal en dos hospitales de la ciudad de México

Grupo de edad IVSA	Frecuencia	%
10-15	29	14.07
16-20	109	52.91
21-25	41	19.90
26-30	7	3.39
31-35	6	2.9
Se ignora	14	6.79
Total	206	100

Cuadro 7. Uso de condón en usuarias de la atención prenatal

Uso de Condón en Relaciones sexuales	Frecuencia	%
Con uso de condón	2	1.0
Sin uso de condón	5	2.46
No se interrogó	199	96.6
Total	206	100.00

Cuadro 8. Edad de la Pareja Sexual de las usuarias de la atención prenatal

Edad de la pareja sexual	Frecuencia	%
15-20	23	11.16
21-25	40	19.41
26-30	28	13.56
31-35	34	16.50
36-40	13	6.31
>41	7	2.42
Se ignora	60	29.12
Total	206	100

Cuadro 9 Antecedente de Infecciones de transmisión Sexual

ITS	Frecuencia	%
Si Tuvo	73	35.43
No tuvo	115	55.84
No se interrogó	18	8.73
Total	206	100

Cuadro 10 Antecedente de uso de drogas de las usuarias del Control Prenatal

ESCOLARIDAD	Frecuencia	%
SI	3	1.5
NO	196	95.0
NO SE INTERROGO	7	3.5
Total	206	100.00

Cuadro 11. Antecedente de transfusiones Previas

TRANSFUSIONES PREVIAS	Frecuencia	%
SI	7	3.4
NO	199	96.6
NO INTERROGADO	0	0.0
Total	206	100.00



Cuadro 12. Año de las transfusiones en usuarias del control prenatal

AÑO DE LA TRANSFUSION	FREC	%
1985	2	28.60
1987	1	14.30
1998	1	14.30
2000	1	14.30
SINFECHA	2	28.60
Total	7	100.00

Cuadro de 13 Antecedente de prueba previa al VIH

Antecedente de prueba previa al VIH	FREC	%
SI	3	1.5
NO	201	97.6
NO INTERROGADO	2	1.0
Total	206	100.00

Cuadro 14 Atención prenatal en embarazos previos

ATENCIÓN PRENATAL	FREC	%
SI	137	66.5
NO	69	33.5
NO INTERROGADO	0	0.0
Total	206	100.00

Cuadro 15 Usuarias del control prenatal que acuden regularmente a su atención médica

CONTROL PRENATAL ACTUAL	FREC	%
SI	193	93.76
NO	13	6.3
Total	206	100.00

Cuadro 16 número de consultas médicas que recibieron las usuarias del control prenatal

NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	FREC	%
1-2	81	39.32
3-4	79	38.34
5-6	28	14.0
7-8	6	3.0
9-10	1	0.5
NOTUVIERON	11	5.33
Total	206	100.00

Cuadro 17 Semanas de gestación al inicio del control prenatal

SEMANAS DE GESTACION	Frecuencia	%
0-16	47	22.80
17- 32	139	67.47
33-36	12	5.82
37-o más	8	3.8
Total	206	100.00

Cuadro 18 Recepción de Consejería sobre ITS durante la atención prenatal

RECIBIO INFORMACIÓN SOBRE ITS	Frecuencia	%
SI	6	2.9
NO	200	97.1
Total	206	100.00

Cuadro 19. Recepción de consejería Sobre ITS después de prueba del tamizaje

Consejería posterior a la prueba	Frecuencia	%
SI	22	10.7
NO	184	89.3
Total	206	100.00

Cuadro 20 Pruebas de tamizaje para ITS a usuarias de I Control Prenatal

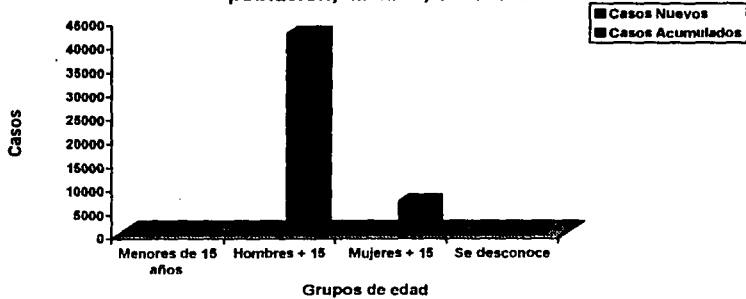
Prueba de tamizaje	ELISA	VDLR	VHB	Total	%
SI	4	88	1	91	44.17
NO	--	--	--	114	55.33
Pendiente	1	--	--	1	0.5
Total	5	88	1	206	100.00

Cuadro 21 Atención Obstétrica de las usuarias del Control prenatal

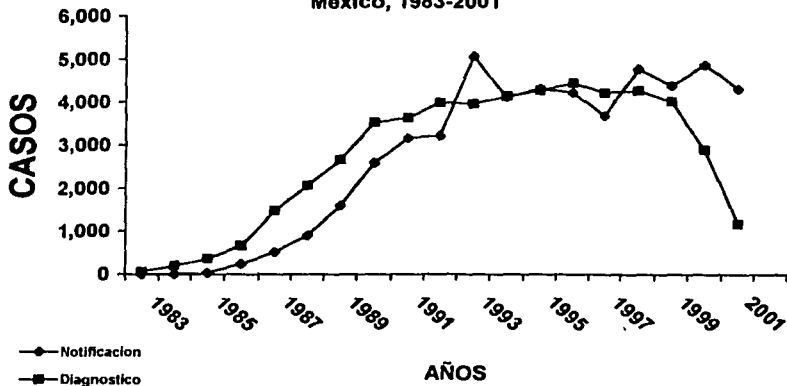
Atención del Parto	Frecuencia	%
SI	10	4.9
NO	196	95.1
Total	206	100.00

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

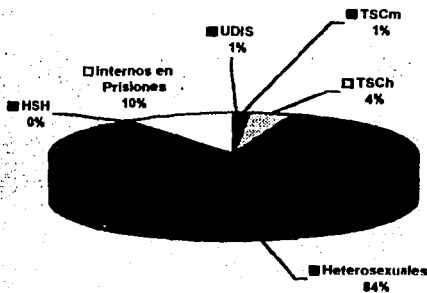
Grafica 1
Casos nuevos y acumulados de SIDA, según grupos de población, México, 1983-2001



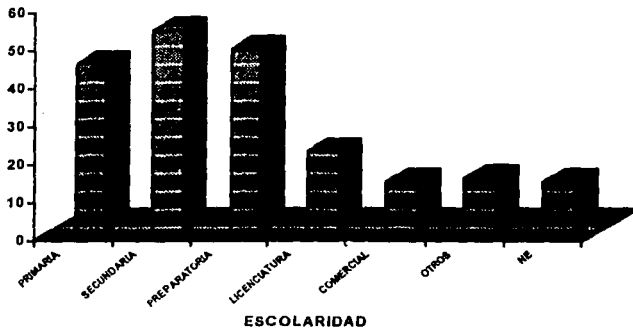
Gráfica 2
Casos de SIDA por año de notificación y año de diagnóstico.
México, 1983-2001

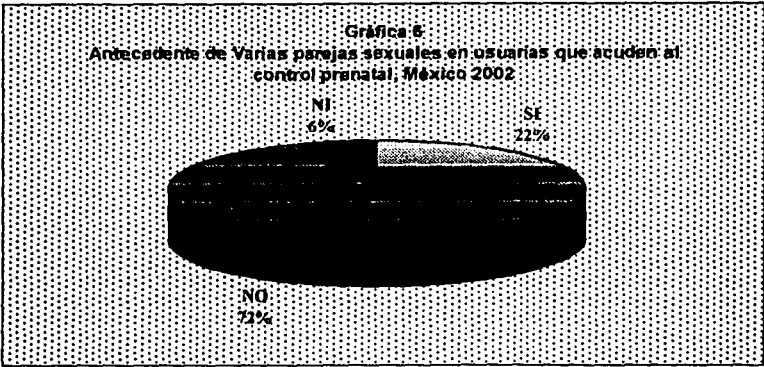
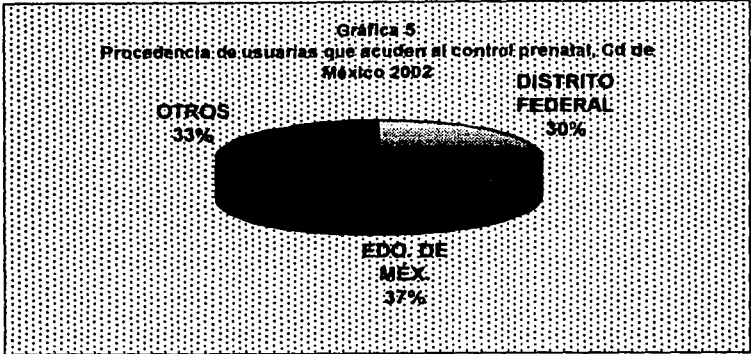


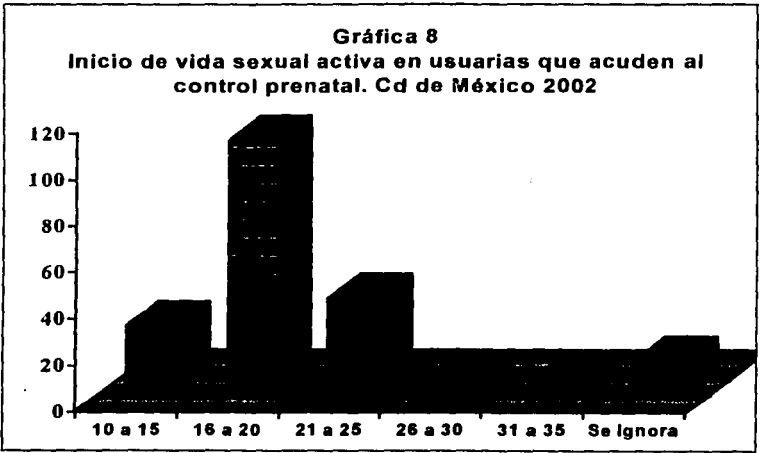
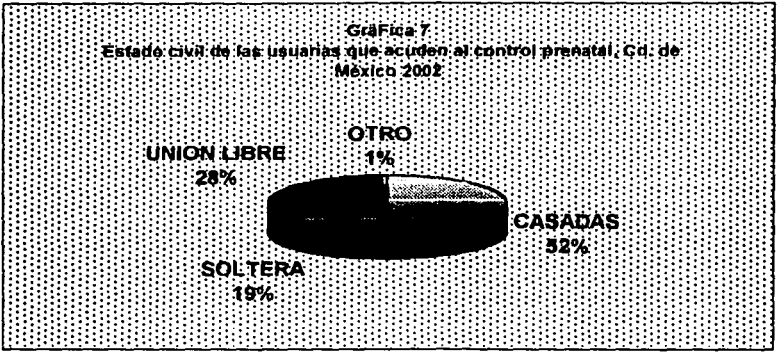
Gráfica3
Prevalencias por subgrupos de la Poblacion, México 2001

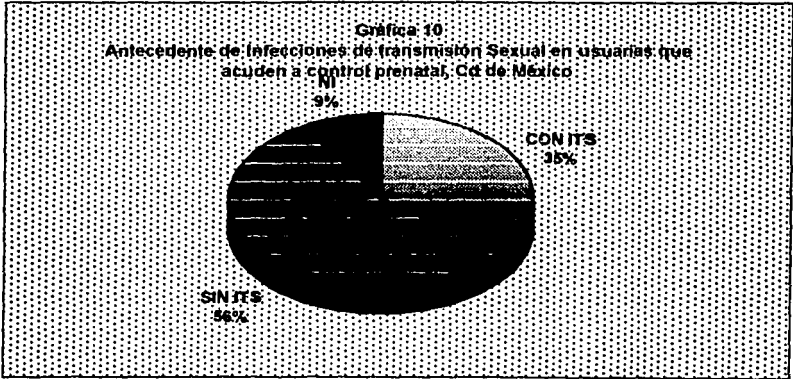
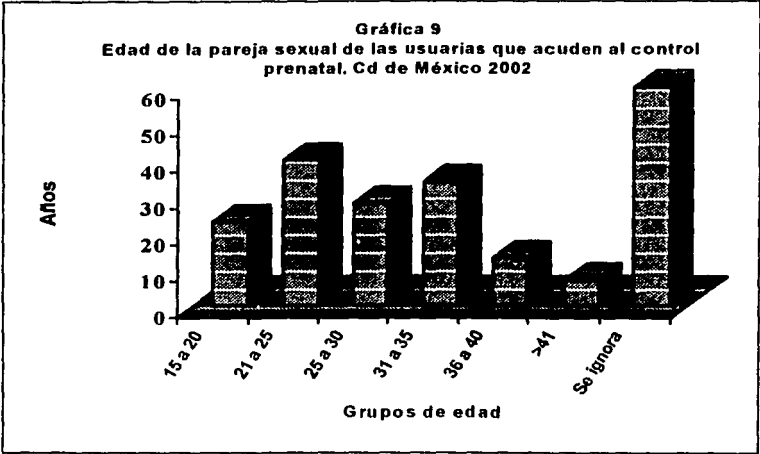


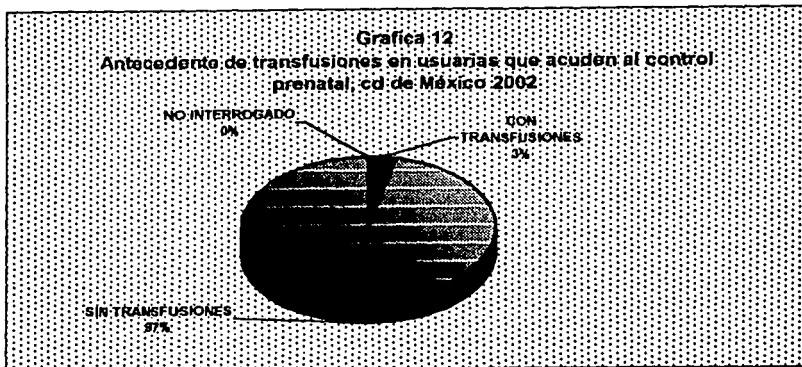
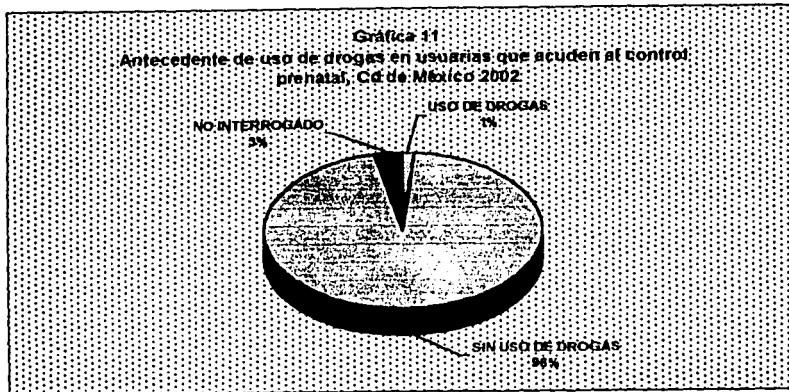
Gráfica 4
Escolaridad de las usuarias del control prenatal. Cd de México, 2002

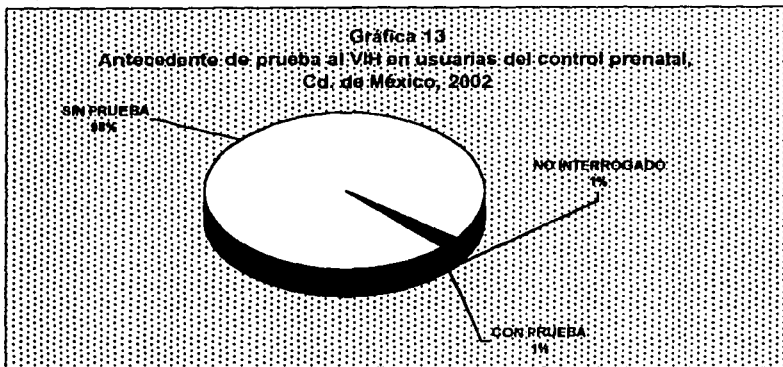




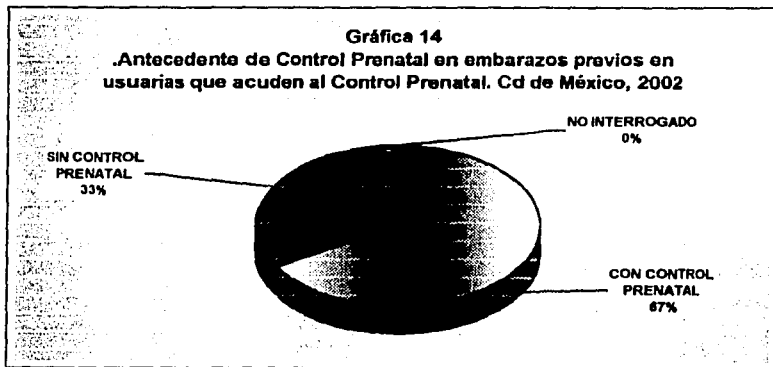








**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



Gráfica 18
Información sobre ITS en usuarias del control prenatal, Cd. De
México, 2002



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
	¿En promedio, cuántas veces acudieron a control prenatal ?	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 o más
	¿A cuántas embarazadas se le realizó la prueba de detección de anticuerpos del VIH?	_____
	¿Cuántas fueron positivas?	_____
	¿Cuántas fueron negativas?	_____
	¿Cuántas fueron indeterminadas?	_____
	¿En promedio, en cuánto tiempo después se les pidió otra prueba de detección (ELISA)?	_____
	¿Qué porcentaje de mujeres solicitaron la prueba de detección del VIH?	_____ % No lo sabe <input type="checkbox"/>
	¿A qué porcentaje de las embarazadas se les ofreció la prueba del VIH?	_____ % No lo sabe <input type="checkbox"/>
	¿A qué se debe que no se ofrezca la prueba a todas las mujeres?	<input type="checkbox"/> No respondo
	De las mujeres a quienes se les ofrece la prueba ¿qué porcentaje se la realizó?	_____ % No lo sabe <input type="checkbox"/>
	¿Qué porcentaje de embarazadas regresó por sus resultados?	_____ % No lo sabe <input type="checkbox"/>
	¿Qué características cree Ud que debe de tener una embarazada para ofrecerle la prueba de detección de anticuerpos del VIH? <i>Se sugiere abrir respuesta</i>	_____ _____
	¿Además de su resultado, se le da consejería o apoyo psicológico a las pacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Qué porcentaje de embarazadas con VIH ha tomado antirretrovirales?	_____ % No lo sabe <input type="checkbox"/>
	¿Conoce Ud en que porcentaje puede una embarazada transmitir el VIH a su hijo?	<input type="checkbox"/> SI _____ % <input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Nunca lo transmite
	Conoce la guía de manejo de la embarazada infectada con VIH del CENSIOA Cuenta con ella en este momento.....No.... Mostrar la Guía al Entrevistado.	<input type="checkbox"/> sí la conozco <input type="checkbox"/> No la conozco <input type="checkbox"/> No le ha revisado <input type="checkbox"/> No la tengo
	¿Quién considera Ud. que debe de decidir sobre tomar antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo, parto o dar la lactancia al recién nacido: el médico o la embarazada?	<input type="checkbox"/> La Mujer <input type="checkbox"/> Su pareja <input type="checkbox"/> El médico <input type="checkbox"/> Otra persona _____

Tiempo en terminar la entrevista _____

(REVISE QUE ESTE COMPLETA LA INFORMACIÓN, INMEDIATAMENTE GUARDE EL CUESTIONARIO COMPLETO.)

LABORO _____

FECHA _____

63

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN