

Universidad Autónoma de Baja California

**“Conocimiento de la N. O. M. Para la Prevención de la
Transmisión Perinatal de VIH en Instituciones de Salud en
Tijuana.”**

**Trabajo terminal que para obtener la especialidad de:
Gineco-Obstetricia**

Presenta:

Dr. Akira Ricardo Shimajuko Miyasato

Director de Tesis:

Dr. Jorge Martín Ruiz Calderón

Mexicali, Baja California

Febrero 2005

Universidad Autónoma de Baja California
Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
Departamento de Enseñanza e Investigación



**“Conocimiento de la N. O. M. Para la Prevención de la
Transmisión Perinatal de VIH en Instituciones de Salud en
Tijuana.”**

Trabajo terminal que para obtener la especialidad de:
Gineco-Obstetricia

Presenta:

Dr. Akira Ricardo Shimajuko Miyasato

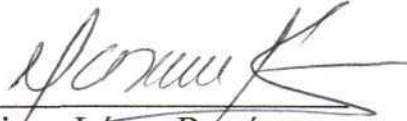
Director de Tesis:

Dr. Jorge Martín Ruiz Calderón

Mexicali, Baja California

Febrero 2005


Hoja de Firmas



Dr. Mariano López Ramírez
Jefe de Servicio



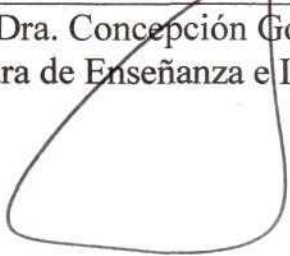
Dr. Jorge Martín Ruiz Calderón
Director de Tesis



Dra. Luz Elena Aburto Márquez
Profesor Titular del Curso de Postgrado



Dra. Concepción González
Jefatura de Enseñanza e Investigación



INDICE

CAPITULOS	PAGINA
CAPITULO I-----	1
CAPITULO II-----	7
CAPITULO III-----	9
CAPITULO IV-----	10
CAPITULO V-----	21
CAPITULO VI-----	24
CAPITULO VII-----	26
CAPITULO VIII-----	28

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1-----	5
GRAFICA 1-----	12
GRAFICA 2-----	13
GRAFICA 3-----	14
GRAFICA 4-----	15
GRAFICA 5-----	16
GRAFICA 6-----	17
GRAFICA 7-----	18
GRAFICA 8-----	19
GRAFICA 9-----	20
APÉNDICE-----	28

Gracias a Dios, a todas las personas que me ayudaron desinteresadamente,

dedicado para tí hijita Iza Maria

CAPITULO I

INTRODUCCION

El primer informe que apareció en la literatura sobre SIDA fue en junio de 1981, en el cual se informó sobre la aparición en un período de 8 meses, de 5 casos de neumonía por *Pneumocystis Carinni*, en pacientes homosexuales jóvenes que no tenían explicación para presentar una inmunodeficiencia que les condicionara a adquirir infecciones por microorganismos oportunistas. A partir de entonces se multiplicaron informes sobre casos similares por lo que el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de USA (CDC) integró un grupo de investigadores para establecer una vigilancia de esta nueva enfermedad.¹

En 1982 se habían detectado 593 casos que se definieron con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En la actualidad involucra a todos los grupos de la población con una distribución mundial, con reportes en todos los países del mundo.

Inicialmente se consideró a los grupos homosexuales masculinos así como a los usuarios de drogas intravenosas como la población de mayor riesgo de contraer la enfermedad o ser portadora de ella, hoy en día la transmisión heterosexual se considera el principal mecanismo de contagio. Durante el mismo año, la CDC, reportó la existencia de una nueva vía de transmisión, la perinatal.^{2,3}

El programa conjunto de Naciones Unidas sobre el HIV/SIDA (ONUSIDA), estimó que en diciembre de 2000 había en el mundo más de 40 millones de personas que Vivían con HIV/SIDA.^{4,5}

En Barcelona donde se efectuó la última reunión mundial de SIDA, en el año 2002, se calculó un poco más de 43 millones de personas infectadas, cifra que incluía más o menos 16.4 millones de mujeres, 21.6 millones de hombres y 1.8 millones de niños, la mayoría de ellos 70% habitaban en África y un 5% en América Latina y el Caribe. Para diciembre de 1998 la OMS y ONUSIDA estimaban en 1.73 millones de personas viviendo con HIV/SIDA en Latinoamérica y el Caribe.⁴

De los casos en pediatría, la mayoría son por infección vertical, se calcula 600,000 niños infectados anualmente.^{3,4,6}

Para los países pobres del tercer mundo, el alto costo de los medicamentos, además del problema de adherencia a los mismos, las hospitalizaciones repetidas, las infecciones de difícil manejo, el rechazo social etc; plantean que sea una obligación ética, moral y médica que todas las embarazadas tengan la oportunidad de practicarse la prueba de ELISA para HIV y de esta forma evitar la infección por el virus.^{3,7}

La incidencia de transmisión perinatal varía en las diferentes regiones del mundo. En México es particularmente especial por la diferencia socio-económico, geográfica y cultural entre el sur, centro y frontera norte del país. En el Hospital General de Tijuana se reporta una incidencia de hasta 1.12% mujeres infectadas atendidas en el área de Tococirugía.^{8,9}

Estas diferencias, se relacionan con variaciones en la práctica de la lactancia, ausencia o deficiencia de atención y control prenatal, acceso a servicios médicos, terapia antirretroviral, etc.

Antes del año 2000 se estimaba que el 14.6% de los adultos infectados eran mujeres; y durante el mismo período se detectaron 2400 niños viviendo con HIV SIDA en quienes la principal vía de transmisión fue la perinatal.^{10,11,12}

La transmisión perinatal se considera un padecimiento cada vez más frecuente, que puede ser detectado inicialmente por médicos del primer nivel, a través de exámenes paraclínicos.

La transmisión perinatal es la causa más común de HIV en niños en USA. Es responsable del 90% de los niños con HIV I casi el total de los pre-adolescentes.^{3,4,5,7,8,21}

En ausencia de intervención la frecuencia reportada de transmisión de madre a hijo varía inmensamente alrededor del mundo con porcentaje del 10% al 60%. Este porcentaje difiere con patrones de lactancia, carga viral y práctica obstétrica. Antes del régimen PACTG076 2,000 niños estaban infectados en USA y un año después del régimen solo 174. Esta disminución refleja las intervenciones, detallando el tiempo y las determinantes de la transmisión. Está estimado que el 70% de la transmisión madre-hijo ocurre durante el parto, el 30% ocurre in útero., 2 de 3 transmisiones in útero ocurren en las 14 horas previas al parto.^{4,21,23}

Los posibles mecanismos por el cuál el virus afecta el feto incluyen microtransfusiones durante contracciones, el paso a través del cervix y vagina durante el parto o la absorción del virus a través del sistema digestivo del infante. Estudios han demostrado un aumento en las infecciones con una duración aumentada en la ruptura de membranas y una disminución en los porcentajes con las cesáreas electivas. Posiblemente el mejor factor predictivo de la posibilidad de infección neonatal es la carga viral materna.^{24,25}

Los incrementos exponenciales en los niveles plasmáticos de RNA viral están generalmente asociados con porcentajes asociados de transmisión perinatal con el porcentaje más alto de riesgo de transmisión encontrados en aquellas mujeres con niveles mayores de más de 100,000 copias de CD4 sin embargo la transmisión es rara cuando la carga viral es indetectable.^{4,15,22,25,27}

La distribución por la infección de VIH/SIDA es mundial, aunque el impacto de la enfermedad varia de una región a otra dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y del número de personas que enferman y fallecen. La región de África subsahariana es la más afectada por esta enfermedad, pues se estima que en ella se encuentran 25.3 millones de personas que viven con VIH/SIDA y la prevalencia es del 8.8/100.^{5,19}

Actualmente la mayor parte de los casos de infección por el VIH/SIDA se registran en los países en vías de desarrollo, y el 90% de los casos reportados en el mundo se encuentran en las regiones comprendidas por Asia meridional y sudoriental, América Latina y África subsahariana.^{13,17,19,27,28,29}

SITUACION EN MEXICO

México ocupa el 13vo. Lugar de notificación de casos en el mundo y el tercero en el Continente Americano, pero si se considera la tasa de incidencia acumulada, en el mundo ocupa el 69vo. lugar y el 29vo. en América Latina y el Caribe, lo cual hace que se le considere entre los países que tienen una tasa de incidencia muy baja.^{8,9}

El primer caso de SIDA en nuestro país fue reportado por el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran" en junio de 1983. Ese año fueron notificados 6 casos a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Desde 1983 se inicio un seguimiento epidemiológico constante y, a partir de 1987, se estableció el registro Nacional de Casos de SIDA. La notificación de casos de VIH/SIDA es de observancia obligatoria, y los casos deben informarse a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. (TABLA)^{8,9}

La distribución por estados de los casos de SIDA diagnosticados en 1999, muestra que Veracruz, Puebla, Michoacán, el Estado de México y Jalisco, se encuentran dentro de las cinco entidades más afectadas. Esta tendencia se ha conservado a lo largo de los años, aunque se ha incrementado notablemente el número de casos en Michoacán. Sin embargo en el Distrito Federal, Jalisco y Estado de México se encuentra el 55% de los casos acumulados.¹⁵

La distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados según el factor de riesgo en 1999, muestra que la actividad sexual sigue siendo la principal causa de transmisión del VIH (79.7%), y del total de casos atribuidos a transmisión sexual, 43.1% pertenecen a la categoría heterosexual y 36.6% a la homosexual/bisexual. La infección por vía parenteral ha disminuido de manera importante, pero se sigue presentando y constituye el 1.0% de los casos; por vía perinatal 1.4% y por mecanismo desconocido 17.9%.^{8,9,12}

La distribución porcentual por género y por grupo etario en 1999, muestra tendencias similares a las presentadas durante la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país.

Casos acumulados de SIDA, por Entidad Federativa

15 de noviembre del 2004

Lugar	Entidad Federativa	Población 2004	Casos acumulados de SIDA	Tasa acumulada
1	Distrito Federal	8,814,123	18,742	212.6
2	México	14,447,120	9,617	66.6
3	Jalisco	6,758,852	8,298	122.8
4	Veracruz	7,274,772	7,659	105.3
5	Puebla	5,480,844	4,480	81.7
6	Baja California	2,867,630	4,007	139.7
7	Guerrero	3,249,559	3,210	98.8
8	Chiapas	4,357,301	2,629	60.3
9	Oaxaca	3,693,497	2,616	70.8
10	Michoacán	4,213,737	2,539	60.3
11	Nuevo León	4,178,145	2,384	57.1
12	Yucatán	1,784,267	2,191	122.8
13	Chihuahua	3,373,391	2,111	62.6
14	Morelos	1,698,232	2,072	122
15	Guanajuato	5,027,179	2,004	39.9
16	Tamaulipas	3,106,529	1,913	61.6
17	Sinaloa	2,747,467	1,293	47.1
18	Coahuila	2,511,114	1,213	48.3
19	Sonora	2,448,839	1,198	48.9
20	Tabasco	2,045,537	1,151	56.3
21	Nayarit	991,142	1,021	103
22	San Luis Potosí	2,398,690	969	40.4
23	Quintana Roo	1,053,084	936	88.9
24	Hidalgo	2,370,735	904	38.1
25	Durango	1,549,309	779	50.3
26	Querétaro	1,572,772	749	47.6
27	Tlaxcala	1,055,648	649	61.5
28	Campeche	763,037	568	74.4
29	Aguascalientes	1,028,279	501	48.7
30	Zacatecas	1,415,269	466	32.9
31	Baja California Sur	489,669	439	89.7
32	Colima	584,068	384	65.7
-	Extranjeros	-	298	-
-	Se desconoce	-	53	-
	Nacional	105,349,837	90,043	85.1**

Notas:

* Tasas por 100,000 habitantes.

** La tasa nacional calculada no incluye a los extranjeros y a la categoría se desconoce.

Fuentes:

DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2004. Secretaría de Salud.

CONAPO. Proyecciones de población por sexo, grupos de edad y entidad federativa 2000-2010. Versión 2002.

La infección por VIH/SIDA en México es la tercera causa de muerte en varones adultos de entre 25 y 34 años, y la sexta causa en mujeres del mismo grupo etario. Hasta el año 2001, diez mil personas han muerto a causa del SIDA en nuestro país. Actualmente, a partir de 1996, se observa una tendencia a la disminución de la mortalidad, que ha coincidido con la aparición del tratamiento antirretroviral altamente activo.

En México existe un subregistro del 33% y una extemporaneidad de cinco años en promedio por lo que se han tomado medidas con el Programa de Prevención de VIH/SIDA, a través del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), con base en las recomendaciones de ONUSIDA y la OPS, definió nuevos criterios que fortalecen la vigilancia epidemiológica. Con esto se ha logrado según informes oficiales que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica tenga una cobertura del 82% y una extemporaneidad de ocho meses. También se lleva a cabo una vigilancia centinela en poblaciones específicas, búsqueda de casos en hospitales, revisión de certificados de defunción y tamizaje en donadores de sangre con apoyo al Registro Nacional de SIDA^{9,15}

OBJETIVO DE LA TESIS

Evaluar los conocimientos de los médicos de primer nivel y Gineco Obstetras de las diferentes Instituciones de Salud Pública y de la práctica especialista privada en el Conocimiento del Mecanismo de Transmisión Perinatal según la Norma Oficial Mexicana. En la ciudad de Tijuana Baja California.

HIPOTESIS

Los médicos de primer y segundo nivel no cuentan con el conocimiento suficiente teórico según la NOM en el manejo correcto de mujeres embarazadas portadoras de VIH y el Mecanismo de Transmisión Perinatal.

HIPOTESIS DE NULIDAD

Todos los médicos de primer y segundo nivel de los hospitales de mayor concentración pública y especialista en práctica privada conocen el manejo adecuado y los mecanismos de transmisión perinatal en la paciente embarazada con VIH.

CAPITULO III

ANALISIS ESTADISICO

Se tomará en cuenta el número de aciertos de las 16 preguntas formuladas, y se clasificarán de acuerdo al siguiente cuadro.

No. DE RESPUESTAS	INTERPRETACION
0 - 4	MALO
5 - 8	REGULAR
9 - 12	BUENO
12 - 16	EXCELENTE

Se utilizarán medidas de tendencia central Media, Mediana Moda.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se realizaron 118 encuestas anónimas de la cuales 82 (77.1%) fue contestado y 27 (32.9%) no respondieron o no entregaron la encuesta, sin especificar causa.

Se dividieron en diferentes grupos, se les asignó una letra de acuerdo al grupo y un número progresivo a cada encuesta al momento de la calificación.

Grupo A médicos de Base especialistas de Gineco Obstetricia del Hospital General de los diferentes turnos, en el caso de los médicos que laboran en 2 o más instituciones se incluyó en el grupo del hospital donde se realizó la encuesta.

Se realizaron 13 encuestas, 11 contestaron (84.6%) de participación, 2 (15.4%) no respondieron o no entregaron la encuesta. Con un promedio de 7.2 respuestas correctas de 16 (45.2%) Media de 7.2 Moda de 6, una desviación standar de 1.56. De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento regular.

Grupo B médicos Becarios del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital General de Tijuana sin importar el año de Residencia, se realizaron 10 encuestas con una participación del 100% con un promedio de 10.2 respuestas correctas de 16 preguntas (63.7%) Media 10.2 Mediana de 10.5 Moda de 12 y una desviación standar de 1.62 De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento bueno.

Grupo C médicos Gineco Obstetras de las clínicas 1 y 7 del IMSS de los diferentes turnos en caso de que laboren en 2 o más instituciones publicas se tomó en el grupo del hospital donde se realizó la encuesta. Se aplicaron un total de 25 encuestas con una participación de 20 (80%) y 5 (20%) no aceptaron o no entregaron la encuesta, con un promedio de 7.5 respuestas correctas de 16 (47.1%) Media 7.5, Mediana de 8, Moda de 9, desviación standar de 1.99 De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento regular.

Grupo D médicos Gineco Obstetras que se encontraban en Consulta externa de la Clínica ISSSTECALI, se realizaron 5 encuestas, solo 3 respondieron la encuesta (60%) de participación, 2 no respondieron o no entregaron la encuesta (40%) con un promedio de 10.3 respuestas correctas de 16 (64.5%) Media de 10.3 Mediana de 9 Moda 9 desviación standar 2.3 De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento bueno.

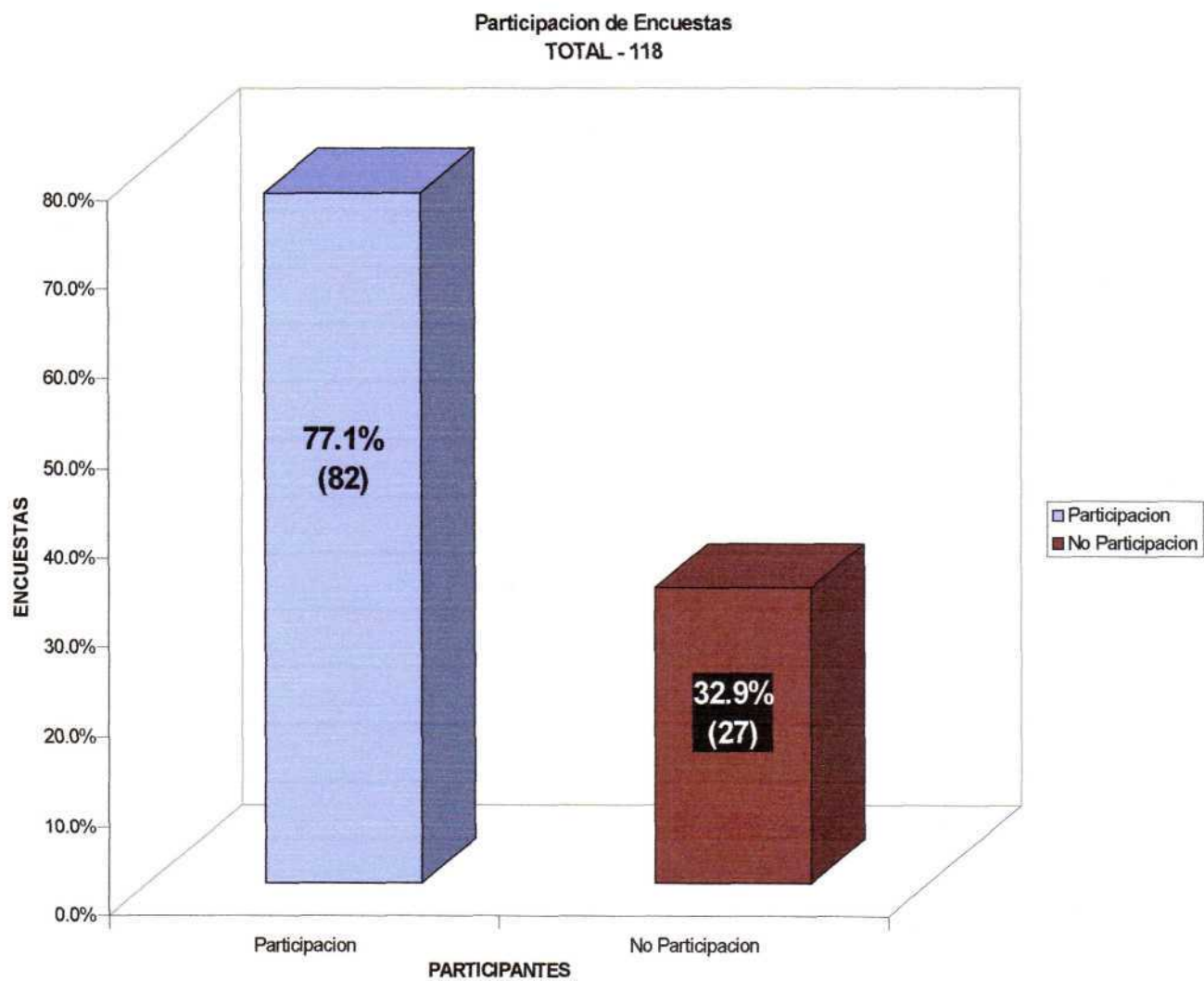
Grupo E médicos Gineco Obstetras que se encontraban en la consulta externa de la Clínica ISSSTE, se realizaron 6 encuestas, con participación de 4 (66.6%), no respondieron o no entregaron 2 (33.4%) con un promedio de 6.7 respuestas correctas de 16 preguntas (42.1%) Media de 6.7 Mediana 6.5 Moda NA desviación standar de 1.71 De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento regular.

Grupo F médicos Gineco Obstetras en práctica privada, se realizaron 23 encuestas en la reunión mensual del Colegio de Gineco Obstetricia el viernes 29 de Octubre 2004, de los cuales 8 (34.7%) respondieron la encuesta y 15 (65.3%) no respondieron o no entregaron la encuesta, lo que demuestra en este grupo el poco interés de participar. Con un promedio de 6.5 respuestas correctas de 16 (40.5%) Media de 6.5 Mediana 6.5 Moda NA desviación standar 2.4 De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento regular.

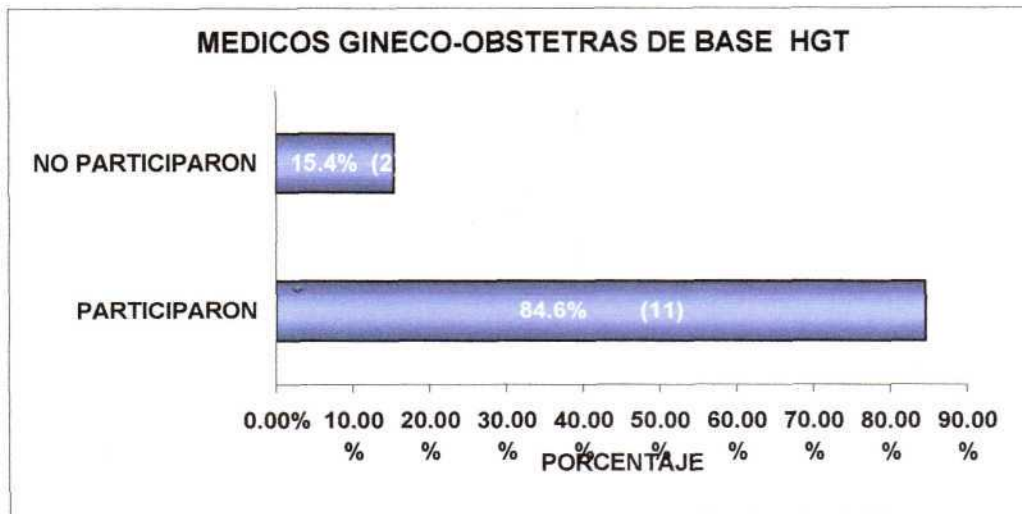
Grupo G médicos Generales y médicos Pasantes en Servicio Social, se realizaron 35 encuestas, 34 respondieron (97.1%), 1 encuesta no fue entregada (2.9%) con un promedio de respuestas de 10.7 de 16 preguntas (66.8%) Media de 10.7 Mediana de 11 Moda 11 desviación standar de 1.44 De acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento bueno.

De la totalidad de las encuestas realizadas se encontró una Media 8.9 Mediana 9 Moda 10, desviación standar 2.4.

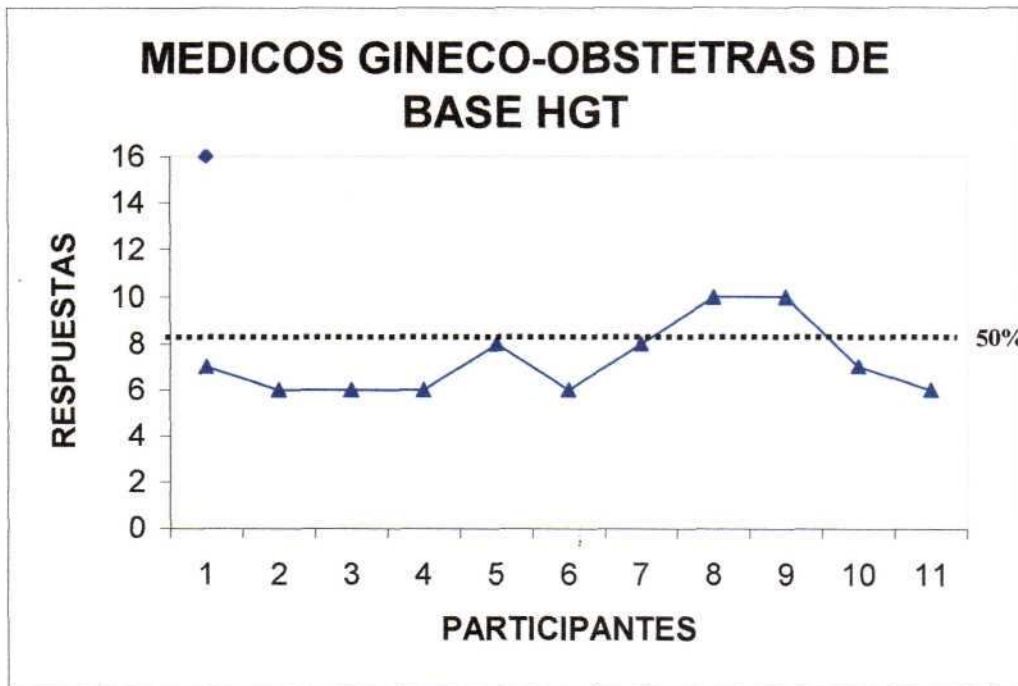
Gráfica 1



a)

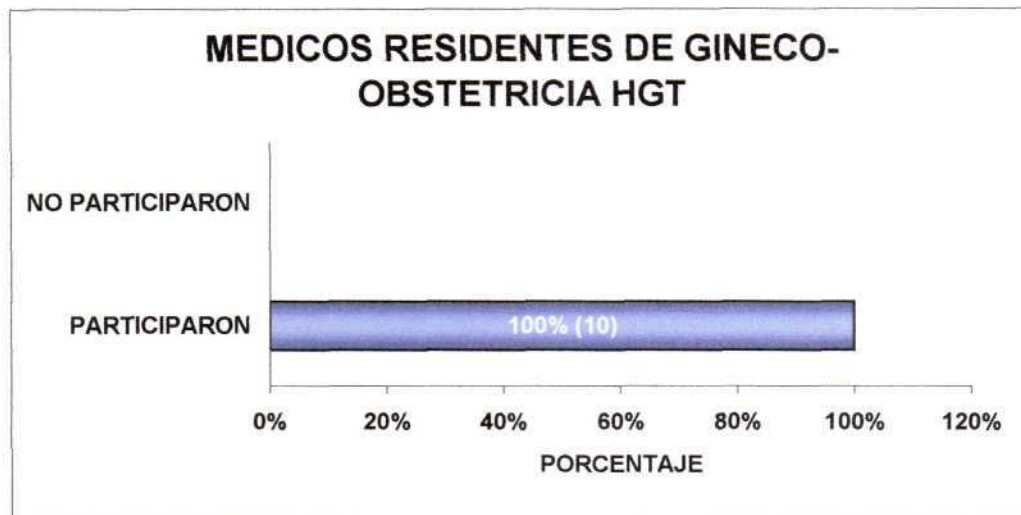


b)

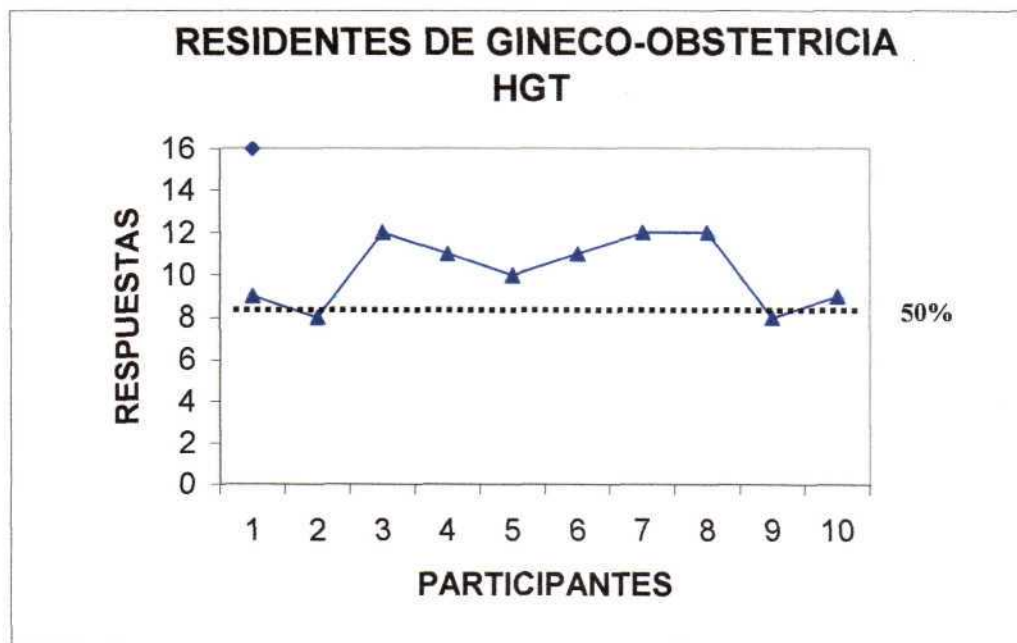


Gráfica 2 a) porcentaje de participación b) número de respuestas por participante

a)

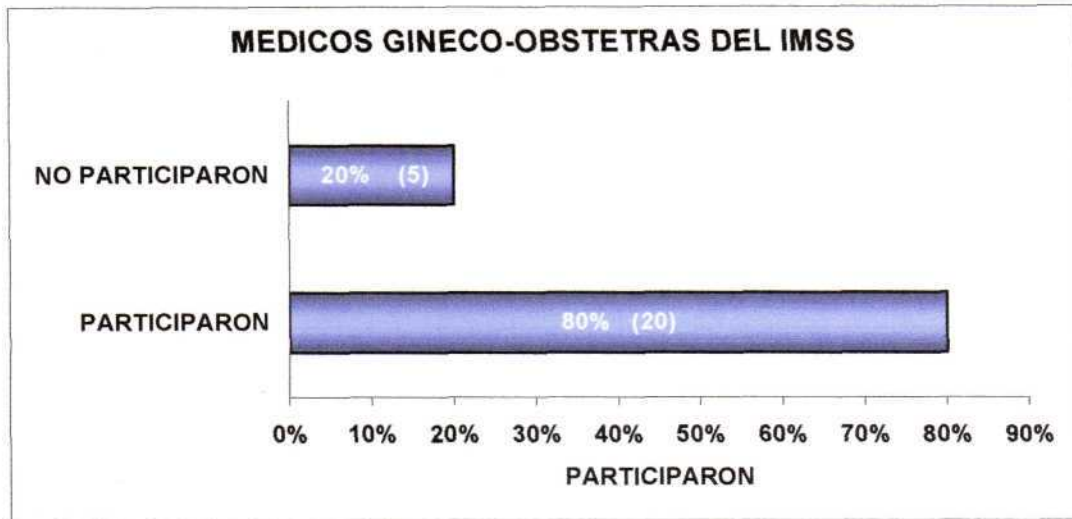


b)

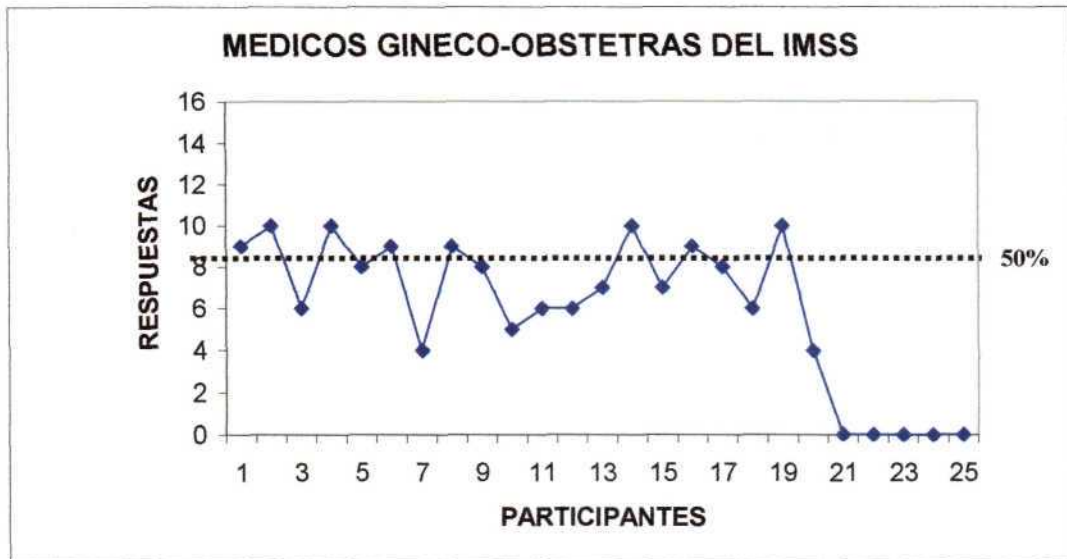


Gráfica 3 a) porcentaje de participación b) número de respuestas por participante

a)

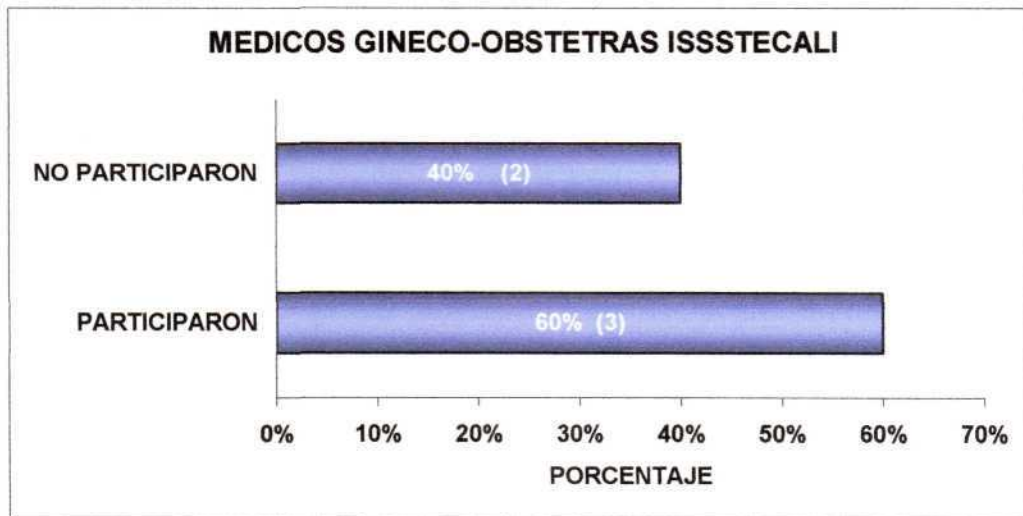


b)

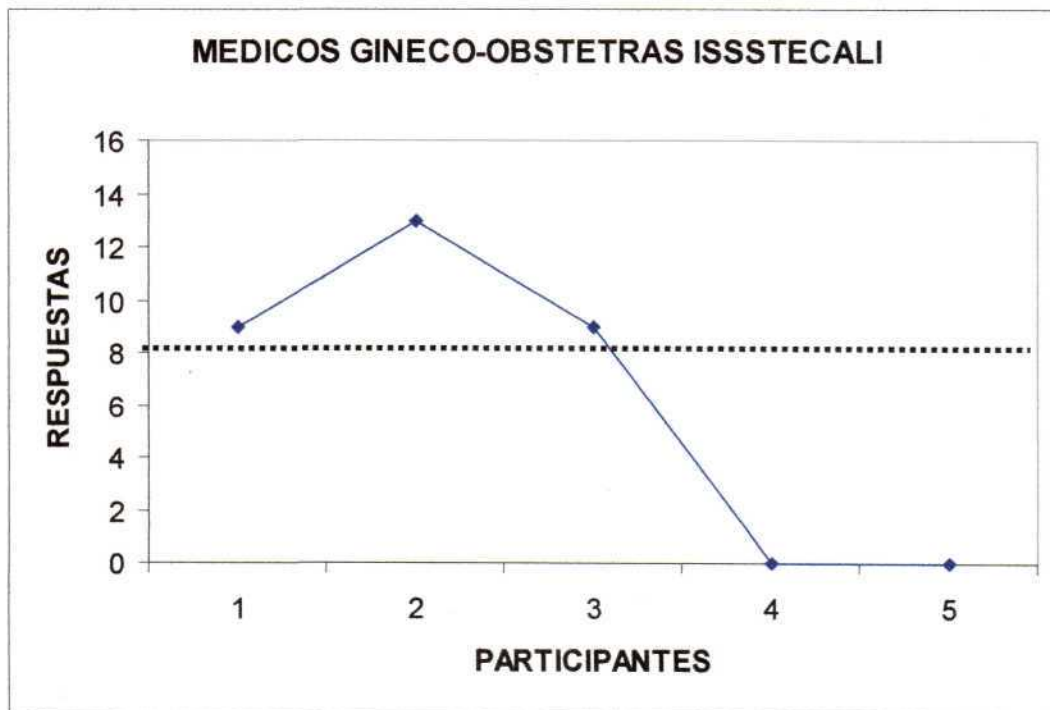


Gráfica 4 a) porcentaje de participación b) número de respuestas por participante

a)

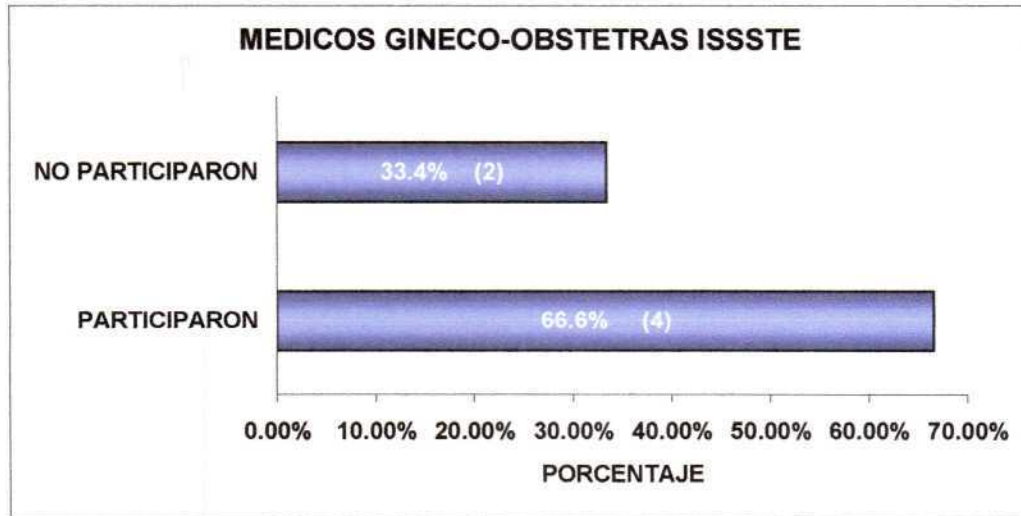


b)

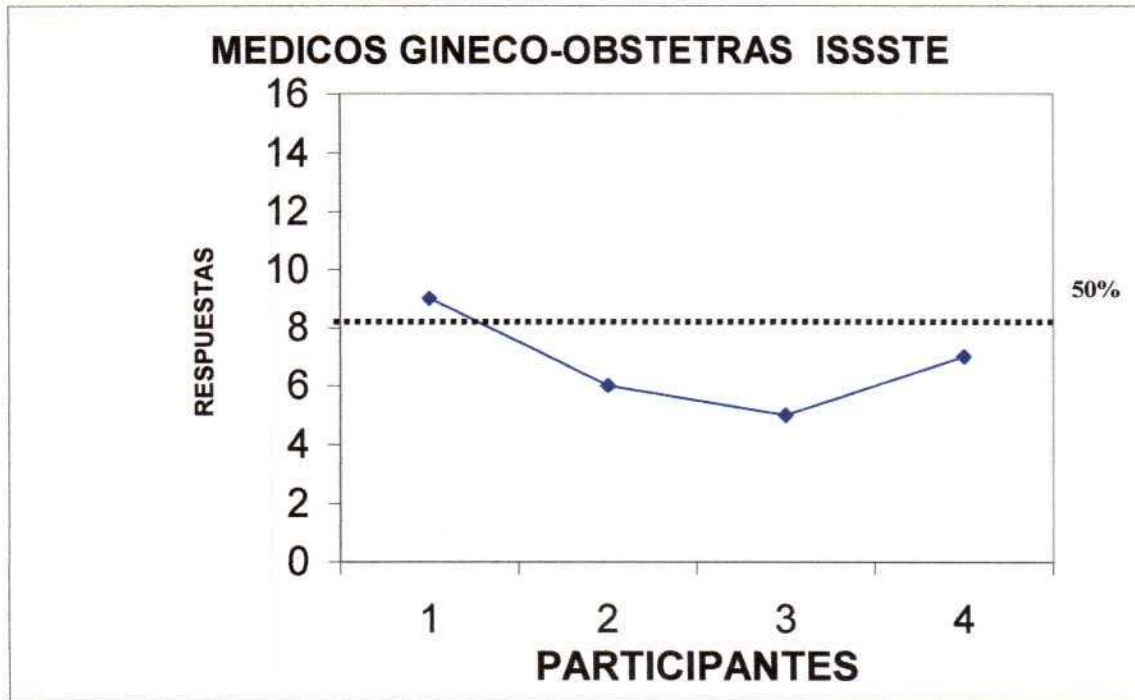


Gráfica 5 a) porcentaje de participación b) número de respuestas por participante

a)

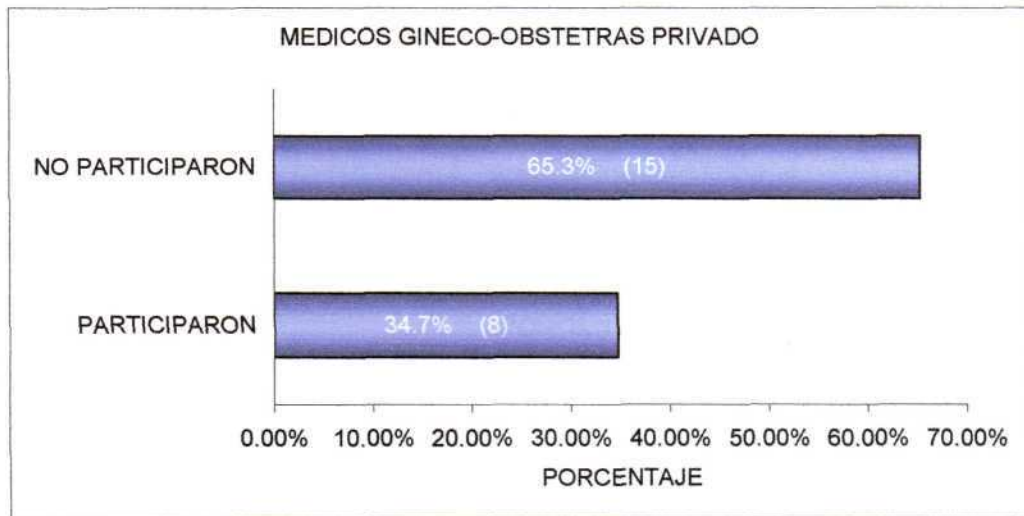


b)

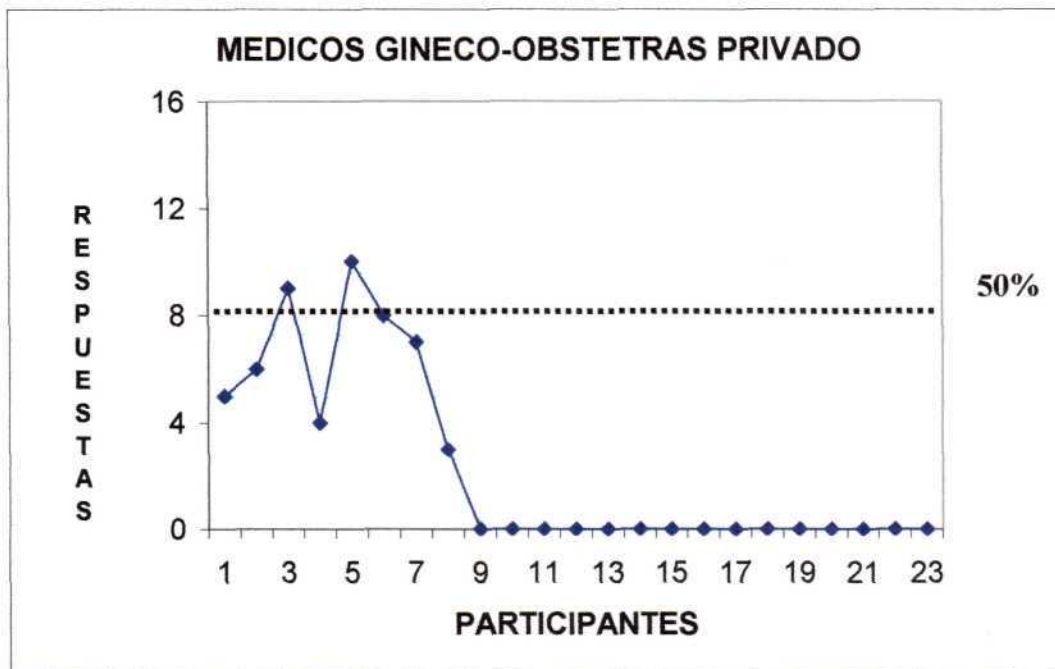


Gráfica 6 a) porcentaje de participación b) número de respuestas por participante

a)



b)



Gráfica 7 a) porcentaje de participación b) número de respuestas por participante

CAPITULO V

DISCUSION

De acuerdo a ONUSIDA, el número de niños infectados de VIH en el mundo es de 630,000 para el año 2003, y se estima que 490 morirán debido a alguna causa atribuible a SIDA, el mayor porcentaje de estos niños se encuentran en países sub-desarrollados, entre los que se encuentra México , y hasta el 90% de ellos adquirieron la infección a través de su madre durante embarazo o parto.

Cada día existen mayores evidencias de que el VIH SIDA no es una enfermedad exclusiva de ciertos grupos como se pensó al inicio y hoy en día está demostrado que la principal vía de transmisión en mujeres es la vía sexual.

La infección HIV SIDA es uno de los grandes retos de salud en la frontera entre México y USA. Ya que nuestro país ocupa el 3er lugar en el continente con 76,311 casos acumulados hasta junio 2004. De acuerdo a CENSIDA, existen en México 150,000 personas portadoras del virus y Baja California en especial la ciudad de Tijuana tiene una de las tasas más altas de prevalencia con 3,055 casos de SIDA reportado hasta junio 2004. Según encuesta epidemiológica realizada en 1997, revelaron que la prevalencia en embarazo 0.09%, sin embargo éste estudio se realizó en una área conurbada del Estado de México en forma voluntaria, en su mayoría en centros de salud y en 2 hospitales de segundo nivel en el área de consulta externa (control prenatal), lo que de alguna manera refleja una población con educación mínima para la salud y control prenatal.

Basada en la experiencia clínica en el Hospital General de Tijuana y de acuerdo a las condiciones socio económico cultural de la población que allí se maneja, se llevó a cabo un estudio para conocer la prevalencia de VIH en las mujeres embarazadas que acuden a ese hospital entre marzo a octubre 2003. Se dividió en 2 grupos el primero formado por pacientes que acudieron a consulta prenatal en donde se enrolaron a 1,530 mujeres encontrando a 5 mujeres positivas, lo que corresponde a una prevalencia del 0.33% y el segundo grupo en labor en donde se enrolaron a 1,068 mujeres que desconocían su estado serológico encontrándose 12 pacientes sero positivas lo que

corresponde a una prevalencia de 1.12%,^{8,9} se utilizó una prueba rápida Determine HIV 1-2 Abbott y corroborándose todos con ELISA y Wester Blot.

Esta elevada prevalencia encontrada en el Hospital General de Tijuana nos motivo a tratar de saber que tanto conocimiento tiene el personal médico encargado de control prenatal y de la atención y resolución del embarazo en cuanto a la transmisión Perinatal de VIH; sabemos que este es un tema cambiante que prácticamente a diario se publican nuevas cifras, nuevos medicamentos, etc; sin embargo se realizó una encuesta con 16 preguntas basada en la Norma Oficial Mexicana, en los diferentes centros de atención obstétrica de la ciudad para poder tener un panorama del grado de conocimiento y Aplicación de la Norma para la prevención y manejo de la transmisión perinatal de VIH en la localidad. También nos sirvió para medir el grado de aceptación en los médicos a tratar el tema. Estamos concientes que los grupos no son del todo homogéneos en cuanto al número y como en el caso de los centros de salud la encuesta se realizó en las reuniones mensuales por lo que se pudo aplicar la encuesta al mayor número posible de médicos que laboran en la jurisdicción, encontramos también que este grupo que fue el más numeroso y con una alta aceptación del 97.1% y con los mejores resultados con un promedio de respuesta de 10.7 y de acuerdo a la escala acordada se considera un conocimiento bueno; cabe resaltar que en su mayoría son médicos pasantes en servicio social que se encuentran en el ultimo año de la carrera de Medicina General y como parte del entrenamiento del servicio social reciben periódicamente adiestramiento en los programas básicos de salud y en las Normas Oficiales incluyendo la NOM VIH/SIDA.

Otro grupo que obtuvo mejores resultados con una aceptación del 100% con un promedio de respuesta de 10.2 y de acuerdo a escala acordada se considera un conocimiento bueno fue el de los médicos residentes del servicio de gineco obstetricia del Hospital General, esto se debe en parte a que desde hace 4 años se esta trabajando en una clínica de VIH de niños y embarazo, se esta trabajando en detección con prueba rápida y de una u otra forma han recibido capacitaciones periódicas. De los médicos especialistas en gineco obstetricia de las diferentes instituciones tenemos el caso de los médicos de ISSSTECALI en donde se realizaron 5 encuestas con el 60% de participación, con un promedio de 10.3 respuestas correctas, que de acuerdo a escala acordada se considera un conocimiento bueno en este hospital se obtuvo el cuestionario con mayor número de aciertos con 13 respuestas correctas de 16.

En el grupo de IMSS se registro una participación del 80% con 20 participantes de 25 encuestas realizadas con un promedio de 7.5 respuestas correctas que de acuerdo a la escala acordada se consideró un conocimiento regular

En el caso del Hospital General médicos de base especialistas de Gineco Obstetricia hubo una participación del 84.6% con 11 participantes de 13 encuestas con un promedio de 7.2 respuestas correctas, por lo que de acuerdo a la escala acordada se consideró un conocimiento regular. En el caso del hospital ISSSTE se encontró una participación de 66.6% de las 6 encuestas que se realizaron con un promedio de 6.7 respuestas correctas que de acuerdo a escala acordada se consideró un conocimiento regular. En el grupo de Gineco Obstetras en práctica privada se encontró en este grupo el porcentaje más alto de no aceptación y la no entrega de la encuesta, ya que de 23 encuestas solo 8 respondieron la encuesta y 15 que represento el 65.3% no participó. También en este grupo se obtuvo el promedio más bajo de aciertos con 6.5 respuestas correctas de 16.

CAPITULO VI.

CONCLUSIONES.

Hoy en día el grupo de mujeres en edad reproductiva es uno de los más vulnerables al contagio de VIH por vía hetero sexual. Por lo tanto la gestación es una buena excusa para poder ofrecer pruebas de detección oportuna a las mujeres y de esta forma evitar el contagio de los recién nacidos.

Por las condiciones socio económicas propias de la frontera en especial la migración, bajo nivel educativo, y alto índice de drogadicción, esta zona geográfica representa un foco de alerta para la diseminación de la enfermedad.

Se ha comprobado que en el Hospital General de Tijuana la prevalencia para VIH en las mujeres embarazadas que ahí se atienden es 10 veces mayor que lo reportado en otras zonas del centro del país llegando hasta 1.12%

La detección oportuna mediante pruebas rápidas o convencionales (ELISA) debe ser parte de la atención de rutina en nuestra población obstétrica y es necesario también que todo el personal de salud que este a cargo del control prenatal y atención del parto este capacitado en el manejo mínimo preventivo que garantice reducir al mínimo la posibilidad de transmisión madre – hijo.

Sabemos que el manejo de pacientes con VIH es quizás hoy en día, uno de los temas que la información disponible se actualiza en forma vertiginosa y lo que hoy esta vigente es muy posible que cambie pronto, sin embargo eso no es pretexto para desconocer por lo menos los lineamientos que ofrece la NOM para disminuir el riesgo de transmisión vertical.

Es de llamar la atención que el grupo de médicos que obtuvieron como grupo la calificación más alta fue el de los médicos pasantes en servicio social y esto puede entenderse por que prácticamente acaban de egresar de la Escuela de Medicina y en teoría tienen conocimientos más recientes y actualizados, además que como parte de su capacitación durante este año de servicio social son capacitados periódicamente en los

diversos programas básicos del 1 nivel de salud entre ellos Salud Reproductiva, control prenatal, ITS etc.

El siguiente grupo que obtuvo mejor cantidad de respuestas fue el de los residentes de Gineco Obstetricia del HGT, quienes también tienen en su mayoría poco tiempo de haber egresado de la Escuela de Medicina y de haber cumplido con el año de servicio social y además por la presencia en su Unidad Sede de la Clínica de mujeres embarazadas y Niños con VIH /SIDA con la colaboración de UCSD y HGT desde hace 6 años, han recibido capacitación específica sobre todo en los últimos 2 años en donde participaron de forma activa en el protocolo de Prevalencia con prueba rápida. El resto de los Obstetras que trabajan como médicos de base en las Instituciones Públicas y en la práctica privada tuvieron en general una calificación entre mala y regular.

Consideramos importante la difusión de los resultados de Prevalencia de VIH en embarazo en nuestro hospital a la comunidad médica de Tijuana a través de los Colegios médicos, Sociedad Médica de las diferentes Especialidades, Congresos regionales con la finalidad de motivar a otras instituciones de la localidad a realizar estudios de prevalencia en población obstétrica abierta y compararla con nuestros hallazgos y reafirmar así el conocimiento y la experiencia adquiridos para unificar conductas en todo el sector salud que logren llegar a la medicina privada para poder disminuir al máximo el número de niños infectados por VIH /SIDA en la región.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFIA

1. Epidemiologic notes and reports Pneumocystis pneumonia, Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981; 30: 250-2.
2. Wade N Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French PT, Wang L, et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1998; 339: 1409-14.
3. Centers for Disease Control and Prevention . Administration of zidovudine during late pregnancy and delivery to prevent perinatal HIV transmission – Thailand 1996-1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 48: 151-4
4. Santmyre B.R Vertical Transmission of HIV from mother to child in sub-Saharan Africa: modes of transmission and methods for prevention . Obstet Gynecol Surv 2001; 56:306-312
5. Howard Minkoff MD, Ron Hershow MD, D. Heather Watts MD, et al The Relationship of pregnancy to human immunodeficiency virus disease progression Am J Obstet Gynecol 2003; 183: 552-9
6. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. N Engl J Med 1999; 341: 394-402
7. Ioannidis JPA, Abrams EJ, Ammann A, Bulterys M, et al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus load <1000 copies/ml. J Infect Dis 2001; 183: 539-45
8. Rolando M. Viani, Maria R.G Araneta, Jorge Ruiz-Calderon et al. Prospective Perinatal HIV counseling and rapid testing in Tijuana, Baja California, Mexico: Seroprevalence and risk factors for HIV infection 2004 ; 198: 1-15
9. CENSIDA, Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México 2004, Secretaria de Salud México DF 2004 disponible <http://www.salud.gob.Mx/CONASIDA>.
10. Viani, R.M, Calderón, J.R, Van Pratt C, López G, and Spector S.A, HIV prevalence during pregnancy in Tijuana, Baja California, México AIDS 2003; 17: 1113-4.
11. Kruger A.M, Bhagwanjee S HIV/AIDS: Impact on maternal mortality at the Johannesburg Hospital, South Africa 1995-2001 International J of Obstet Anesthesia 2003; 12:164-168.
12. Minkoff H, Ahdieh L, Watts HD, Greenblatt R, Schmidt J, Schneider M, et al The relationship of pregnancy to the use of highly active antiretroviral therapy. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 1221-7.
13. Minkoff H, Human Immunodeficiency Virus Infection in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2003; 101: 797-808.
14. Groot M.R, Corporaal L.J, Cronje H.S, Joubert G HIV infection in critically ill obstetrical patients International J Obstet Gynecol 2003; 81: 9-16
15. Guía para el uso de medicamentos Antirretrovirales en pacientes con infección por HIV SIDA México DF edición 2001; 6:46-56
16. French Perinatal Cohort study. Risk of early febrile seizures with perinatal exposure to nucleoside analogues Lancet 2002; 359:583-4

17. The European Collaborative study and the Swiss mother and child HIV cohort study, combination antiretroviral therapy and duration of pregnancy AIDS 2000; 14: 2913-20
18. Berer M Reducing perinatal HIV transmission in developing countries through antenatal and delivery care and breast-feeding: supporting infant survival by supporting women's survival Bull World Health Organ 1999; 77: 871-7
19. M. Bulterys Prevent vertical HIV transmission in the year 2000: Progress and prospects Placenta supplement A Trophoblast Research 2001; 22 S2-S12
20. Taha E Taha, Newton I, Kumwenda, Gibbons A et al Short post exposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother to child transmission of HIV-1 NVA2 randomised clinical trial Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University Baltimore MD Lancet 2003; 362:1171-7
21. A Garcia Tejedor, A Perales, V Maiques Duration of ruptured membranes and extended labor are risk factors for HIV transmission Int J Gynecol Obstet 2003; 82: 17-23
22. Panyu Pamburana MD, Sayomporn Sirinavin MD, Winit Phuapradit MD Elective cesarean delivery plus short-course lamivudine and zidovudine for the prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 803-8
23. Moodley D Moodley J, Coovadier H, Gray G, Mc Intyre J, Hoffmyer J, et al A multicenter randomized controlled trial of nevirapine vs a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intra-partum and early post partum mother to child transmission of human immunodeficiency virus type 1 J infect Dis 2003; 187: 725-35
24. The international perinatal HIV group the mode of delivery and the risk of vertical transmission of HIV a meta analysis of 15 prospective cohort studies N E J M 1999; 340:977-987.
25. Broclehurst P Volmink J, Antiretroviral for reducing the risk of mother to child transmission of HIV infection Cochrane review, Issue 1 2002.
26. Sutton M, Holland B, Denny T, Garcia N, et al Effect of pregnancy and human immunodeficiency virus infection on intracellular interleukin 2 production patterns Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology 2004; 780-785
27. Cohan D, Perinatal HIV special considerations Topics in HIV medicine 2003; 11: 200-213
28. Williams Suryna S, Norris A, Bedor M, Sexual Relationship condom use and concerns about pregnancy HIV AIDS and other sexually transmitted disease Clinical Nurse Specialist 2003; 17 89-94
29. Coll O, Fiore S, Floridin M, Giaquinto C, et al Pregnancy and HIV infections: A european consensus on management AIDS N E M J 2002 ; 16: S1-18