

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO
DE BAJA CALIFORNIA**

**HOSPITAL GENERAL MEXICALI
HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



**“DETECCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA,
SÍFILIS E INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN POBLACIÓN OBSTÉTRICA
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MEXICALI 2012”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CÉSAR MARTÍNEZ SÁNCHEZ

ASESOR:

DR JOSÉ CONRADO CALDERON MACÍAS

CO ASESOR

DRA. CARMEN GORETI SORIA RODRÍGUEZ

Mexicali B.C. a Agosto de 2015.

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO
DE BAJA CALIFORNIA**

**HOSPITAL GENERAL MEXICALI
HOSPITAL MATERNOINFANTIL**

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



**“DETECCIÓN DE INFECCIÓN DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, SÍFILIS
E INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN POBLACIÓN OBSTÉTRICA DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL MEXICALI 2012”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CESAR MARTINEZ SANCHEZ

ASESOR:

DR JOSÉ CONRADO CALDERÓN MACÍAS

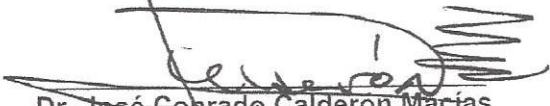
CO ASESOR:

DRA. CARMEN GORETI SORIA RODRÍGUEZ

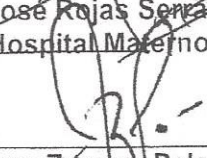
Mexicali B. C. a Agosto de 2015.

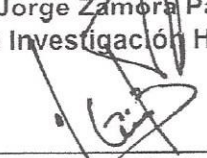
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

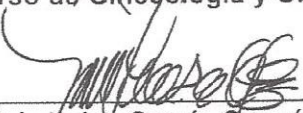

Dr. César Martínez Sánchez
Residente de IV año de Ginecología y Obstetricia

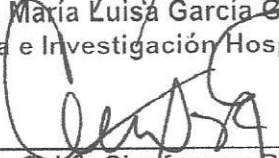

Dr. José Conrado Calderón Macías
Asesor de Tesis


Dr. José Rojas Serrato.
Director Hospital Materno Infantil


Dr. Jorge Zamora Palacios
Jefe de Enseñanza e Investigación Hospital Materno Infantil


Dra. Yolanda Elizabeth Benítez Benítez
Titular de Curso de Ginecología y Obstetricia


Enf. María Luisa García González
Jefa de Enseñanza e Investigación Hospital General Mexicali.


Dr. Cateb Cierfuegos Rascón
Director del Hospital General de Mexicali

AGRADECIMIENTOS.

A Dios ya que me da la fuerza que necesito para continuar con las empresas que me encomienda.

A mi padre Félix Martínez Adrián que en paz descanse.

A mi madre María del Refugio Sánchez Sánchez por siempre darme fuerza para seguir adelante.

A mis hermanos.

A mis maestros a quienes debo todo lo que sé, **en especial a mis asesores** de tesis quienes me han apoyado incondicionalmente.

Al personal de los hospitales en los que he cursado mi carrera desde interno hasta la residencia, con quienes he compartido los días que paulatinamente se han convertido en años de duro esfuerzo.

Y por último pero no menos importante a todas **MIS PACIENTES**, gracias a quienes con su paciencia, apoyo y sobre todo comprensión logre realizar este estudio.

INDICE.

RESUMEN.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. MARCO TEÓRICO.....	12
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
IV. JUSTIFICACIÓN.....	24
V. OBJETIVOS.....	25
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	26
VII. METODOLOGÍA.....	27
a. Diseño del estudio.....	27
b. Fuentes para la obtención de Pacientes.....	27
c. Universo, muestra y tamaño de la muestra.....	27
d. Instrumentos para la recolección de datos.....	28
e. Criterios de inclusión y exclusión.....	28
f. Variables.....	28
VIII. RESULTADOS.....	31
IX. DISCUSIÓN.....	34
X. CONCLUSIONES.....	37
XI. RECOMENDACIONES.....	38
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	39
XIII. ANEXOS.....	41

“DETECCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, SÍFILIS Y VIRUS DE HEPATITIS C EN POBLACIÓN OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MEXICALI 2012”.

TÍTULO: Detección de infección por virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y virus de hepatitis C en población obstétrica del Hospital Materno Infantil Mexicali 2012.

ANTECEDENTES. La incidencia de VIH, Sífilis y Hepatitis C se considera como baja en la población en general sin embargo en la población obstétrica de la ciudad nunca se ha realizado un estudio prospectivo previo a la atención obstétrica en población general para detectar individuos con infección asintomática los cuales son los principales portadores y a su vez el principal vehículo de propagación de las enfermedades.

A partir de su aparición a finales del siglo XX el VIH/SIDA se convirtió en la pandemia de crecimiento más rápido la cual aumento estratosféricamente los gastos en salud de los sistemas públicos y privados en todos los países del mundo. La lucha por disminuir las tasas de transmisión vertical y que se disminuya la incidencia de enfermedades emergentes como lo son Sífilis, Hepatitis C, también han causado preocupación en los organismos internacionales encargados de proveer información y protocolos de trabajo en materia de salud. Actualmente el punto de vista preventivo en la población obstétrica se centra en disminuir el riesgo de transmisión vertical de estas tres infecciones que no solo tiene repercusión materna sino fetal, y a su vez, presentar un reto para los organismos sanitarios y de salud pública en el mundo. A pesar de los adelantos en los métodos de detección, uno de los principales problemas siguen siendo los altos costos en los medicamentos, los cuales pueden llegar a ascender a varios miles de pesos al mes en aquellos que no cuentan con seguridad social. Las repercusiones fetales de estas infecciones pueden ir desde el no presentarse transmisión vertical, hasta el óbito fetal o la transmisión perinatal de infección materna.

JUSTIFICACIÓN: El manejo de la población con estado inmunológico y serológico, varía al compararse con la población con infección por virus de Hepatitis C o infección por VIH, así como también lo es de la población con sífilis, 3 de las entidades nosológicas de mayor trascendencia perinatal, El conocer a que se enfrenta el obstetra es una de las herramientas principales para la prevención y evitar lesiones fetales o maternas, en el caso de las pacientes VIH +, Hepatitis C + o con infección por *Treponema pallidum*, lo importante es evitar la transmisión vertical hacia el recién nacido. Las consecuencias perinatales. Es necesario evitar la transmisión vertical de estas entidades debido a las secuelas que pueden presentar los productos de madres portadoras.

OBJETIVOS. Detectar pacientes obstétricas con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Sífilis e infección por Virus de Hepatitis C. Conocer la frecuencia de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Sífilis y Hepatitis C, en población obstétrica del Hospital Materno Infantil Mexicali. Descartar seroconversión de pacientes previamente tamizadas como seronegativas a VIH.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio prospectivo con pruebas rápidas positivas para VIH y Sífilis a 100 pacientes previo a la atención de evento obstétrico y 50 posteriores a evento obstétrico. Se realizan 30 Pruebas rápidas al azar en pacientes previa atención de evento obstétrico, y 50 posteriores a evento obstétrico. Se excluyeron todas aquellas pacientes que no aceptaran el realizarse pruebas rápidas de detección, todas aquellas paciente previamente conocidas con alguna de las enfermedades antes mencionadas. Para la obtención de información se tomaron los datos de las pacientes como son nombre edad, sexo, número de expediente, resultados de pruebas rápidas y resultados de pruebas de confirmación. A su vez se tomaron datos relevantes para el padecimiento actual como son, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales presencia o no de varón de alto riesgo, personas con historial de transfusiones, o uso de drogas vía intravenosa, o personas dedicadas a la prostitución. Cabe destacar que se trató solo de las pacientes internadas a los servicio de labor o urgencias que se ingresaron a través del servicio de admisión del 24 de Agosto del 2011 al 31 de Diciembre del 2012.

RESULTADOS. Se tuvo un total de 19470 consultas con un total de 10502 nacimientos, en los cuales se detectaron un total de 18 pacientes con Sífilis mediante prueba rápida y se confirmaron mediante FTA abs, de los estudiados en Hospital Materno Infantil Mexicali. Solo 1 de las pacientes tamizadas se realizo diagnostico de infección por virus de inmunodeficiencia humana la cual se realizo estudio confirmatorio. En cuanto a las pruebas rápidas para Hepatitis C se 3 pacientes con estudio confirmatorio posterior en el seguimiento. Solo se presento 1 caso de co-infección de VIH y sífilis. Solo se presento 1 caso de transmisión vertical de infección por virus de inmunodeficiencia humana.

CONCLUSIONES. El uso de pruebas rápidas con resultado positivo para VIH y Hepatitis C previo al evento obstétrico alerto a los médicos tratantes para disminuir el riesgo de transmisión vertical de la enfermedad. En el caso de los pacientes con sífilis se aplicó el tratamiento convencional dando excelentes resultados. El uso de los protocolos de manejo de pacientes obstétricas seropositivas abre las puertas a que mayor cantidad de personal se involucre en la promoción de la salud a su vez que ayudar a concientizar a la población en los riesgos y las consecuencias de vivir con este tipo de infecciones y la necesidad de volver proactivos en su tratamiento.

I. INTRODUCCIÓN.

Desde la década de 1980 a nivel mundial encontró un nuevo enemigo a la salud, en ese entonces era una enfermedad desconocida que tenía hasta cierto punto tintes homofóbicos pues en un inicio fue llamado virus de inmunodeficiencia homosexual, puesto que los primeros casos reportados a nivel mundial fue en varones homosexuales. (6)

Actualmente la pandemia se puede sentir en todos los rincones del planeta mermando el desarrollo económico y social de las comunidades más necesitadas como son el cinturón de pobreza del África subsahariana, o las regiones de turismo sexual en el sureste asiático o las playas del Caribe y las Antillas. (20)

Este enemigo no respeta raza, posición social, nivel socioeconómico o grado de escolaridad, el Virus de Inmunodeficiencia Humana se ha convertido en un verdadero lastre de la sociedad y ha encarecido los costos en el manejo de los pacientes, así como también trajo nuevamente a la luz infecciones las cuales se encontraban relativamente con niveles estables y en vías de erradicación en varias partes del continente. (13)

El VIH, a su vez hizo emerger a un viejo conocido del mundo como es la sífilis con sus repercusiones en la salud de hombres, de mujeres, y de los productos de mujeres gestantes que se infectan con *Treponema pallidum*, el cual es causante de un conjunto de alteraciones las cuales se agrupan bajo el nombre de sífilis congénita. (22)

Además de las alteraciones fetales y musculo esqueléticas, la sífilis tiene repercusión hemodinámica y el futuro obstétrico pues es causante retraso en el crecimiento intrauterino y pérdida gestacional recurrente. (22)

Para la realización de esta investigación se contó con el apoyo de los departamentos de estadística de los hospitales estudiados, así como del servicio de Epidemiología, se recabo información de las libretas de procedimientos y se obtuvo información del servicio de Neonatos del hospital para tener los diagnósticos perinatales de los productos estudiados.

II. MARCO TEÓRICO.

El primer caso de infección por Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se realizó en Kinshasa Zaire en la década de los 70's del siglo pasado. En un inicio se consideraba una enfermedad desconocida, sin un origen biológico aparente. (6)

En Estados Unidos de América en 1978 se detectó el primer caso oficial de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en un varón homosexual de 25 años. (6)

En 1981 se describió una relación causa efecto sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en varones homosexuales con sarcoma de Kaposi o neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (antes *P. carinii*). (6)

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los de los problemas de salud pública más crecientes de las ultimas 3 décadas, en el mundo se considera como la pandemia de mayor crecimiento en el último siglo, a pesar de haber sido detectado como causa de enfermedad y muerte hasta junio de 1982 cuando se le dio nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida al conjunto de signos síntomas causados por la evolución natural de la enfermedad ocasionada por dicho virus, y las enfermedades emergentes que de ello emanaron a finales del siglo XX. (21)

Por eso se dio a la tarea de realizar pruebas de detección oportuna en población en edad reproductiva por su consiguiente efecto en la población neonatal y la velocidad de propagación exponencial de la infección, hasta 4 veces más que en la población general. (20)

Para la década de los 80's ya se conocía que esta enfermedad era causada por un virus que utilizaba a las células del sistema inmunológico como reservorio, utilizando su maquinaria genética para la replicación de su información viral. (10)

Este es el prototipo de los retrovirus, pues utilizan la transcriptasa reversa para incluir su ADN en el genoma del huésped, disminuyendo la cantidad y capacidad funcional de los linfocitos en especial los T CD4 o ayudadores. (2)

Este virus cuenta con múltiples factores que promueven su infección, desde el punto de vista inmunológico, cuenta con 2 correceptores de citosinas, como son:

- CCR5 (M-Tropic)
- CXCR4 (Linf T Tropic VIH).

CCR5 tiene alta utilidad cuando se intenta observar el tipo de transmisión sobre todo por vía sexual. Este a su vez presenta un polimorfismo marcado,

pudiendo variar los niveles de expresión de los Linfocitos T, lo cual da la pauta para la infección o expresión de la infección por VIH. (2,5)

Este polimorfismo es más común en Afroamericanos y afro caribeños, que en caucásicos o hispanos.

El primer caso de un producto con VIH fue descrito en 1982, quedando establecido que los hijos de madre VIH positivas pueden adquirir la infección.

Durante la década de los 90's la prevalencia de mujeres infectadas con VIH creció de manera exponencial, siendo necesario implementar políticas de salud pública así como de control poblacional en las zonas de alta tasa de infección por VIH. Intentos iniciales en 1996 fueron sugeridos por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la detección y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. Fue hasta los primeros años de la década pasada que se integró al control prenatal obligatorio el escrutinio de VIH/ Sífilis en las pacientes obstétricas de primero, segundo y tercer nivel de atención. (2, 9, 13)

La infección por virus de inmunodeficiencia humana es primordialmente por la vía sexual aproximadamente el 99% de las personas se contagian por contactos sexuales no protegidos, con personas asintomáticas o que desconocen su estado inmunológico y serológico con respecto a la infección. (4)

Otras vías de transmisión del virus son por compartir agujas para el consumo de drogas intravenosas con personas seropositivas. Antes de 1988 los bancos de sangre en todo el mundo tenían sistemas de regulación y control de calidad muy limitado sobre todo en la detección de sujetos seropositivos, esto aunado a la falta de información y desconocimiento en los primeros años sobre los mecanismos de transmisión del virus trajeron como consecuencia la transmisión por vía transfusional no solo de VIH sino también de Hepatitis C. (2, 11)

La vía perinatal es la que nos interesa en este estudio, siendo causa de aproximadamente 11 % de las muertes en el África subsahariana, Con una tasa de transmisión de la infección por vía vertical que va de un 11 a un 33% dependiendo de la zona geográfica que se estudie. Las zonas de mayor tasa de infección son los países africanos, como República Democrática del Congo, Uganda, Botsuana Costa de Marfil. En Asia: India, Tailandia, Camboya, Vietnam. En Europa Francia España y Reino Unid. En América, México, Estado Unidos de América, Brasil, Cuba. (11, 12, 19, 20)

Lo cual se ha visto que es indistinto de raza, credo, estado civil, condición social, ingreso per cápita, grado escolar o preferencias sexuales.

Al inicio de la pandemia se consideraba y se estigmatizó a los homosexuales como la causa y la vía de diseminación de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, posteriormente se observó que es el varón de alto

riesgo. El cual es aquel que tiene múltiples parejas sexuales, usuarios de drogas intravenosas, aquel varón que se ha ingresado a centros penitenciarios.

Los factores de riesgo para contraer infección por virus de inmunodeficiencia humana son (20, 25):

- Inicio de vida sexual activa menor de 14 años.
- Múltiples parejas sexuales (incluyendo prostitución o violaciones).
- Varón de alto riesgo (usuario de drogas intravenosas, bisexual, promiscuo).
- Historial de Infecciones de transmisión sexual de repetición.
- Transfusión sanguínea antes de 1990.

Los grupos vulnerables a la infección por VIH/SIDA son(8, 12):

- Homosexuales.
- Heterosexuales promiscuos.
- Trabajadores sexuales.
- Víctimas de violación.
- Mujeres y niños (abuso)
- Población migrante (inmigrantes indocumentados).
- Personas en situación de calle.
- Usuarios de drogas intravenosas.
- Pacientes en instituciones penitenciarias.

Según estudios realizados por CDC de Atlanta el patrón epidemiológico de la infección por VIH ha cambiado en los últimos 10 años, de ser una enfermedad prácticamente relegada a homosexuales y sexoservidoras al inicio de la década de los 80's del siglo pasado actualmente, es una enfermedad que ataca principalmente a los jóvenes, heterosexuales y no necesariamente que hayan tenido relaciones sexuales con múltiples parejas previo a la primo infección por VIH. (2)

Otro punto importante a tratar son los 2 tipo de virus de inmunodeficiencia humana que actualmente se conocen, el tipo 1 o VIH -1 el cual principalmente se

encuentra en Europa, América Latina , Noreste Asiático. El cual presenta una tasa de replicación y mutaciones relativamente baja comparada con el virus tipo 1 o VIH-2 el cual se encuentra principalmente en África, Sureste Asiático y Oceanía presentado actualmente brotes de casos alrededor del mundo, el cual es altamente mutagénico, resistente a la polifarmacia antirretroviral y con una tasa de replicación elevada. (2, 4, 6, 16)

El VIH/SIDA tiene un periodo de incubación de aproximadamente 3 - 6 semanas, periodo en el cual se inicia la formación de anticuerpos sobre todo contra la unidad p24. El periodo que transcurre entre el inicio de la producción de anticuerpos y la detección por pruebas diagnósticas convencionales se conoce como periodo de ventana, periodo en el cual un individuo es altamente contagioso y se encuentra asintomático. (2, 25)

El cuadro clínico de la primo infección por virus de inmunodeficiencia humana es conocido como síndrome retroviral agudo, y consiste en:

- Fiebre.
- Rinorrea ocasional.
- Adenopatías
- Artralgias, mialgias.
- Dermatitis

En raras ocasiones el cuadro clínico debuta con:

- Diarrea.
- Crisis convulsivas.
- Hepatopatía.

El diagnóstico de la infección por el VIH consta de lo siguiente. (4, 9, 12)

- Cuadro clínico sugestivo el cual no orille a realizar.
- Pruebas de ELISA para VIH 1-2.
 - Se requieren 2 pruebas positivas en un periodo de 6 meses.
 - Prueba confirmatoria con Western Blot. De ser positivo el diagnóstico es confirmatorio.

Existen estudios complementarios los cuales nos ayudan a determinar y clasificar el estado inmunológico del paciente seropositivo como son:

- Conteo de linfocitos T CD4.
 - Mayor de 500.
 - Menor de 500 – mayor de 200.
 - Menor de 200.
- Carga Viral.

Estos 2 estudios aunados a la aparición de enfermedades oportunistas dan a características clínicas del paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (6, 10, 20, 24)

Se dividen en:

- Enfermedades bacterianas.
 - Tuberculosis.
 - Sífilis.
 - Neumonía.
 - Septicemia.
- Enfermedades protozoarias.
 - Leishmaniosis.
 - Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
 - Toxoplasmosis cerebral.
- Enfermedades Micóticas.
 - Candidiasis
 - Criptococosis.
- Enfermedades Virales.
 - CMV.
 - Herpes simple
 - Herpes zoster.
- Enfermedades Neoplásicas.
 - Sarcoma de Kaposi.
 - Linfoma de células B.

A pesar de los esfuerzos de organismos no gubernamentales, de la sociedad civil y de las instituciones, publicas privadas, nacionales e internacionales para la erradicación de la infección por virus de inmunodeficiencia humana cada año alrededor de 4500 personas se infectan en México. (13)

Todo tipo de detección de VIH independientemente del reactivo debe de cumplir con los requerimientos estipulados en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Las pruebas rápidas son una alternativa para la detección de infecciones no solo por virus de inmunodeficiencia humana, sino también por sífilis y virus de hepatitis C. El mecanismo de acción es similar a las pruebas de ELISA ya que llegan a tener sensibilidad y especificidad cercana a 100%. (7, 14)

Son de vital importancia ya que son una alternativa en regiones en las cuales no se cuenta con la infraestructura para contar con un laboratorio o para trabajo de campo en condiciones especiales.

Dan como ventaja en las pacientes obstétricas la tranquilidad de conocer su estado serológico de VIH, sífilis y otro tipo de infecciones como el virus de hepatitis C. (7, 11, 14)

Ayudan a disminuir el riesgo y en ciertos casos a evitar la transmisión vertical de estas infecciones. Instituyendo terapia antirretroviral y sustitutos de la leche materna. (11, 19)

Ante todo hay que respetar los derechos generales de los pacientes, antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico es necesario que el paciente entienda las características de las pruebas rápidas y respetar la decisión de realizarse o no dicha prueba, para lo cual la Norma Oficial Mexicana solicita de manera obligatoria la firma del consentimiento informado.

Los criterios de Tratamiento en la actualidad para las pacientes obstétricas no son muy diferentes de los de la población en general. (1, 3, 4, 16)

- Linfocitos T CD4 menos de 500.
- Carga viral mayor de 1000.
- Presencia de enfermedades oportunistas.

Las bases para la aplicación de terapia antiretroviral en los pacientes se define en múltiples estudios realizados a través del mundo desde lugares tan lejanos como Botsuana o Uganda, a países latinoamericanos como Argentina y Brasil en los cuales los estudios ha demostrado que el uso de terapia antiretroviral a partir de la semana 28 o de manera sostenida desde la 6 – 8 semanas de gestación disminuyen el riesgo de transmisión perinatal a menos del 4%, de los productos de madres VIH positivas. (1, 3, 4, 16)

En otros estudios han valorado como factor de riesgo perinatal de infección la vía de terminación del embarazo y se ha llegado al acuerdo de salvo se presente ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas la mejor vía de interrupción del embarazo para pacientes seropositivas a VIH es la abdominal. Esto aunado a la terapia antirretroviral ha disminuido las tasas de infección a menos del 1%. (1, 3, 4, 16)

La terapia antirretroviral recomendada desde los primeros estudios realizados por el PACTG desde la década de los 90 el cual indica que el

medicamento de primera elección en población gestante es **Zidovudina**. A razón de 300 mg VO cada 12 horas. (1, 3, 4, 16)

En caso de presentarse ruptura de membranas la recomendación realizada por UNAIDS, quien es el brazo operativo en contra del VIH/SiDa por parte de la Organización de la Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud en contra del VIH, sostiene que el uso de Zidovudina 30 – 60 minutos previos a la interrupción del embarazo vía abdominal protege más allá del 95% a los productos de madres seropositivas para VIH.

El manejo del recién nacido se inicia 6 horas posteriores aplicándose zidovudina en solución oral 10mg/ml.

Los principales mecanismo de infección vertical estudiados son:

- Infección ascendente (secreciones cervicales)
- Exposición a secreciones vaginales.
- Células infectadas que pasan al feto.
- Infección viral a través del sincitiotrofoblasto.

La carga viral materna juega un papel crucial en la transmisión perinatal, Gracia y cols en 1990 documentos que dependiendo de la carga viral era la probabilidad de transmisión perinatal. Pacientes con cargas virales no detectables el riesgo de transmisión es de 0% pacientes con cargas virales mayores a 100, 000 copias el riesgo de transmisión es mayor al 63%. (2, 4, 19)

Otros factores relacionados al riesgo de transmisión perinatal son:

- Ruptura de membranas mayor a 4 horas.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Episiotomía.
- Inducción de trabajo de parto.
- Amniocentesis.
- Biopsia de cuero cabelludo fetal.
- Biopsia de vellosidades coriónicas.
- Infecciones de transmisión sexual maternas.
- Lactancia materna en puerperio.

Estudios realizados en Botsuana y Uganda han demostrado que si la paciente se le aplican antirretrovirales durante la gestación y se sustituye la lactancia materna por formula láctea el porcentaje de transmisión perinatal es muy similar al de los países desarrollados. Si se complementa la lactancia materna con la aplicación de antirretrovirales el riesgo de transmisión perinatal aumenta al 11% y si no se aplican antirretrovirales el riesgo de transmisión aumenta a casi un 25%. (20)

Por lo tanto lo más adecuado es la detección oportuna, la interrupción electiva vía abdominal y evitar alimentación al seno materno.

Sífilis.

La Lúes o sífilis es conocida por la humanidad desde la edad antigua existen códices y papiros de antiguas civilizaciones mesoamericanas los cuales ya hablaban de este tipo de lesiones los cuales se curvan comiendo tortilla enmohecida. (21, 22)

Adquiere su importancia médica en el siglo 18 al detectarse casos de Neurosífilis en la familia Real de Inglaterra lo cual conmueve a la sociedad de la época.

Esta infección es causada por una bacteria de la familia de las espiroquetas llamada *Treponema pallidum*. El treponema es una bacteria la cual ingresa a través de epitelios dañados, posteriormente ingresando al torrente sanguíneo donde produce sustancias químicas similares a los mucopolisacáridos. Lo cual enmascara su etapa inicial de infección, llegando al espacio perivascular donde produce vasoconstricción, necrosis e induración del tejido lo que es comúnmente conocido como chancro. (22)

En este instante transcurre el primer período infeccioso o sífilis primaria, es la etapa comprendida entre la inoculación y la aparición del chancro. El periodo de incubación del *T. pallidum* es de 21 días aunque se han reportado casos de 10 – 90 días. Se caracteriza por una lesión de contornos regulares borde firme levantado no dolorosa conocida como Chancro generalmente es único aunque puede llegar a ser múltiple.

La sífilis secundaria se presenta posterior al período de 90 días y se caracteriza por lesiones en palmas, plantas o diseminadas por el cuerpo. Esta etapa dura hasta dos años posteriormente dando lugar a la sífilis tardía o latente.

Estas etapas se caracterizan por presentarse en pacientes los cuales no recibieron tratamiento médico. Los datos de sífilis tardía corresponden a las lesiones articulares o gomas sifilíticas, tabes dorsal, ataxia, cardiopatía, lesión vascular. Este puede presentarse entre los 10 a los 30 años posteriores a la primo infección y en los casos en los que no se recibió el tratamiento. (1)

El diagnóstico de sífilis se realiza a través de pruebas de observación directa en campo oscuro. Así como también pruebas treponémicas y no treponémicas.

La ventaja de las pruebas no treponémicas es que no se requiere de un laboratorio altamente sofisticado para procesarse y leerse el resultado, la desventaja es que son altamente inespecíficas y tanto VDRL como RPR tiene un alto índice de falsos positivos.

Factores como las enfermedades autoinmunes, enfermedades de la colágena, incluso el catamenio puede presentar pruebas no treponémicas positivas.

La pruebas confirmatorias como Absorción de Anticuerpos Fluorescentes contra *Treponema pallidum* (FTA abs), es la prueba confirmatoria por excelencia de infección. El resultado se reporta en cruces de + / +++. Cuenta con múltiples variantes pero ninguna es de utilidad en sífilis terciaria o pacientes con reinfección.

En México en el año 2006 se realizó un estudio transversal para detectar la seroprevalencia de infección por sífilis. En ese estudio realizado en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México se detectó una seroprevalencia del 0.3% (4/1332) en un inicio se realizó escrutinio con prueba rápida de Determinación TP, los cuales fueron confirmados mediante FTA-ABS. (1, 15)

El tratamiento de los pacientes con sífilis no ha cambiado mucho a lo largo de los años se ha visto que *Treponema pallidum* es la única bacteria de significado clínico importante que no es resistente a la acción de la penicilina.

El régimen más utilizado es el de Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular profunda dosis única para sífilis primaria, con 2 dosis subsecuentes de 2.4 millones de unidades cada semana durante 3 semanas.

El manejo de las formas como sífilis secundaria o sífilis latente o sífilis terciaria no tiene variantes.

Existe variante terapéutica en los casos de paciente que desarrollan Neurosífilis, utilizando Penicilina sódica cristalina 18 – 24 unidades divididas cada 4 a 6 horas o en infusión continua combinada con Probenecid 500 mg VO cada 12 horas ambos por 10 a 14 días. (1, 15, 21, 22)

El uso de ceftriaxona 2 g IM dosis única en pacientes alérgicos a la penicilina no ha comprobado gran tasa de curación.

Lo recomendado en las pacientes gestantes es la aplicación de 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatínica vía intramuscular en los casos de sífilis primaria con una tasa de curación del 99-100%.

En los casos en los cuales existen paciente con alergia a la penicilina hay que desensibilizarlos y posteriormente dar el tratamiento convencional con penicilina.

La sífilis congénita es la infección perinatal más común causante de alteraciones fetales y pérdida gestacional recurrente.

Se considera un problema de salud mundial importante, tanto en población general como en población obstétrica, la incidencia de casos neonatales con alteraciones asociadas a infección por esta bacteria se había mantenido estable hasta la década de los 80's en el siglo pasado en la cual la pandemia de VIH la nombro como una de las enfermedades emergentes. Sin embargo esta vieja conocida de la sociedad ha sido relegada en importancia debido a otras causas de malformaciones y muerte incluso en los países altamente industrializados se ha

menospreciado el impacto de la infección por sífilis debido a que las pruebas iniciales de detección son altamente inespecíficas y el seguimiento en las pacientes obstétricas generalmente es pobre

Con estas medidas las tasa de sífilis neonatal han disminuido a casi un 3 % del total de nacimientos en el mundo.

Hepatitis C.

El virus de Hepatitis C es un problema de salud preponderante y la causa principal de hepatopatías crónicas a nivel mundial y con riesgo elevado de desarrollar carcinoma hepatocelular los portadores de este virus.

En estados Unidos la prevalencia de infección de Virus de Hepatitis C fue de 4.1 millones de personas de las cuales el 80% se espera se encuentren con viremia.

En Estados Unidos debido a los problemas legales que conlleva toda solicitud de laboratorios en búsqueda de virus, se crearon guías de recomendación para la realización de tamizaje a la población de riesgo y no se recomienda el uso de pruebas rápidas como tamizaje en población abierta. (8, 11, 18, 24)

El estudio en búsqueda de Virus C se recomienda en:

- Usuarios de drogas intravenosas
- Pacientes con VIH.
- Pacientes que recibieron hemoderivados antes de 1987 en estados unidos y en México antes de 1996.
- Personas sometidas a hemodiálisis.
- Pacientes con transaminasemia inexplicable.
- Receptores de órganos por trasplante.
- Hijos de madres Infectadas por Virus C.
- Personal de salud posterior a accidente con punzocortantes.
- Compañeros sexuales de personas con Virus de Hepatitis C.

La hepatitis C es de las hepatopatías menos frecuentes en la población general que tiene una repercusión obstétrica importantísima debido alrededor del 1% de las pacientes obstétricas presentan esta infección.

La trascendencia recae en el diagnóstico diferencial con otro tipo de enfermedades hematológicas y sobre todo determinar alteraciones secundarias a estados hipertensivos como es el síndrome de HELLP.

Aunque generalmente las pacientes con infección por virus de hepatitis C son asintomáticas lo cual conlleva a no detectarse a tiempo e iniciar terapias que disminuyan el riesgo de transmisión perinatal. Por lo tanto la mayor cantidad de pacientes a las cuales se les realiza la detección son aquellas con factores de

riesgo para la infección o pacientes con hepatopatía avanzada la cual se solicita panel viral en búsqueda de infección.

Entre estas tres patologías previamente descritas se conlleva una carga tanto física, psicológica y económica importante, tanto por parte de las pacientes como del personal de salud a cargo del manejo de las mismas.

Los sistemas de salud en México y en el mundo han probado ser insuficientes para costear el tratamiento a largo plazo de estas pacientes, por lo que las políticas de salud pública se han dirigido a la detección oportuna

El uso de pruebas rápidas para la detección de infección por virus de Hepatitis C fue recientemente aprobada en 2010 por la Food and Drug Administration de Estados Unidos, este tipo de prueba detecta anticuerpos en aproximadamente 20 minutos y fue propuesta para personas mayores de 15 años con factores de riesgo para la infección por virus de hepatitis C. (1, 8, 11)

Este padecimiento tiene mayor importancia desde el punto de vista materno debido a que existe una descompensación hemodinámica importante que conlleva a disminución funcional hepática subsecuente, que aunado a la hepatopatía crónica promueve la falla hepática. Es por este motivo que el manejo convencional con interferón alfa 2pegilado se reserva solo para los casos en los cuales las pacientes tienen datos de falla hepática y la edad gestacional se encuentra lejana al término. Con el consecuente riesgo de óbito fetal o lo más común la restricción del crecimiento intrauterino. El uso de Rivabirina está contraindicado en el embarazo por sus efectos teratogénos y citotóxicos en la paciente. (1, 11, 18)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El VIH tiene importancia biológica disminuye la capacidad inmunológica de los portadores, es transmisible tanto a los individuos como a los productos de mujeres gestantes las cuales desconocen su estado de portadoras.

El uso de pruebas rápidas ayudara a la detección oportuna a la disminución de las tasas de transmisión vertical.

Además la detección oportuna disminuirá los costos de esterilización de material, equipo médico y espacios de atención.

IV. JUSTIFICACIÓN.

La detección oportuna casos de pacientes obstétricas infectadas por VIH puede disminuir el riesgo de transmisión a los productos si se les aplica el tratamiento adecuadamente.

Al detectar oportunamente a pacientes se disminuye contaminación excesiva de equipo médico, material y espacios de atención por atención de pacientes infectadas por Hepatitis C.

Disminuir los altos costos de los tratamientos, tanto en el medio público como en el medio privado de estas enfermedades, debido a la posibilidad de contagio al personal y contaminación de materiales y equipo.

V. OBJETIVOS.

Objetivos Generales.

Detectar pacientes obstétricas con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Sífilis e infección por Virus de Hepatitis C.

Objetivos específicos.

Conocer la frecuencia de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Sífilis y Hepatitis C, en población obstétrica del Hospital Materno Infantil Mexicali.

Descartar seroconversión de pacientes previamente tamizadas como seronegativas a VIH.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Siendo enfermedades con impacto en la salud pública, ¿Cuál es la frecuencia de Infección por VIH, Sífilis y Hepatitis C en pacientes obstétricas que se atiendan en el Hospital Materno Infantil y Hospital General de Ensenada?

VII. METODOLOGÍA.

A) DISEÑO DEL ESTUDIO:

- **Prospectivo:** se plantea la necesidad de realizar detección oportuna previa la atención obstétrica, que se recolecta directamente de laboratorio y expedientes clínicos, así como del servicio de Epidemiología del Hospital Materno Infantil de Mexicali.
- **Descriptivo:** Recopilación y presentación sistemática de datos para precisar determinada situación. Se realiza en función de variables en búsqueda de asociación entre ellas.
- **Observacional:** por el control de la maniobra experimental por el investigador, ya que utilizara la observación de resultados y los fenómenos relacionados en el estudio al momento de la recolección de datos, sin modificar las variables.
- **Transversal:** por la medición del fenómeno en el tiempo.

B) FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE PACIENTES.

Serán las pacientes que se ingresen a través del servicio de admisión, las cuales previo consentimiento informado y firmado, autorice la realización de pruebas rápidas para la detección oportuna de VIH/Sífilis y Virus de Hepatitis C. Se solicitara información a estadística y epidemiología para determinar incidencia de acuerdo al periodo en estudio.

Así como los expedientes clínicos para ver la vía de terminación del embarazo y el seguimiento de las pacientes.

C) UNIVERSO , MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- El universo comprende a las pacientes ingresadas al servicio de Labor, Urgencias y Piso de Ginecología en el periodo comprendido en el estudio.
- La muestra serán todas las pacientes que autorizaron la realización de pruebas rápidas para detección de infección por VIH, Sífilis y Virus de Hepatitis C.
- El tamaño de la muestra es 150 pacientes en Hospital Materno Infantil Mexicali.
-

D) INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Resultados de laboratorio y expedientes donde se obtuvieron los nombres de las pacientes, diagnósticos, resultado de las pruebas rápidas, tipo de atención obstétrica final. Se realizara una hoja en la cual se indica si se realizó diagnóstico previo o posterior a evento obstétrico, Realización de estudio confirmatorio, resultado perinatal, estado inmunológico del producto a 1, 3, 6 meses post evento obstétrico.

E) CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

- Inclusión.
 - Pacientes que acepten la realización de pruebas rápidas previo a su atención obstétrica y tengan consentimiento informado firmado.
 - Pacientes con expediente clínico completo.
 - Pacientes que cuenten con seguimiento posterior a detección.
- Exclusión.
 - Pacientes que no acepten la realización de pruebas rápidas de detección.
 - Pacientes previamente conocidas con diagnóstico de infección por VIH, Sífilis o Virus de Hepatitis C.
 - Pacientes con sospecha clínica sin realización de pruebas de detección.
 - Pacientes que no acudan a atención obstétrica y se les realice pruebas rápidas de detección.

F) VARIABLES.

Las variables fueron clasificadas de acuerdo a las preguntas y objetivos de la investigación y se dividen a su vez en:

- Demográficas. Edad, gesta, inicio de vida sexual activa.
- Factores de riesgo: Número de parejas sexuales, prácticas sexuales de riesgo, transfusiones, uso de drogas intravenosas, varón de alto riesgo, prostitución, internamiento en reclusorios, antecedente de ataque sexual.

- Cuadro clínico: motivo de ingreso inicial a los servicios del Hospital.
- Diagnóstico: se realizó confirmación de la infección, se descartó la infección.
- Tratamiento: vía de terminación del embarazo y resultado perinatal del producto.
- Seguimiento. Estado inmunológico del producto a 1, 3 y 6 meses.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron laboratorios solicitados previo consentimiento informado el cual se realizaban pruebas rápidas para la detección de VIH en población obstétrica en Hospital Materno Infantil Mexicali, y valorar los resultados perinatales y seguimiento a 1, 3 y 6 meses posterior al evento obstétrico para valorar transmisión vertical.

Del 24 de Agosto de 2011 al 31 de diciembre de 2012, se atendieron en el servicio de ginecología y obstetricia en Hospital Materno Infantil en el servicio de Ginecología y Obstetricia un total de 19470 pacientes de las cuales aleatoriamente se realizaron 100 pruebas para detección de VIH / Sífilis y virus de Hepatitis C, sin importar número de parejas sexuales, actividades de riesgo como son uso de drogas parenterales, hemotransfusión, prostitución. Así como 50 pacientes las cuales se ingresaron sus productos por datos de infección perinatal con alta sospecha de infección por Sífilis o VIH, así como fetos con malformaciones.

VIII. RESULTADOS.

En el periodo comprendido del 24 de Agosto de 2011 al 31 de diciembre de 2012 se atendieron en el Hospital Materno Infantil Mexicali, un total de 19,470 consultas con un total 10,502 nacimientos (Tabla 1), de los cuales se tomó un grupo de 100 pacientes en los cuales se realizó prueba rápida para virus de inmunodeficiencia humana y prueba rápida para sífilis, entre estos se seleccionó al azar 30 pacientes para la realización de pruebas rápidas de Hepatitis C. Se tuvo un grupo control de 50 pacientes post evento obstétrico a las cuales se les realizaron las pruebas rápidas para detección de VIH, Sífilis e infección por Virus Hepatitis C. Siendo esta muestra un del 1.42 % de la población atendida en este periodo de tiempo.

Las edades de atención van desde los 13 hasta los 43 años con una media de 18.5 años.

Los resultados de las pruebas rápidas fueron los siguientes.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MEXICALI

Grupo previo a evento Obstétrico

Del total de 100 pacientes previo a nacimiento que no había sido referida de otra unidad hospitalaria y no se conocía previamente con serología positiva para VIH no se detectó ninguna en el periodo de tiempo comprendido.

En el caso de pruebas rápidas para sífilis se detectaron 14 pruebas rápidas positivas las cuales posteriormente se realizó estudio confirmatorio de las cuales solo 9 pacientes se realizó diagnóstico definitivo de sífilis con $p < 0.0005$.

En el caso de las pruebas rápidas de Hepatitis C se detectaron 3 pacientes previa atención de evento obstétrico, las cuales se realizaron estudios confirmando el diagnóstico, las 27 pacientes restantes no se les realizó pruebas confirmatorias debido a que su resultado fue negativo.

En el grupo post evento obstétrico que comprende 50 pacientes se encontraron 9 pacientes con prueba rápida de sífilis a las cuales se les realizaron pruebas confirmatorias a todas ellas.

En dicho grupo se realizaron pruebas rápidas de VIH encontrándose en 1 de ellas prueba rápida positiva a la cual se le realizó estudio confirmatorio.

Salvo 4 de las pacientes del grupo post evento obstétrico que ya no acudieron nuevamente a esta unidad para estudios confirmatorios de infección por *Treponema pallidum* las demás pacientes se realizó seguimiento.

Al mes, 3 meses y 6 meses de seguimiento, se detectó solo una paciente con coinfección de VIH / Sífilis, ninguna con coinfección VIH/Hepatitis C, ninguna con coinfección Sífilis/Hepatitis C

De los productos atendidos 1 de ellos presento transmisión vertical de VIH y sífilis congénita, así como otro producto con sífilis congénita, en el grupo post evento obstétrico. De los pacientes con prueba rápida para Sífilis, que ya no se tuvo conocimiento de estado inmunológico, los productos al mes y 3 meses se encontraban libres de enfermedad.

El grupo de pacientes en rangos de edad que se encontró mayor número de casos de infección por *T. pallidum* es de los 21– 25 años con 7 casos, seguido del grupo de 16-29 años con 5 casos confirmados en HMI Mexicali. (Tabla 1.)

El grupo de pacientes con mayor número de casos de infección por Hepatitis C con igual número de casos son de 16 – 20 años de 21- 25 años y de 31 – 35 años, con 1 caso cada grupo respectivamente en HMI Mexicali. (Tabla 2.)

Del grupo de pacientes que se analizaron y tuvieron resultado positivo de prueba rápida de VIH las cuales todas fueron en grupo de estudio posterior a evento obstétrico solo 1 de ellas se realizaron los estudios confirmatorios.

Tomando en cuenta estos datos se puede calcular la incidencia de VIH, Sífilis y Hepatitis C en las pacientes obstétricas atendidas del 24 de Agosto de 2011 a Diciembre de 2012.

El análisis estadístico de los resultados se realizó, utilizando varios programas como son BioCalc, BioStat, y la calculadora de análisis estadístico automática. Los resultados de las pruebas diagnósticas reportadas son las siguientes: (Tablas 6-8)

Prueba Rápida Sífilis:

- Frecuencia de 1 cada 1,081.6 consultas

Prueba Rápida VIH:

- Frecuencia 1 cada 19,470 consultas

Prueba Rápida Hepatitis C.

- Frecuencia 1 cada 6,490 consultas.

- Tasa de infección por sífilis 1.7139 por cada 1000 nacimientos.
- Tasa de infección por VIH 0.1500 por cada 1000 nacimientos.
- Tasa de infección por Hepatitis C 0.4500 por cada 1000 nacimientos.

La edad promedio de infección fue de 23.66 años para sífilis. La edad promedio de infección por VIH fue de 24.14 años. La edad promedio de las pacientes infectadas por virus de Hepatitis C fue de 25.00 años.

La edad promedio de inicio de vida sexual activa en las pacientes con pruebas rápidas positivas fue de 15.19 años.

Promedio de gestas al momento de la detección fue de 2.545 hijos por paciente con un rango de 1 a 5 hijos en las pacientes detectadas. (Tabla 4)

Tipo de atención o evento obstétrico se trataron de 132 eutocias y 18 cesáreas (Tabla 5). En las pacientes con serología positiva de hepatitis C solo 3 de ellas fue para prevenir la transmisión vertical puesto que ya se sabía el resultado de la prueba rápida el resto tuvieron alguna otra indicación obstétrica. En el caso de la paciente que se detectó con infección de VIH y sífilis la indicación fue obstétrica por 2 cesáreas previas y sufrimiento fetal agudo.

Del total de pacientes con pruebas positivas solo 4 eran usuarias de drogas intravenosas, 2 se dedicaban a la prostitución, 2 habían sido hemotransfundidas antes de 1998. El resto contaban con el factor de riesgo del varón de alto riesgo.

IX. DISCUSIÓN.

El uso de las pruebas rápidas para el diagnóstico de infección materna por sífilis y VIH es una práctica médica rutinaria en las instituciones de salud de los países altamente industrializados o los países con alta incidencia de infección.

En México se reguló el uso de estas pruebas diagnósticas hasta 1996. No fue sino hasta 1990 que se implementaron los programas de sangre segura en los bancos de sangre. Hay que recordar que todavía hasta 1994 existía un banco de sangre auspiciado por el Club de Leones de la Ciudad de Mexicali, el cual realizaba pagos a los donadores, los cuales en muchos de los casos se trataban de usuarios de drogas intravenosas, o con factores de riesgo para transmisión de infecciones virales hasta entonces no buscadas de manera rutinaria las cuales son transmisibles a través de los hemoderivados.

La Organización Mundial de la Salud en un boletín realizado en 1996 inició una campaña para intentar disminuir la pandemia de VIH y su consecuente transmisión vertical. En los países con mayor incidencia, se iniciaron las campañas de escrutinio en personas con factores de riesgo, así como en todas las mujeres embarazadas, puesto que son ellas consideradas como de riesgo por el intercambio de fluidos transmisores de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

En un inicio las pruebas diagnósticas eran altamente costosas y el tratamiento antirretroviral empleado también tenía un costo elevado, no al alcance del bolsillo de un obrero promedio sin seguridad social en los países en vías de desarrollo.

Las tasas de infección se encuentran por debajo de los registros internacionales sobre todo en el caso de sífilis en el cual la tasa de infección en pacientes obstétricas está alrededor del 4-5% y la tasa de infección perinatal están alrededor del 2-3% de estas pacientes. La tasa de infección por virus de inmunodeficiencia humana en esta zona en un estudio previo realizado en hospital general de Mexicali es del 3% sobre todo en población de riesgo, del total de pacientes a las cuales se les realizó escrutinio la tasa de infección por virus de inmunodeficiencia humana fue menor al 1% por debajo de lo esperado.

La infección por Virus de hepatitis C es aproximadamente el 1% a nivel mundial en mujeres embarazadas, aquí se encontró una tasa menor a la reportada en países altamente industrializados y se encontró que el principal factor de riesgo es el varón de alto riesgo más que el uso de drogas parenterales.

Una limitante para el uso de pruebas rápidas en el protocolo de manejo de las pacientes obstétricas es la falta de coordinación entre el primero y segundo nivel de atención, pacientes detectadas con infecciones por virus de inmunodeficiencia humana, se refieren de primera instancia a los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención de pacientes con SIDA e Infecciones Transmisión Sexual (CAPASITS), de los cuales rara vez tenemos conocimiento de

la cantidad de pacientes embarazadas se mantiene en vigilancia y son referidas al servicio de Infectología y Epidemiología de Hospital General de Mexicali, lo cual limita la capacidad del obstetra en prevenir y proveer a las pacientes de una atención médica conjunta y de calidad.

Este problema se agrava al descentralizarse la atención obstétrica, siendo necesaria la referencia al servicio de Infectología. Los costos de las pruebas rápidas a nivel del mercado son de aproximadamente 100 pesos cada una, sin embargo otro de los problemas a resolver son el costo de las pruebas rápidas realizadas a nivel del laboratorio subrogado con el cual cuenta el Hospital Materno Infantil los cuales aumentan los costos de las pruebas rápidas, lo cual aumenta los costos hospitalarios.

Las organizaciones no gubernamentales se encargan de la difusión de medidas preventivas, dentro de las más importantes es la información sobre la abstinencia en la población adolescente, o el uso correcto del preservativo; no solo como método anticonceptivo, sino como un auténtico medio de protección en contra de las enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a sífilis se refiere, este viejo conocido de la humanidad retomó auge posterior a la aparición del VIH en la década de los 80's, se encontraba en niveles estables, sin embargo, posterior a la aparición del Virus de inmunodeficiencia humana existieron brotes reportados casi en todos los países del mundo. Según datos de Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta los pacientes seropositivos con VIH tienen un riesgo relativo 2 veces mayor que la población regular para contraer sífilis.

El manejo actual de las pacientes obstétricas tiene múltiples variantes, dependiendo de su estado inmunológico, desde la aparición de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en Junio de 1981. La pandemia tomo 2 cursos, mientras que en países desarrollados es considerada como una enfermedad crónica, la cual es posible controlar por largos periodos por la potencia de las terapias antirretrovirales, en países en vías de desarrollo como el nuestro los casos siguen aumentando, al igual que el número de defunciones.

La tasa de transmisión perinatal de infección por virus de inmunodeficiencia humana es de alrededor del 2% aún en países desarrollados, en países con condiciones económicas más precarias a las que se presentan en el nuestro la tasa de transmisión perinatal varía de un 10 a un 15%, siendo la región del África subsahariana, en los cuales la falta de fórmula láctea maternizada o los altos costos en estas regiones aumentan el riesgo de la propagación del virus a futuras generaciones.

Nuestros hospitales comparados con los países desarrollados muestran una tasa de infección en población originaria de la región relativamente baja, muy similar a la literatura internacional. Hay también que tomar en cuenta que al ser ciudad fronteriza, muchos de los casos nuevos en población general son de

migrantes en la región los cuales desean emigrar al vecino país en busca de nuevas oportunidades. En el caso de la población estable, la tasa de infección se encuentra en rangos menores a los reportados por la literatura y con una tasa de infección perinatal baja de igual manera.

La incidencia de casos nuevos de sífilis por el contrario muestra una tendencia estable, pero cabe recalcar que la tasa de infección perinatal es muy baja, aún en personas con titulaciones altas, debido a que desde el primer contacto se inicia la terapia recomendada.

El virus de Hepatitis C, presenta más complicaciones maternas que las propiamente fetales, siendo necesario en la mayoría de los casos valorar la interrupción del embarazo previo al término por causa materna, más que por causa fetal. Este virus relativamente nuevo es el que junto al virus de inmunodeficiencia humana ha presentado un gran interés para las compañías farmacéuticas quienes en la década pasada enviaron al mercado múltiples medicamentos inhibir la actividad y tasa de replicación viral. El desarrollo de vacunas que produzcan inmunidad en contra de este virus se encuentra todavía en fase experimental debido a la alta tasa de mutaciones que presentan sobre todo los serotipos 3 y 5.

El desarrollo de técnicas de detección virales en los bancos de sangre de todo el mundo ha ayudado a disminuir la propagación de la infección, la cual es primordialmente hematógena, más que por transmisión sexual. No existe una terapia avalada universalmente en pacientes gestantes, y el uso de interferón pegilado alfa – 2 con tecnología humana recombinante solo está indicado en los casos en los cuales el beneficio materno excede el riesgo fetal.

En todos los institutos encargados de la investigación para desarrollar técnicas de detección, o terapias en contra de estas 3 entidades se ha visto que la mejor herramienta es la prevención y es en la medicina comunitaria, la cual en nuestro país el brazo operativo son los centros de salud, es ahí donde la atención se debe de centrar y no en las grandes unidades hospitalarias. Es ahí donde la información debe fluir de manera más concreta y donde el personal a cargo debe tener toda la información y recursos a la mano para desarrollar actividades que permitan evitar o detectar de manera más temprana, brotes de estas infecciones.

X. CONCLUSIONES.

El uso de pruebas rápidas para detección de infecciones virales y bacterianas maternas con repercusión perinatal, son de importancia clínica.

En la actualidad se restringe el uso de pruebas rápidas solo al primer nivel y en caso de ser seropositivas envío a unidad especializada en pacientes con infecciones transmisibles por vía sexual.

El manejo en pacientes que ingresan con problemas obstétricos desconociendo si presentan algún tipo de infección potencialmente transmisible al producto tiene repercusiones importantes no solo desde el punto de vista médico, sino también desde los puntos de vista, económico y social.

El realizar las pruebas rápidas de detección conlleva una gran responsabilidad, puesto que deben de mantenerse los resultados cumpliendo las 3 C propuestas por la Organización Mundial de la Salud: Confidencialidad, teniendo una Consejería y solo bajo Consentimiento Informado y firmado por los pacientes.

En nuestro estudio los factores de riesgo predisponente a presentar infecciones por VIH, Hepatitis C y sífilis fueron: Inicio de vida sexual temprana, varón de riesgo, hemotransfusión antes de 1996, uso de drogas parenterales y múltiples parejas sexuales.

La baja tasa de transmisión perinatal, nos orienta a pensar que la detección oportuna y la intervención temprana ayuda a disminuir este riesgo perinatal importante.

Es necesario capacitar al personal, no solo a los encargados del área de la salud, sino también al administrativo, para mantener absoluta cautela ante la presencia de un caso aparentemente positivo, y recalco el presuntamente positivo pro que no se considera positivo sino hasta realizarse las pruebas confirmatorias.

El manejo de estas pacientes salvo en el caso de pacientes con Hepatitis C, puede ser en sala común con otras pacientes. Solo en casos en los que se encuentre la inmunidad disminuida o presencia de alta tasa de replicación con viremia elevada se debe manejar a los pacientes en sala de aislado para evitar adquiera infecciones nosocomiales.

La vía de terminación del embarazo en pacientes con prueba rápida positiva a VIH fue la vía abdominal, en aquellas pacientes con pruebas rápidas positivas para sífilis se valoró cada caso siendo la vía vaginal la principal. En las pacientes con infección por virus de Hepatitis C las que se realizó diagnóstico previo al evento obstétrico la vía de terminación del embarazo fue la abdominal, en aquellas que se detectó posterior a la atención obstétrica la vía de elección fue la vaginal.

XI. RECOMENDACIONES.

1. Promover el uso de las pruebas rápidas y de serología convencional en las pacientes que acuden a las consultas de control prenatal en esta institución (prenatal vespertino, clínica del adolescente, módulo mater, alto riesgo)
2. Contar con personal capacitado para consejería en:
 - a. Métodos anticonceptivos.
 - b. Uso y reporte de resultados de pruebas rápidas de detección de infecciones.
3. Contar con unidad de pacientes seropositivas.
 - a. Obstétricas.
 - b. Ginecológicas.
4. Contar con una red de información que actualice la aparición de casos nuevos de pacientes posiblemente seropositivas.
5. Disponibilidad de medicamentos suficientes de urgencia, en caso de presentarse pacientes seropositivas las cuales se desconocían como infectadas para disminuir el riesgo de transmisión vertical.
6. Contar con personal del área de la salud capacitado en el manejo de pacientes seropositivas.
7. Contar con un manual de procedimientos en caso de pacientes seropositivas.
8. Homologar los tiempos de desinfección de salas posterior a la atención de pacientes seropositivas.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. www.cdc.gov. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines 2010.
2. [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogo MaestroGPC.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogo_MaestroGPC.html) IMSS-246-12,ER-Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Binomio Madre – Hijo con Infección por el VIH.
3. www.salud.gob.mx/conasida Guía del manejo antiretroviral de personas con VIH. Cuarta Edición 2009.
4. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
5. <http://aidsinfo.nih.gov/e-news>
6. Obstetricia Moderna. Capítulo 6. Diagnóstico de Infección por VIH. Guía Práctica.
7. American College of Obstetricians and Gynecologist, Number 304, November 2004. Committee on Obstetrics Practice. Committee Opinion. Prenatal and Perinatal Human Immunodeficiency Virus Testing: Expanded Recommendations. Páginas 1119 - 24.
8. "Diagnosis, management and treatment of Hepatitis C: An Update", Hepatology 2009;49 (4) 1335-1374.
9. Shah, S. ; McGowan, J. Management of HIV infection during pregnancy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2000, 12:357-367.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. CENSIDA. SIDA: Aspectos de Salud Pública. Manual. México 2006.
11. García Ferrara, W; López Menéndez, J. Hepatitis C y embarazo. Medicina Interna de México. 2007. Número23 (6), Páginas 524-531.Artículo de Revisión.
12. Programa de atención integral del Instituto Nacional de Perinatología para la mujer embarazada infectada por VIH. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes. México 2000.
13. Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Secretaría de Salud (SSA). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PLANADE)

14. www.salud.gob.mx/conasida Guía para la aplicación de prueba rápida VIH/SIDA, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. CENSIDA. Secretaría de Salud. México 2006.
15. www.inbiomed.com.mx Hernández Trejo, M. y cols; Sífilis materna y congénita en dos hospitales mexicanos: evaluación de una prueba diagnóstica rápida. Artículo original. Revista de investigación clínica. Volumen 58. Número 2. Marzo Abril 2006. Páginas 119-125
16. Watts, Heather. Maternal Therapy for HIV in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. Volume 44, Number 2, Pages 182 – 197.
17. Abarzua, F. y cols. Infección por virus de inmunodeficiencia humana en el embarazo: Tratamiento anti-retroviral y vía de parto. Revista Chilena de Infectología. 2005. Volumen 22, Número 4, Páginas 327 – 337.
18. Gratacos, E. y cols. Medicina Fetal, Editorial Panamericana, Madrid España, 2007, Capítulo 56: Infecciones virales, Páginas 535 – 547.
19. Karchmer K, Samuel; Fernández del Castillo, Carlos. Obstetricia y Medicina Perinatal, Temas Selectos; Colegio Mexicano de Especialista en Ginecología y Obstetricia, México Distrito Federal, 2006, Tomo 1, Capítulo 40: VIH/SIDA de transmisión perinatal, Páginas 407 – 416.
20. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinoza de los Reyes" (INPer IER), México Distrito Federal, 2003, Capítulo VIH y embarazo, Páginas 194 – 197.
21. Miller, B., Hicks, C. Syphilis and HIV: The Intersection of Two Epidemics, Journal Watch Specialties, September 2010.
22. Chesson, HW y cols. Estimates of primary and secondary syphilis rates in persons with HIV in the United States, 2002. *Sexually Transmitted Diseases*. Mayo 2005 ; Volumen 32, Página 265.
23. www.unaids.org. Alteraciones Oportunistas relacionadas al VIH. Actualización Técnica de ONUSIDA. 1998 revisado en 2010.
24. <http://saei.org/hemero/libros> Capítulo 9: Infección Aguda por VIH.

XIII. ANEXOS.

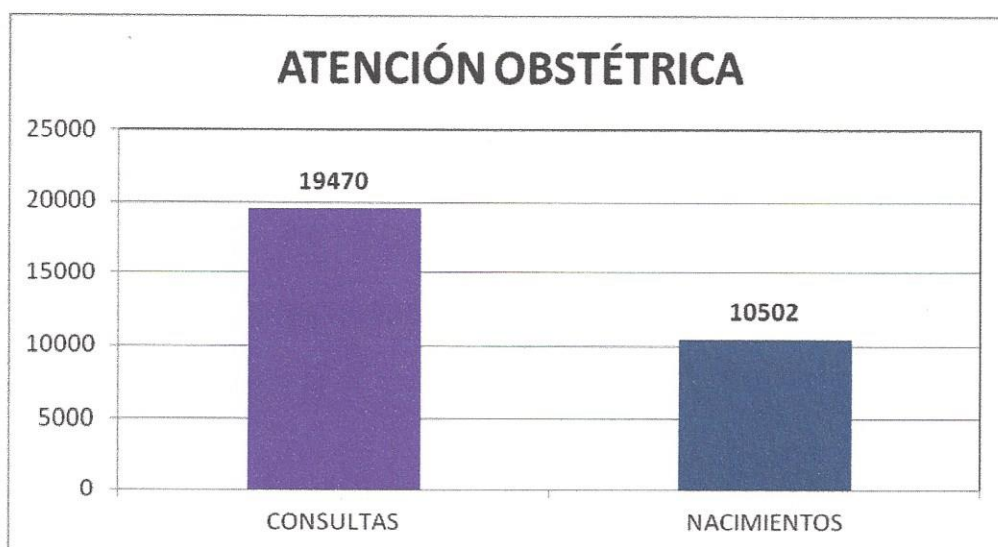


Tabla 1. Atención Obstétrica.
HMI

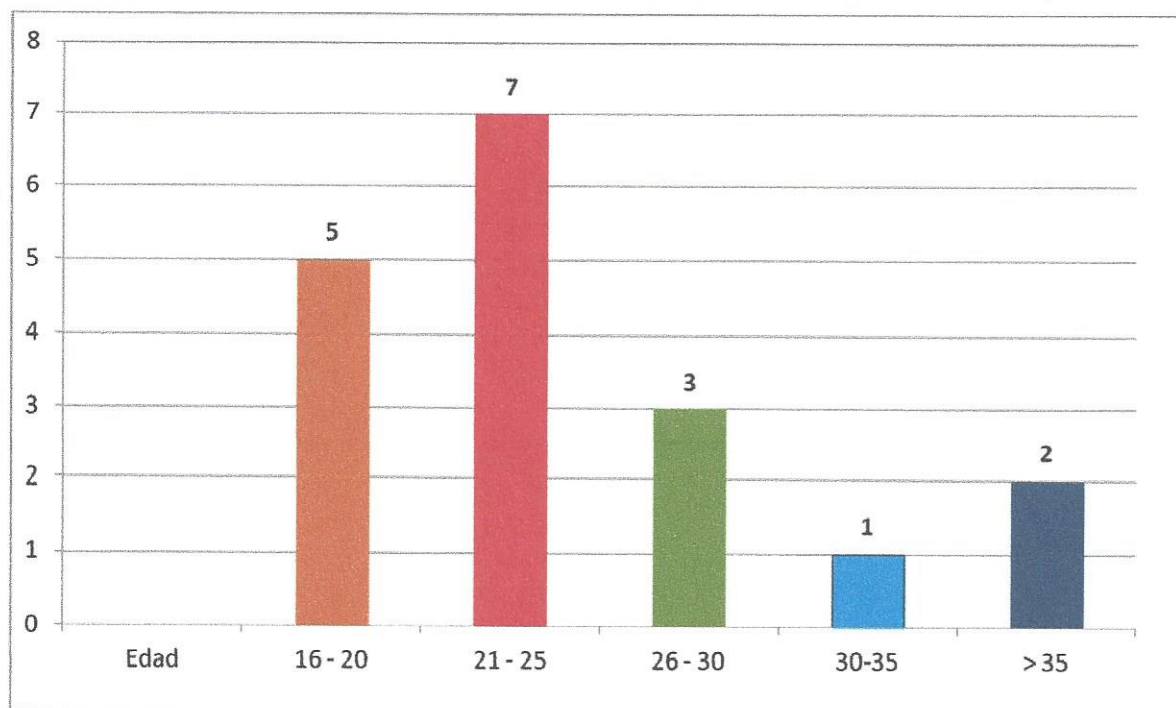
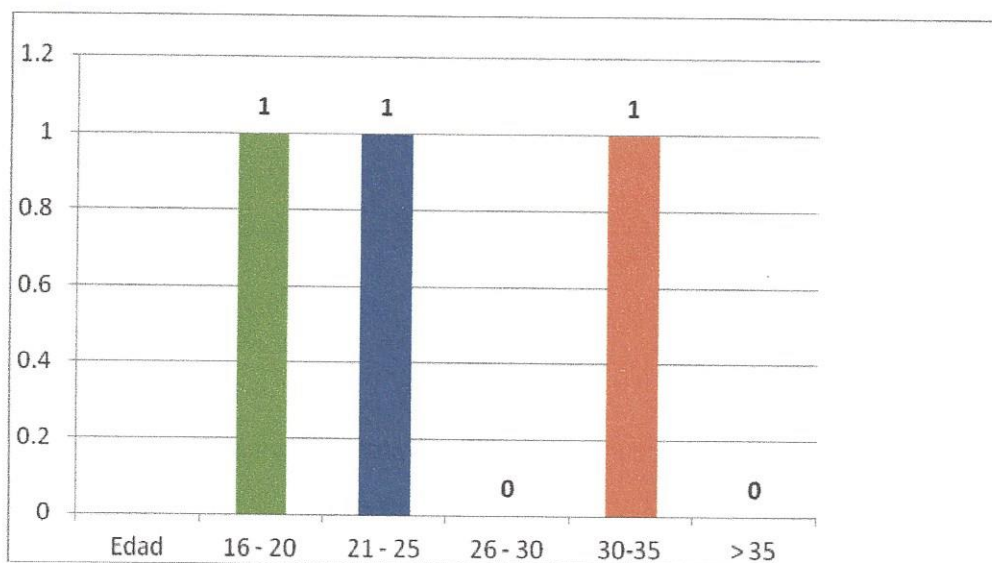
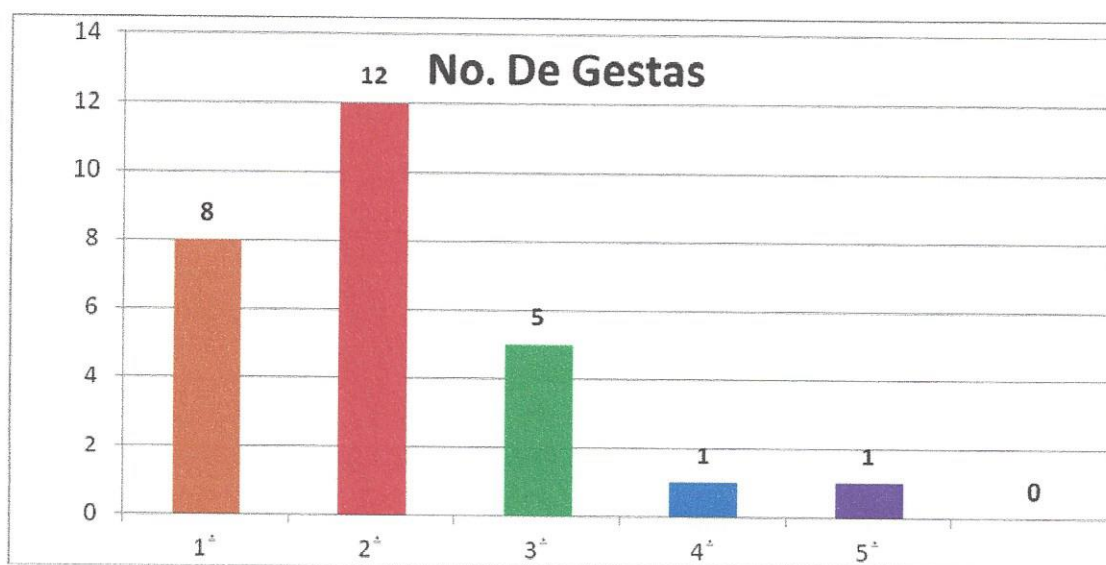


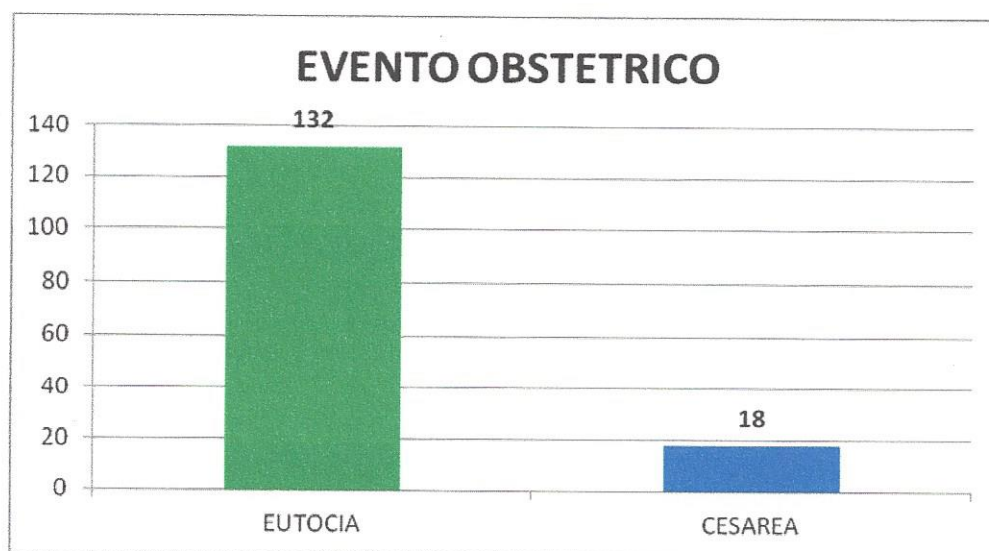
Tabla 2. Número de casos por rangos de edad.
Diagnóstico Definitivo de Sífilis.
HMI



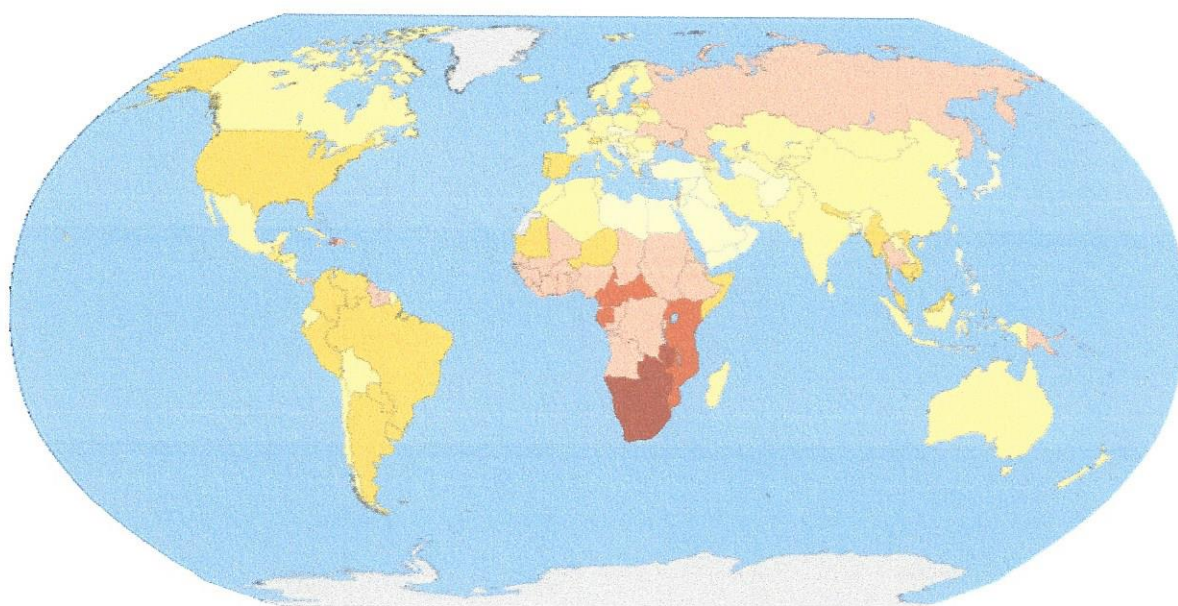
**Tabla 3. Número de casos por rangos de edad.
Diagnóstico Definitivo de Hepatitis C.
HMI**



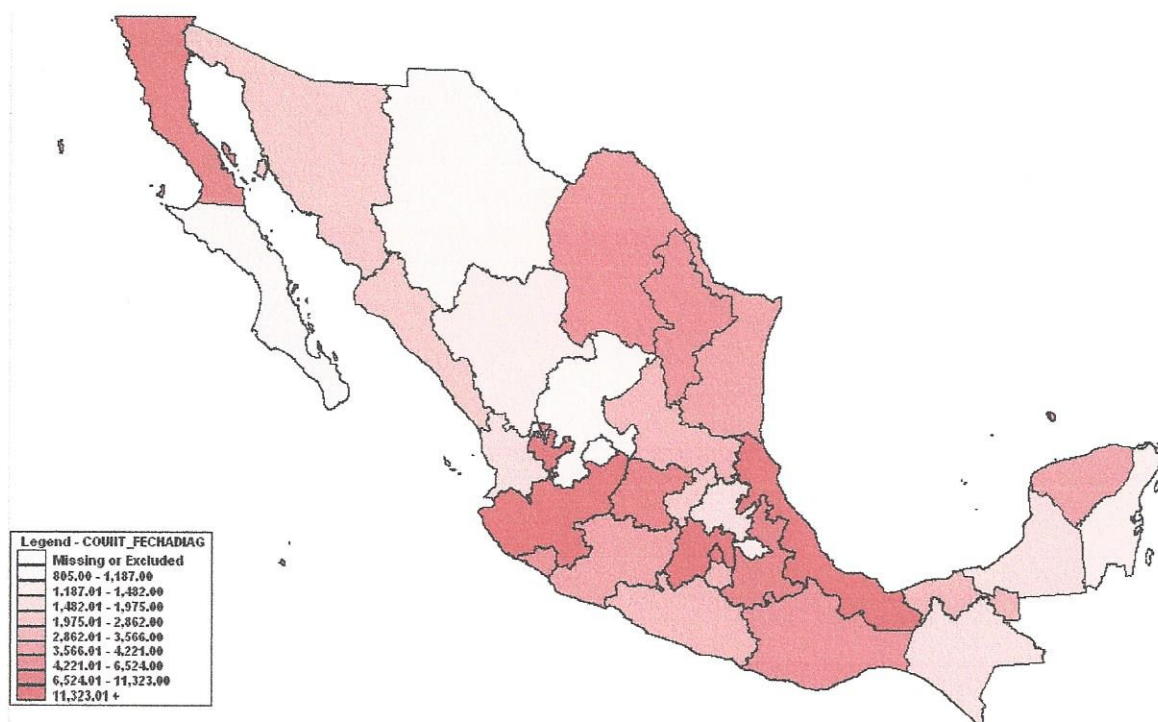
**Tabla 4. Número de Gestas al momento de la detección.
HMI**



**Tabla 5. Evento obstétrico (tipo de Atención)
HMI**

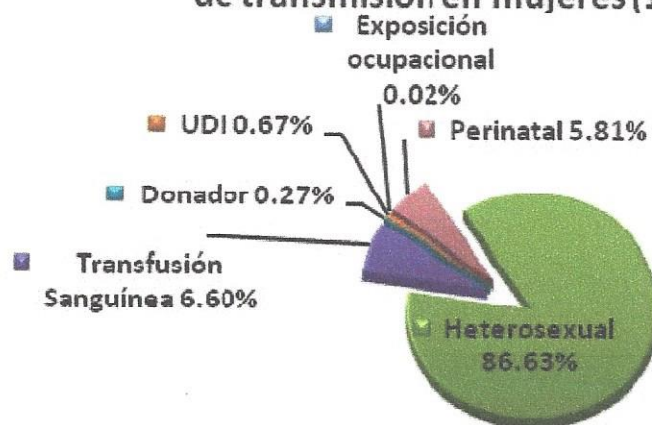


Gráfica 1. Prevalencia VIH en el mundo.

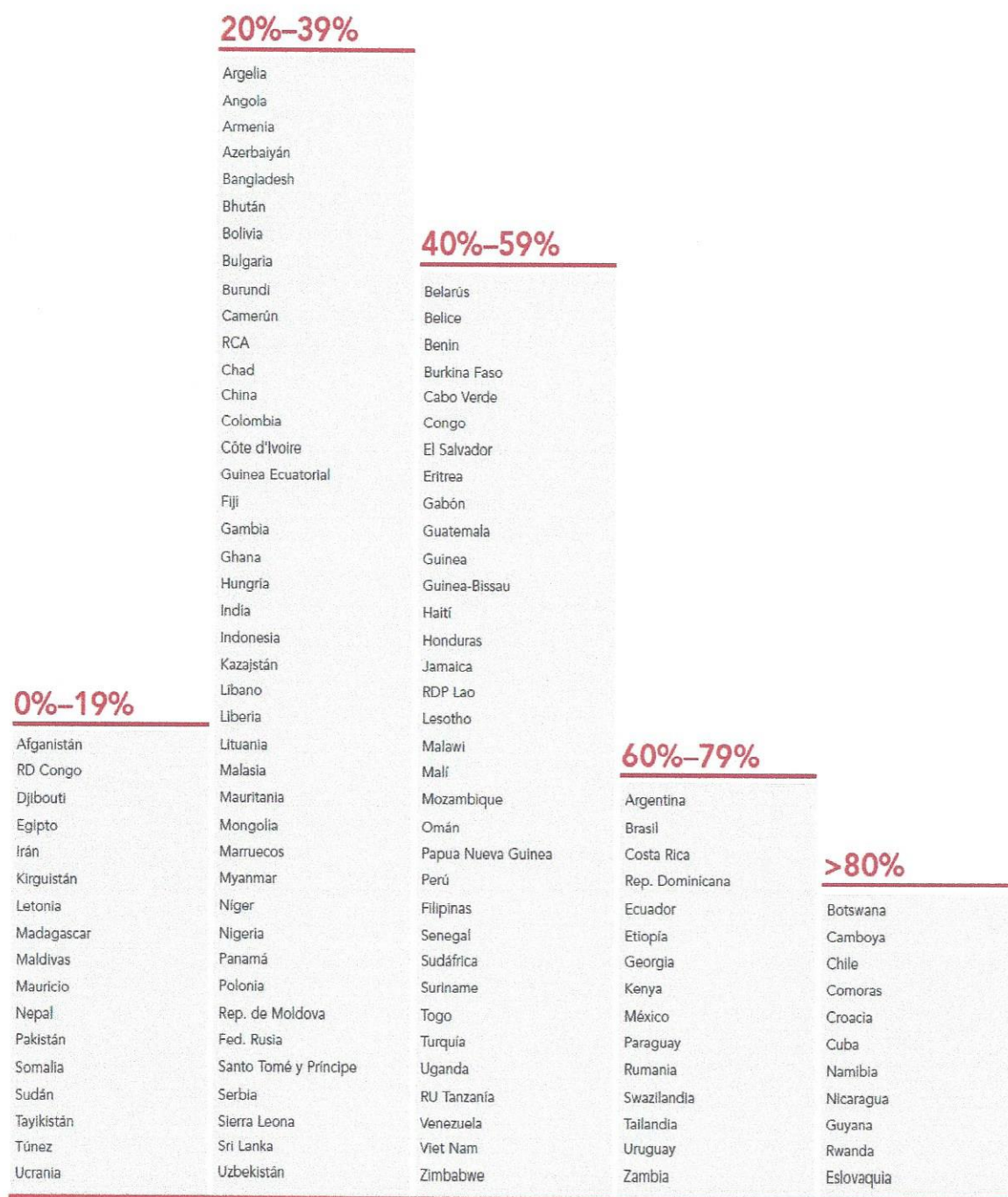


Estadística Nacional de Prevalencia VIH-SIDA 2010.

Grafico 10. Distribucion de casos de SIDA por categoria de transmision en mujeres (1983-2011)



Fuente: SS/DGE.Registro nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de Septiembre del 2011.
Procesó: CENSIDA/DIO



Porcentaje de pacientes con acceso a tratamiento antiretrovital.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
ACCIDENTES CON MATERIAL PUNZÓ CORTANTE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: _____ CLAVE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ PROFESIÓN: _____ FOLIO: _____

1 MEDICO ADSCRITO 3 ENFERMERÍA 5 INTENDENCIA 7 LAVANDERIA 9 OTRO
2 MEDICO RESD. GRADO 4 QUIMICO 6 MENSAJERO 8 COCINERO (especifique).

*1. - ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PREVIOS: 1.- SI 2.- NO FECHA: ____/____/____

MEDIDAS LLEVADAS A CAVO:

*2. - ANTECEDENTES DE VACUNAS:

HEPATITIS B. 1.- SI 2.- NO FECHA: ____/____/____ NO. DE DOSIS _____

*3. - DATOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE:

FECHA DE ACCIDENTE: ____/____/____ FECHA DE NOTIFICACIÓN: ____/____/____

HORA: _____

LUGAR O SERVICIO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____

TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____

*4. - TIPO DE ACCIDENTE:

a) Herida cortante b) piquete c) salpicadura d) mordedura e) ingestión f) mixto g) otro especifique.

*5. - INSTRUMENTO CON EL CUAL SE ACCIDENTO:

a) Aguja b) bisturí c) tijeras d) punzocát e) lancetas f) vidrio g) otro especifique.

*6. - SITIO DONDE SE ENCONTRABA EL INSTRUMENTO CON EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

a) Piso b) basura c) ropa d) al mom. De tomar una muestra e) rehencapuchar f) otro especifique.

*7. - LIQUIDO CON EL CUAL ESTABA IMPREGNADO EL INSTRUMENTO CON EL QUE SE ACCIDENTO:

a) Sangre b) orina c) heces d) LCR. e) secreciones f) otro especifique.

*8. - PARTE DEL CUERPO DONDE LE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____

*9. - QUE PRECAUCIONES UNIVERSALES UTILIZABA AL EFECTUAR EL PROCEDIMIENTO:

a) Guantes b) bata c) lentes d) cubre bocas e) otro especifique.

*10. - MEDIDAS LOCALES EFECTUADAS: _____

*11. - SI SE LAVO EXPLIQUE QUE UTILIZO:

a) Agua sola b) agua jabón c) yodo d) alcohol e) agua oxigenada f) cloro g) otro especifique.

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA



JURISDICCION DE SERVICIOS DE SALUD NO. 1 MEXICALI

PROGRAMA VIH/SIDA/ITS



CONSENTIMIENTO PARA REALIZARSE LA PRUEBA SEROLOGICA PARA LA DETECCION DE VIH y SIFILIS.

El que suscribe con número de expediente _____ en el Centro de Salud _____ manifiesto que he recibido asesoría acerca de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Sífilis.

Además tuve la oportunidad de hacer algunas preguntas que fueron satisfactoriamente respondidas por el personal que me atendió.

Así mismo he recibido información sobre las ventajas de realizarse la prueba sanguínea para la detección del VIH y Sífilis, así como el significado de un resultado negativo, positivo o indeterminado.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para que se me realice:

(☒) La prueba de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

(☐) La prueba de detección de Sífilis.

Dirección y teléfono: _____

Nombre y firma del usuario: _____

Nombre y firma de la persona que atendió: _____

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA



JURISDICCION DE SERVICIOS DE SALUD NO. 1 MEXICALI

PROGRAMA VIH/SIDA/ITS



CONSENTIMIENTO PARA REALIZARSE LA PRUEBA SEROLOGICA PARA LA DETECCION DE VIH y SIFILIS.

El que suscribe con número de expediente _____ en el Centro de Salud _____ manifiesto que he recibido asesoría acerca de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Sífilis.

Además tuve la oportunidad de hacer algunas preguntas que fueron satisfactoriamente respondidas por el personal que me atendió.

Así mismo he recibido información sobre las ventajas de realizarse la prueba sanguínea para la detección del VIH y Sífilis, así como el significado de un resultado negativo, positivo o indeterminado.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para que se me realice:

El presente documento es propiedad de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California y no debe ser distribuido fuera de su ámbito de aplicación.



Sangre de BC 100% segura

* Día Mundial del Donador Altruista

Por Ana Luz Sánchez Aguirre

Tijuana (OEM). Al conmemorar el Día Mundial del Donador Altruista de Sangre, autoridades de la Secretaría de Salud exhibieron a la comunidad a realizar este acto humanitario, el cual tiene la capacidad de beneficiar a cuatro personas por unidad, señaló el director del Hospital General de Tijuana, José Manuel Nobles Barboza.

Mencionó que este nosocomio cuenta con personal de salud capacitado y con el equipamiento necesario para brindar atención óptima a los donadores de sangre, asimismo para asegurar el mantenimiento adecuado a las unidades.

Expuso que la sangre es un componente irremplazable y con tan sólo un donante se pueden obtener 450 mililitros, suficientes para salvar la vida de cuatro personas, ya sean recién nacidos, mujeres embarazadas, niños y adultos bajo tratamiento por algún tipo de cáncer, personas que sean ingresas a cirugía, entre otros.

"Continuando con la meta de dignificación de los servicios médicos del Hospital General de Tijuana, el Banco de Sangre se encuentra como próximo proyecto de remodelación, lo cual beneficiará a la atención de nuestra po-

blicación", mencionó.

Por su parte, el jefe del Centro Estatal de Transfusión Sangünea, Víctor Abel Ocampo Lozano, mencionó que en Baja California se está llevando a cabo la campaña "Haz latir otro corazón, dona sangre", con el propósito de fomentar la donación voluntaria de este vital líquido.

Mencionó que en el Estado se cuenta con 23 Bancos de Sangre tanto a nivel público como privado, donde un grupo de profesionales tiene la capacidad de otorgar información respecto a la donación de sangre.

"En Baja California tenemos sangre 100% segura, ya que tenemos un registro de 10 años sin SIDA por transfusión y los índices de hepatitis C ha bajado hasta en un 0%, indicó Ocampo Lozano.

Por otro lado, la responsable del Banco de Sangre del Hospital General de Tijuana, doctora Yolanda Ibarra Hernández, exhortó a la población a realizar voluntariamente la donación de este vital líquido y agradeció a las personas que por su sentido humano se han convertido en donadores altruistas, como:

Alan Santiago Rangel Silva, guardia de seguridad de este nosocomio; Luciano García Morales, padre de un menor en tratamiento con cáncer; Aracely Cruz García, familiar de un menor en tratamiento por cáncer.

En caso de que una persona desee realizar donación altruista puede acudir al Banco de Sangre de lunes a viernes de 7:00 a 20:00 h, de 12:00 a 16:00 horas, donde se le hará un se revisarán sus signos vitales, se le realizarán todos los estudios de laboratorio y se le aplicará una la cual es totalmente confidencial.

La extracción de la sangre durará medio de 25 minutos y la efectuará calificado para el procedimiento; una cluida la donación se le entregará los de laboratorio y un refrigerio para poder su generosidad.

Los requisitos que deben cumplir se una identificación con fotografía; tener 18 años y menos de 65 años; pesar más de 50 kilos; no ingerir alimentos grasos ni alcohólicos; aquellas personas que tienen un pedimento para donar son: Tener un en los últimos 6 meses.

Haber donado sangre en los últimos estar enfermo de diabetes, hipertensión, sifilis, peludismo; en el caso de mujeres embarazadas, periodo de lactancia; si están en tratamiento con anticancerígenos, aspirinas o anti-inflamatorios.

Simposio de VIH/ SIDA y sífilis en mujeres embarazadas

Por Ana Láz Sánchez Aguilar

Tijuana (OEM). Con el fin de capacitar y actualizar a profesionales de la salud que se lleve a cabo el Simposio de VIH/ SIDA y sífilis en embarazadas dirigido al personal de Salud de segundo y primer nivel de atención; informó el secretario de Salud del Estado, José Bustamante Moreno.

En este sentido comentó que el objetivo es sensibilizar y capacitar al personal de Salud para fortalecer la estrategia de prevención y detección oportuna del SIDA y sífilis en embarazadas en Baja California.

Detalló que los temas que se impartieron son: información general sobre el programa nacional para la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA y la eliminación de la sífilis congénita; detección y manejo oportuno del VIH/SIDA en embarazadas para la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo; manejo profiláctico del VIH/SIDA en niños expuestos y seguimiento; detección y manejo oportuno de la sífilis en embarazadas para la prevención y eliminación de la sífilis congénita; pruebas rápidas de VIH y sífilis entre otros.

Señaló que el VIH puede transmitirse de la madre al bebé durante el embarazo, es por ello que se han realizado 60 mil pruebas rápidas para mujeres embarazadas en todo el Estado para detectar oportunamente el padecimiento y así otorgarle a la mamá el tratamiento adecuado y evitar que el producto se infecte; el primer trimestre es el momento idóneo para realizarse la prueba.

Bustamante Moreno indicó que para prevenir contagiarse de VIH/SIDA o sífilis es necesario utilizar condones de latex correctamente en la relación sexual, no compartir agujas para inyectarse drogas, esteroides, vitaminas, no hacerse tatuajes o perforaciones en el cuerpo, hablar con su pareja sobre cómo practicar relaciones sexuales menos riesgosas.

El funcionario estatal agregó que en el Estado se presentan 20 mil embarazos en promedio, es por eso muy importante que todas las mujeres si sospechan o tienen el conocimiento de que están embarazadas se realicen las pruebas rápidas de VIH y sífilis en todos los Centros de Salud de la entidad y son totalmente gratuitas.



CÉDULA PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH
MUJERES EMBARAZADAS
Pruebas Rápidas

PTV-01

1. INSTITUCIÓN NOTIFICANTE		
Nombre de la Jurisdicción Sanitaria		
Clave Única de Establecimientos de Salud - CLUES (antes llamada RENIS):		
Localidad	Municipio	Entidad Federativa
2. DATOS DE LA MUJER EMBARAZADA		
Edad:	Número de expediente clínico:	
Semanas de gestación	Número de embarazos (Incluyendo el actual)	Número de hijos nacidos vivos
Estado Civil: Soltera ☐ Casada ☐ Unión Libre ☐ Divorciada ☐	¿Hablaba alguna lengua indígena? ☐ SI ☐ NO ☐	
3. PRUEBA RÁPIDA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH		
¿Se ha realizado anteriormente la prueba del VIH/SIDA? ☐ SI ☐ NO ☐		
¿Acepta usted la realización de esta prueba? ☐ SI ☐ NO ☐		
Fecha de la Prueba: Día Mes Años		
Número de folio de la prueba rápida:		
¿Recibió consejería? ☐ SI ☐ NO ☐		
¿Firmó la Carta de Consentimiento Informado? ☐ SI ☐ NO ☐		
Resultado de esta prueba rápida: ☐ Reactiva → ¿A qué lugar fue referida? ☐ Negativa (Pase a la siguiente sección) ☐ Inválida → Aplicar una 2ª prueba rápida		
Número de folio de la 2ª prueba rápida:		
Resultado de la 2ª prueba rápida: ☐ Reactiva → ¿A qué lugar fue referida? ☐ Negativa (Pase a la siguiente sección) ☐ Inválida (Pase a la siguiente sección)		
4. PRÁCTICAS DE RIESGO		
En los últimos doce meses... ¿Usted y/o su pareja sexual han tenido alguna de las siguientes prácticas?		
Usted: ☐ SI ☐ NO ☐		
Su pareja sexual: ☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE ☐		
¿Relaciones sexuales con más de una pareja? ☐ SI ☐ NO ☐		
Usaria(o) de Drogas Inyectadas ☐ SI ☐ NO ☐		

CLASIFICACIÓN: SEROPOSITIVO SIDA																																					
I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE N° AFILIACIÓN: _____ FOLIO: _____ CURP: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____ NOMBRE: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ EDAD: _____ SEXO: Masculino ☐ Femenino ☐ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión libre ☐ casado ☐ divorciado ☐ viudo ☐ separado ☐ RESIDENCIA ACTUAL: _____ Calle _____ Número _____ Colonia _____ Estado _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ C.P. _____ Delegación (para IMSS) _____ Entre qué calle y qué calle: _____ ES MIGRANTE: ☐ MIGRANTE NACIONAL ☐ MIGRANTE EEUU ☐ MIGRANTE OTRO ☐ Especifique País: _____ ANterior LUGAR DE RESIDENCIA POR MAS DE SEIS MESES A PARTIR DE 1980 (Si son diferentes al habitual y si han durado más de 6 meses) Ciudad o Localidad _____ ESTADO _____ País _____ Meses _____ Ciudad o Localidad _____ ESTADO _____ País _____ Meses _____ ES UN CASO BINACIONAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ HABLE LENGUA INDÍGENA: SI ☐ NO ☐ ? ☐ ES INDÍGENA: SI ☐ NO ☐ ? ☐ ¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS? SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐ CUANTOS? _____ HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: ANTES ☐ DURANTE ☐ DESPUÉS DE SU ESTANCIA EN EL CERESO																																					
II UNIDAD NOTIFICANTE BAJA CALIFORNIA No. 3 ENSENADA ENSENADA ENSENADA Estado / Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____ Nombre del Médico Notificante _____ FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____																																					
III SEXUALIDAD A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON: HOMBRES SI ☐ NO ☐ ? ☐ MUJERES SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ B. A PARTIR DE 1980 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON: HOMOSEXUALES SI ☐ NO ☐ ? ☐ TRABAJADORES DEL SEXO COMERCIAL SI ☐ NO ☐ ? ☐ HEMOFÍLICOS SI ☐ NO ☐ ? ☐ BISEXUALES SI ☐ NO ☐ ? ☐ TRABAJADORES DEL SEXO COMERCIAL SI ☐ NO ☐ ? ☐ INTERNOS CERESO SI ☐ NO ☐ ? ☐ HETEROSEXUALES SI ☐ NO ☐ ? ☐ PERSONAS TRANSGÉNERO SI ☐ NO ☐ ? ☐ PERSONAS CON VIH/SIDA SI ☐ NO ☐ ? ☐ MIGRANTES SI ☐ NO ☐ ? ☐ USUARIOS DROGAS IV SI ☐ NO ☐ ? ☐ RECEPTORES DE TRANSFUSIÓN SANGÜNEA SI ☐ NO ☐ ? ☐ O DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS/TEJIDOS																																					
C. ES O HA SIDO TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ D. ES UNA PERSONA TRANSGÉNERO SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ E. FUE VÍCTIMA DE VIOLACIÓN SEXUAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ Recibió quimioprofilaxis: SI ☐ NO ☐ ? ☐ Fecha de inicio: SI ☐ NO ☐ ? ☐ Cuántas horas después de la violación: _____ Fecha en que ocurrió: _____ Fecha de Seroconversión a VIH: _____ Día / Mes / Año _____ Duración de la Quimioprofilaxis: _____ Días																																					
2. ¿SI HA SIDO TRANSFUNDIDO NO: UNIDADES TRANSFUNDIDAS DESPUÉS DE 1980: SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ UNIDAD 1: _____ Día Mes Año _____ Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____ UNIDAD 2: _____ Día Mes Año _____ Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____																																					
3. ¿ES HEMOFÍLICO: SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ 4. ¿ES USUARIO (A) DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES: SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ 5. ¿HA DONADO SANGRE: SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ 6. ¿HA RECIBIDO TRASPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ NO APLICA ☐ TIPO DE INTERVENCIÓN: _____ Clave Unidad _____ Estado / Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ FECHA: _____ Día Mes Año _____ Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____																																					
7. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐ EXPOSICIÓN A: SANGRE SI ☐ NO ☐ ? ☐ SECRECIONES: _____ RESULTADO DE PRUEBA BASAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ FECHA: _____ Recibió quimioprofilaxis: SI ☐ NO ☐ ? ☐ Especifique FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: _____ LA EXPOSICIÓN _____ CUANTAS HORAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN _____ DURACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS _____ Días																																					
9. ¿SOSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL? (Si la respuesta es afirmativa pasar a la sección IV) SI ☐ NO ☐ ? ☐																																					
IV SÓLO LLENAR ESTE PARTIDO EN CASOS CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL: (ALGUIEN DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MADRE</th> <th>PADRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. INFECTADO DE VIH/SIDA</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>2. FALLECIDO POR VIH / SIDA</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>3. BISEXUAL</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>4. PAREJA SEXUAL INFECTADA POR VIH / SIDA O PRÁCTICAS DE RIESGO</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>5. MAS DE UNA PAREJA SEXUAL</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>7. TRANSFUNDIDO DESPUÉS DE 1980</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>8. HEMOFILIA</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>10. DONACIÓN DE SANGRE REMUNERADA</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> <tr><td>11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td><td>SI ☐ NO ☐ ? ☐</td></tr> </tbody> </table>			MADRE	PADRE	1. INFECTADO DE VIH/SIDA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	2. FALLECIDO POR VIH / SIDA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	3. BISEXUAL	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	4. PAREJA SEXUAL INFECTADA POR VIH / SIDA O PRÁCTICAS DE RIESGO	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	5. MAS DE UNA PAREJA SEXUAL	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	7. TRANSFUNDIDO DESPUÉS DE 1980	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	8. HEMOFILIA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	10. DONACIÓN DE SANGRE REMUNERADA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐	11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐
	MADRE	PADRE																																			
1. INFECTADO DE VIH/SIDA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
2. FALLECIDO POR VIH / SIDA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
3. BISEXUAL	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
4. PAREJA SEXUAL INFECTADA POR VIH / SIDA O PRÁCTICAS DE RIESGO	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
5. MAS DE UNA PAREJA SEXUAL	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
7. TRANSFUNDIDO DESPUÉS DE 1980	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
8. HEMOFILIA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
10. DONACIÓN DE SANGRE REMUNERADA	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH	SI ☐ NO ☐ ? ☐	SI ☐ NO ☐ ? ☐																																			
V MECANISMO DE TRANSMISIÓN 1. SEXUAL: Homosexual ☐ Bisexual ☐ Heterosexual ☐ 2. TRANSFUSIONAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐ 3. Drogas intravenosas/inyectables SI ☐ NO ☐ ? ☐ 4. OCUPACIONAL SI ☐ NO ☐ ? ☐ 5. PERINATAL SI ☐ NO ☐ ? ☐ 6. DESCONOCIDO SI ☐ NO ☐ ? ☐																																					

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRARÁ Y MANTENDRÁ LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO, LA INFORMACIÓN DE VIH/SIDA ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVIARSE EN SOBRE CERRADO

FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE