

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
PACIENTES VIH**

ANNA RAQUEL MAZARIEGOS MALDONADO

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Julio 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Doctor(a): Anna Raquel Mazariegos Maldonado

Carné Universitario No.: 100022820

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES VIH**

Que fue asesorado: Dra. Karla Amadee Rojas Tzarax

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2016.

Guatemala, 30 de junio de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Quetzaltenango, 02 de febrero de 2016.

Doctor:

Julio Fuentes.

Escuela de estudios de posgrado

Ciudad.

Estimado Doctor:

Por este medio me dirijo a usted para informarle que asesoré y revisé el trabajo de Tesis para maestría en Ginecología y Obstetricia titulado **"USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES VIH, 2013"**. Realizado por la Dra. Anna Raquel Mazariegos Maldonado con carne No. 100022820.

Para su trámite correspondiente me permito emitir **DICTAMEN FAVORABLE**.



Dra. Karla Amadee Rojas Tzarax
Ginecóloga y Obstetra
Asesor



ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO

Quetzaltenango, 02 de febrero de 2016

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General de Programa de Maestría y Especialidades
Escuela de Estudios de Post Grado
Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

Por este medio me permito informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: **“USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTE VIH”** a cargo de la **DRA. ANNA RAQUEL MAZARIEGOS MALDONADO**. Previo a optar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente; he autorizado dicho trabajo, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

“Id y Enseñad a Todos”


Dr. Julio Fuentes Mérida MSc.
Revisor de Tesis
Hospital Regional de Occidente



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	29
IV. MATERIAL Y METODOS	30
V. RESULTADOS	34
a. Grafica 1	34
b. Grafica 2	34
c. Grafica 3	35
d. Grafica 4	35
e. Grafica 5	36
f. Grafica 6	36
g. Grafica 7	37
h. Grafica 8	37
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
6.1 CONCLUSIONES	41
6.2 RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
VIII. ANEXOS	45

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

RESUMEN

**USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES VIH,
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, 2013.**

Autor: Anna Raquel Mazariegos Maldonado

Palabras Clave: Virus de Inmunodeficiencia Humana, Planificación familiar en VIH, Métodos anticonceptivos en VIH.

Las estadísticas sobre VIH en mujeres reproductivas son alarmantes, en Guatemala de 1984 a septiembre 2014 se han notificado un total de 32.858 casos acumulados, observándose que el 39% de los casos son femeninos. Por otra parte para el 2012 según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala hay 1.672 embarazadas que viven con VIH en el país, y que entre el 4 y el 5% de los casos de transmisión es vertical. Estos datos son alarmantes ya que a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos a la población en general, la cifra de casos nuevos de VIH e hijos nacidos de madres infectadas sigue en aumento, de allí se desprende la importancia de esta investigación, siendo el objetivo principal determinar la incidencia del uso de métodos anticonceptivos en pacientes VIH positivas, además de identificar las características epidemiológicas (edad, etnia, estado civil, escolaridad y paridad) que predisponen a la utilización de métodos anticonceptivos, como también identificar el porcentaje de rechazo de estos y los factores que contribuyen a ello (educativos, machismo, socioculturales, religiosos o económicos). Se determinó también el número de embarazos no deseados, abortos y niños nacidos vivos. Para este fin el estudio fue descriptivo transversal. Se obtuvo una muestra de 277 pacientes, las cuales consultaron a la clínica 1 del Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios. Los datos fueron procesados en Epi Info. Las conclusiones obtenidas fueron el 65% de ellas utilizan métodos anticonceptivos, siendo los más frecuentes la doble protección y el condón. Y el 35% restante que no los usan indicaron que se deben a factores educacionales y por machismo de la pareja, de ellas más de la mitad han presentado embarazos no deseados.

UNIVERSITY OF SAN CARLOS OF GUATEMALA
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES
GRADUATE SCHOOL OF EDUCATION
MASTER OF SCIENCE SPECIALTY IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

ABSTRACT

**REJECTION OF CONTRACEPTIVE METHODS IN HIV PATIENTS,
WESTERN REGIONAL HOSPITAL, 2013.**

Author: Anna Raquel Mazariegos Maldonado

Keywords: Human Immunodeficiency Virus, HIV Family planning, contraceptive methods in HIV.

HIV statistics are alarming reproductive women in Guatemala from 1984 to September 2014 have reported a total of 32,858 cumulative cases, showing that 39% of cases are female. Moreover for 2012 according to the Ministry of Public Health and Social Welfare of Guatemala there are 1,672 pregnant women living with HIV in the country, and between 4 and 5% of cases transmission is vertical. This is alarming because despite the availability of contraceptives to the population in general methods, the number of new HIV cases and children born to infected mothers continues to rise, hence the importance of this research is clear, the aim being main determine the incidence of contraceptive use in HIV-positive patients, and identify the epidemiological characteristics (age, ethnicity, marital status, education and parity) that predispose to the use of contraceptive methods, as well as identify the percentage of rejection of these and the factors that contribute to this (educational, sexism, cultural, religious or economic). the number of unwanted pregnancies, abortions and live births was also determined. For this purpose the study was cross-sectional descriptive. a sample of 277 patients, which consulted the clinic 1 Western Regional Hospital San Juan de Dios was obtained. The data were processed in Epi Info. The results obtained were 65% of them use contraception, the most frequent dual protection and condom. And the remaining 35% non-users indicated that due to educational factors and machismo of the couple, of which more than half have submitted unwanted pregnancies.

I. INTRODUCCIÓN

Según registros de la ONU SIDA, para diciembre de 2003 existen en el mundo 40 millones de personas con VIH/SIDA. Se registra en la actualidad la proporción es de casi tres hombres por cada mujer. En Guatemala de 1984 a septiembre 2014 se han notificado un total de 32.858 casos acumulados, observándose que el 39% de los casos son femeninos. De enero a septiembre de 2014, se han notificado un total de 1352 casos. Por datos estadísticos de los últimos años se ha podido evidenciar la creciente propagación de VIH en la población femenina.

Por otra parte, la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, el acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento, la edad, el nivel socioeconómico y educativos o la paridad; factores que predisponen a la utilización de anticonceptivos. Además, la población que vive con VIH-SIDA afronta el reto de decidir un embarazo a pesar del riesgo de transmisión vertical o la posibilidad de re-infección. Las estimaciones para el 2012 según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala indican que 1.672 embarazadas viven con VIH en el país, y que entre el 4 y el 5% de los casos de transmisión de VIH se producen de madre a hijo. Se sabe además que 2.757 niños y niñas entre 0 y 14 años son portadores de la enfermedad.

En los últimos años se han publicado en nuestro país estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos orientado a la población en general, sobre todo a adolescentes, pero con el consiguiente sesgo que entraña la selección de mujeres portadoras de VIH; a excepción de un estudio realizado en el Hospital Roosevelt titulado “Métodos anticonceptivos y de protección contra infecciones de transmisión sexual usados por pacientes VIH positivas”. Por otra parte, los escasos estudios de base poblacional se centran en los conocimientos sobre el uso de un método en particular o transmisión de VIH, no se cuenta además sobre datos que apoyen las razones que las mujeres expresan para no utilizarlos o la presencia de

embarazos no deseados. Estas razones han llevado a realizar el presente estudio, en el que se ha planteado como objetivo determinar la incidencia del uso de métodos anticonceptivos en pacientes VIH positivas sexualmente activas y mayores de edad, así como los factores epidemiológicos (edad, etnia, estado civil, escolaridad y paridad) que predisponen a la mayor utilización, el porcentaje de rechazo y los factores que contribuyen a ello (educativos, socioculturales, religiosos o económicos). Por otra parte, determinar el número de embarazos no deseados, abortos y niños nacidos en pacientes VIH en relación al no uso de métodos anticonceptivos.

Para este estudio se tomó una muestra de 277 pacientes VIH positivas (obtenida según fórmula), que asistieron a la Clínica No 1 del Hospital Regional de Occidente durante el año 2013; siendo así un estudio Descriptivo transversal. A estas se les realizó una encuesta, la cual respondieron con ayuda del examinador.

II. ANTECEDENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial. La OMS ha calculado que anualmente aparecen más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables, y aproximadamente 5,3 millones de nuevos individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1).

Las ITS son un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad (con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años), y cuyo elemento fundamental en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión (1).

2.1. Epidemiología

En Estados Unidos las ITS se han convertido en una epidemia de notable magnitud, de hecho, la clamidiosis y la gonorrea, dos ITS, son, respectivamente, la primera y la segunda enfermedad de notificación obligatoria más reportadas en este país, y ellas solas representaron más del 80 % de los casos de todas las enfermedades notificadas y reportadas al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de ese país en el año 2000. En los países en vía de desarrollo se producen alrededor del 90 % del total de todas las ITS que se reportan anualmente, dado que factores como el sobre crecimiento de la población, las migraciones desde las áreas rurales a las urbanas, las guerras y la pobreza, conllevan a que exista una vulnerabilidad excepcional de los individuos a las enfermedades asociadas con las conductas sexuales de riesgo (1).

Según el último informe de ONUSIDA, para diciembre de 2003 existen en el mundo 40 millones de personas con VIH/SIDA (2). Las cifras de VIH/SIDA crecen alarmantemente en la población femenina. Entre los adultos VIH+, la mujer representa 55% de casos en África, 30% en Asia, 20% en Europa y 20% en los Estados Unidos (3).

Las mujeres han pasado a ocupar un lugar central en el tema de la propagación del VIH/SIDA a nivel global tanto así, que para 1991, en América Latina y el Caribe se registraban casi 6 hombres infectados frente a cada mujer con el virus. En la actualidad, la proporción es de casi tres hombres por cada mujer (4).

El número de personas que viven con VIH o SIDA (PVVS) ha aumentado en todas las regiones, como en el caso de América Latina donde se estima que el número de PVVS ha aumentado a 1,8 millones. Entre los jóvenes de 15–24 años, se estima que el 0,4% de las mujeres y el 0,6% de los varones vivían con el VIH en 2005. La prevalencia más alta del VIH

en América Latina se encuentra en los países más pequeños, Belice, Guatemala y Honduras, donde casi el 1% o más de los adultos estaban infectados por el VIH a finales de 2003 (3). Para Guatemala se estimó para el año 2012 un total de 57.827 personas infectadas con el VIH, de los cuales 4.814 son niños entre 0-14 años. Además las nuevas infecciones solo para el año 2012 se estimaron en 2.994 casos, esto significa 8 personas infectadas diariamente (5). De 1984 a septiembre 2014 se han notificado un total de 32.858 casos acumulados, observándose que el 39% de los casos son femeninos. De enero a septiembre de 2014, se han notificado un total de 1352 casos, de estos el 35% son VIH avanzado y 65% casos nuevos VIH. La vía de transmisión sigue siendo sexual con un 93%, madre-hijo un 4% y un 3% no respondió. Según identificación étnica: el 76% se auto identificó como Ladino, 21% Mayas, 1% Garífunas, 0.1% extranjeros y 1.9 no respondió. Escolaridad: el 66% respondió haber cursado algún grado de nivel primario, o ser alfabeto o analfabeto mientras el 3% con estudios universitarios, el resto tienen estudios básico o diversificado. Residentes en Retalhuleu, Escuintla, Izabal, Petén, San Marcos, Guatemala y Suchitepéquez (5).

2.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La infección-enfermedad por VIH/SIDA es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos morbosos oportunistas o tumores raros, o ambos (6).

Pertenece a la familia de los retrovirus y está dividida en 3 subfamilias, entre ellas los lentiviridae, causantes de inmunodeficiencia y destrucción de las células que infectan lentamente, pero de forma progresiva. En este subgrupo figuran los que provocan la enfermedad en los seres humanos: el VIH- I, descubierto en 1983; y el VIH-2, en 1986.

Los serotipos del VIH-I se clasifican en 2 grandes grupos: el M (main) y el O (outlier), el primero causante de la gran mayoría de las infecciones existentes hoy día y del cual se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G y H; el segundo localizado en cierta parte de África y no sensible a las pruebas de laboratorio para su detección. Serotipos del VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C Y E (6).

Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años (7). Ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, a leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos.

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales (7). Cuanto mayor sea el número de compañeros o compañeras sexuales, mayor es el riesgo de que alguno de ellos esté infectado y pueda contagiar la enfermedad (8).

Factores de riesgo

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- Practicar coito anal o vaginal sin protección;
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables;
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado;
- Accidentes laborales (9).

Estructura genómica viral

El VIH tiene dos formas genómicas diferentes. En la fase extracelular del ciclo de vida el virus presenta dos copias idénticas de ARN de cadena sencilla y polaridad positiva, forma denominada virión; mientras que en la fase intracelular presenta doble cadena de ADN integrada dentro del genoma celular.

El virión es una partícula icosaédrica, de 80 a 100 nm, que consta de una envuelta o membrana lipídica y una nucleocápside, la última está compuesta por dos moléculas de ARN y un primer de ARN, por proteínas estructurales, procesadas proteolíticamente a partir de precursores polipeptídico del gen *gag* cuya función principal es empaquetar el ARN viral, y por enzimas virales derivadas de precursores polipeptídico del gen *pol*.

Replicación viral

El ciclo de replicación de los lentivirus se puede dividir en dos fases: temprana y tardía. La fase temprana comienza con la unión del virus a la célula y continúa con la formación del provirus integrado en el genoma celular. La fase tardía comienza, tras un

periodo de latencia, con la transcripción del ARN viral a partir del ADN proviral y acaba con la liberación de los viriones de la célula (10).

Mecanismo de entrada

Unión y fusión del virión y la célula:

La unión del VIH-1 a la célula viene mediada por la interacción del dominio transmembrana de EVN gp (gp 120) y el antígeno CD4, que posee un dominio de alta afinidad por gp120. Esta unión causa un cambio conformacional en el complejo gp120/CD4 que lleva a la interacción de gp120 con el corrector apropiado.

CD4, Receptor primario del VIH-1:

El antígeno CD4 es una inmunoglobulina de unos 55 KD, localizada principalmente en la membrana plasmática de los linfocitos T y en menor medida en otros tipos celulares como macrófagos, monocitos, células de la microglia y células dendríticas, que incluyen a las células de Langerehans y a las células de las mucosas rectal, vaginal e intestinal. Su función es la de iniciar la activación de las células T CD4. El CD4 es el principal receptor utilizado por el virus para entrar en la célula aunque se han descrito infecciones *in vitro* independientes de CD4 a través de la molécula galactosilceramida (10).

Estadios de la infección

En la infección por VIH se distinguen las siguientes etapas:

a) Primoinfección:

Tras la entrada en el organismo, el virus se disemina a través de los órganos linfoides y del sistema nervioso (periodo ventana de 4- 12 semanas), no es posible detectar anticuerpos específicos frente al VIH, pero sí existe una actividad citotóxica, que sugiere que la respuesta celular es más precoz e importante en el control inicial de la replicación viral que la síntesis de anticuerpos. El paciente infectado puede persistir asintomático o presentar un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósido (30-70% de pacientes, a menudo inadvertido). Es una etapa donde inicialmente los niveles de viremia son altos (carga viral elevada), así como el número de CD4 infectados. A los 10-20 días del contagio irá apareciendo el antígeno p24 circulante (2-6 semanas). Paulatinamente aparecerán diferentes tipos de anticuerpos e inmunidad celular, coincidiendo con la desaparición del antígeno p24 y el descenso de virus circulante y CD4

infectados. Los linfocitos infectados y los viriones libres quedan atrapados en la red de células dendríticas de Langerhans de los ganglios linfáticos produciendo una hiperplasia folicular. Como consecuencia de la virulencia de las cepas infectantes y de la intensidad de la respuesta antiviral generada por el huésped, se alcanza una carga viral basal tras la primoinfección, dato de gran valor pronóstico en la evolución de la infección. Aun así, esta respuesta antiviral no consigue erradicar el virus (11).

b) Fase crónica asintomática:

La viremia disminuye respecto a la primoinfección, pero el virus continúa replicándose, sobretodo en tejido linfoide, el gran reservorio de la infección. Sólo en una proporción muy baja de los linfocitos infectados, el VIH se replica de forma activa, en el resto permanece de forma latente. La carga viral en los órganos linfoides es entre 10 y 10.000 veces superior a la circulante, con tendencia progresiva a igualarse. Los niveles de CD4+ se mantienen relativamente estables, pero van descendiendo paulatinamente. Esta fase es asintomática, con o sin adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos neurológicos (11).

c) Fase avanzada o sida:

Con el tiempo se da una incapacidad progresiva del sistema inmunitario para contener la replicación viral, que junto a la emergencia de variantes más agresivas (cepas X4) que aumentarán la destrucción inmunológica, desplazará ese equilibrio entre virus y huésped a una fase de replicación viral acelerada y de profunda inmunosupresión. El deterioro del sistema inmune, "agotamiento", se refleja en la disminución de la respuesta humoral y celular: disminuyen los niveles de anticuerpos p24, anticuerpos neutralizantes, actividad citotóxica y el número de linfocitos CD8. Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y síntomas constitucionales, descenso de los niveles de CD4+ (menor de 200/ μ l) y aumento de la carga viral, igualándose la carga viral circulante y la de los ganglios linfáticos.

Clasificación clínica de los pacientes infectados por VIH-1

El principal sistema de clasificación empleado para pacientes infectados por VIH fue propuesto por *Centres for Disease Control* (CDC) en 1986 y revisado posteriormente en 1993. El objetivo fundamental de la nueva clasificación y definición de SIDA fue reflejar la importancia clínica de un recuento de linfocitos T CD4 inferior a 200/mm³ con independencia

de que existan manifestaciones clínicas. Las categorías clínicas para adultos o adolescentes (mayor de 13 años) son las presentes en la tabla 1.

Tabla 1. Categorías clínicas según el recuento de células T CD4

CATEGORIAS			
RECuento DE CD4	A	B	C
500/mm³	A1	B1	C1
200-490/mm³	A2	B2	C2
Menor 199/mm³	A3	B3	C3

- Categoría clínica A: Se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatías generalizadas persistentes.
- Categoría clínica B: Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado síntomas debidos a enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionados con la infección por VIH-1 o cuyo tratamiento y cuidado puedan complicarse debido a la presencia de la infección por VIH.
- Categoría clínica C: Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado algunas de las complicaciones pertenecientes a esta categoría.

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados por SIDA. Las dos últimas categorías (A3 y B3) representan la aplicación de la definición de SIDA en la clasificación propuesta en 1993, basada exclusivamente en el recuento de linfocitos T DC4 (10).

Diagnóstico

En adultos, adolescentes y niños mayores de 18 meses:

El diagnóstico de la infección por VIH, en estos grupos etarios, se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos anti VIH 1 y 2 en el suero de las personas infectadas.. Las técnicas de 3° generación, procedimientos que permiten medir respuestas de IgG, IgM e IgA, tienen una ventana serológica con una duración promedio de 25 días (9 a 41 días con 95% de confianza). Las técnicas de tamizaje de 4° generación, con las que se investiga la presencia de antígeno p24 y anticuerpos anti VIH en forma simultánea, han reducido la ventana serológica en una semana como promedio (entre 5 y 15 días). Los

llamados tests rápidos, son procedimientos que permiten obtener resultados en 15 a 20 minutos con una tecnología muy simple en su realización.

Los tests rápidos tienen indicación de ser usados en las siguientes situaciones:

- En período de preparto, parto y puerperio en mujeres sin antecedentes de control adecuado anterior, o con conductas de riesgo de transmisión de VIH.
- Para evaluar rápidamente la fuente de infección en los accidentes laborales, así como al personal accidentado.
- Para facilitar la expansión de los servicios de asistencia sanitaria a nivel de atención primaria y mejorar las estrategias de prevención de la transmisión del VIH.

Si bien los reactivos para diagnóstico han aumentado notablemente su sensibilidad acorde con los desarrollos técnicos de los últimos años, se sigue observando con ellos un nivel de especificidad que no llega a 100% especialmente en poblaciones de baja prevalencia de infección por VIH. Por consiguiente todos los resultados reactivos por serología de tamizaje deben ser confirmados por un procedimiento de alta especificidad, como es la técnica de Western Blot o los inmuno ensayos en línea. Estos procedimientos tienen una sensibilidad menor que los tests de tamizaje y por lo tanto el período de ventana serológica para ellos es más prolongado. La reactividad comienza a observarse a partir de los 30 días post infección (12).

Las técnicas moleculares cualitativas (PCR de ADN proviral) tienen indicaciones precisas para su aplicación en el diagnóstico de infección en este grupo etario de pacientes, las que son referidas a continuación:

- En aquellos pacientes con resultados de técnicas confirmatorias reiteradamente INDETERMINADOS en = 2 muestras de sangre obtenidas con un intervalo de 25-30 días.
- Diferenciar la infección por VIH – 1 de la infección por VIH – 2, conjuntamente con la investigación específica de anticuerpos anti VIH – 2.

No está indicado realizar PCR (PCR-DNA/VIH) para el diagnóstico precoz de la infección por VIH no vinculada a la transmisión vertical (12).

Transmisión vertical del VIH

Más del 70% de las mujeres infectadas con el VIH se encuentran en edad reproductiva, lo que ha ocasionado una tercera epidemia, la del sida perinatal. Puede ocurrir transmisión vertical de una mujer infectada a su hijo durante la gestación, el parto o el

periodo posparto a través de la leche materna. Se ha observado que la transmisión madre a hijo *in utero* o al momento del nacimiento es entre 15 y 40%. Esta variación depende del país estudiado, y al parecer refleja diferencias en el estado nutricional, la frecuencia de alimentación al seno materno, el diseño del estudio y los criterios diagnósticos. Por otro lado, el riesgo de transmisión atribuible a la leche materna es de 7 a 22%.

Los factores que modulan la contagiosidad pueden ser clasificados como maternos u obstétricos.

- Factores Maternos: situación clínica inmunológica, niveles de viremia plasmáticos durante el embarazo y el parto, uso de drogas ilícitas durante el parto, presencia de ITS.
- Factores Obstétricos: procesos inflamatorios que incrementan la permeabilidad de la placenta, medidas de monitorización invasiva y manipulación fetal, partos gemelares, rotura de membranas más de 4 horas antes del parto (incremento al doble del riesgo de transmisión). La cesárea constituye un factor protector al disminuir el contacto con las secreciones vaginales.

2.2.3 Factores epidemiológicos de vulnerabilidad femenina ante el VIH

Por datos estadísticos de los últimos años se ha podido evidenciar la creciente propagación de VIH en la población femenina, lo cual llama extremadamente la atención obligándonos a describir las características por las cuales esto está pasando.

Por tanto, la infección por el VIH es actualmente uno de los retos más importantes para la salud materna e infantil, debido a que la gran mayoría de las mujeres infectadas están en edad reproductiva y muchas de ellas se embarazan, el embarazo en estas mujeres conlleva el riesgo de transmisión vertical de la infección, aproximadamente una cuarta parte de los niños nacidos de estas madres se contagiarán con el VIH. A pesar del riesgo de transmisión del virus a sus hijos, así como de los peligros reproductivos en las mujeres seropositivas al VIH, no se han descrito factores que pueden intervenir en la aceptación, por parte de las pacientes, de un método definitivo de anticoncepción (1).

Dentro de situaciones específicas que se describen, cabe notar que la situación es mucho más compleja para las mujeres jóvenes o adolescentes en relación a las mujeres de edad adulta, esto se debe en cierta manera a la vulnerabilidad biológica, múltiples parejas sexuales, no uso del condón por desinformación, asociado también a factores sociales y culturales (13).

Las mujeres adultas en cambio, tienen relaciones de pareja “estable”, asociadas a supuesta monogamia y fidelidad de la pareja constituida, se considera a menudo como garantía de no infección (13). También es probable que las mujeres desempeñen un papel más sumiso en las relaciones heterosexuales, lo que puede llevar a abusos o a dificultades en la pareja, entre ellos el de la infidelidad del cónyuge, la no aceptación del preservativo en las relaciones sexuales y la negación de su condición de portador del VIH.

La probabilidad de contraer la infección depende del tipo de práctica sexual no protegida. La relación genital-vaginal hombre-mujer tiene mayor riesgo para la mujer (5-15 /10,000) que para el varón (1.2-4/10,000); mientras tanto, la práctica de mayor riesgo la constituye la recepción ano genital (80-230/10,000), no desmereciendo atención la inserción ano genital con una probabilidad de 3-9/10,000 (2).

La planificación familiar (PF) contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos. De hecho, es una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades. El hecho de contar y de acudir a servicios de planificación familiar (PF) le permite a las parejas elegir, de manera informada, el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos (14).

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios o ineficacia de distribución de insumos a estos por parte del gobierno, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos, o bien sea para el abandono o rechazo para la utilización de método (15).

Diversas investigaciones han mostrado que el uso de métodos anticonceptivos, el número ideal de hijos, y la negociación de uso del condón están estrechamente ligados a la relación de género en la pareja (16). Sin embargo, poco se ha escrito sobre la forma en que las relaciones de género en la pareja influyen al acudir a los servicios de planificación familiar.

De momento, no existe cura para esta enfermedad y la lucha fundamental contra la epidemia sigue siendo la prevención, más sin embargo en la población ya infectada por VIH es indispensable también la reinfección como también evitar embarazos y así aumentar la estadística de transmisión madre-hijo.

Mas sin embargo ha sido un desafío intenso ya que los roles sexuales de género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo. Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a los deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud. El precio que se está cobrando el VIH/sida en muchos hogares es muy alto: pérdida de ingresos, gastos adicionales en relación con la asistencia, o desestructuración familiar (14). Las mujeres son las cuidadoras de la familia y hacen frente a la infección y la enfermedad del marido y los hijos, si llega el caso, además de a su propia infección o enfermedad.

Pero más allá de las estadísticas disponibles, hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de la infección por el VIH/sida y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, y de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección. A continuación se revisan varios de estos factores.

Factores biológicos

Ciertos factores biológicos que aumentan la transmisión del VIH están bien documentados. Por ejemplo, se sabe que la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta la transmisión del VIH, que las diferencias anatómicas e histológicas de la mujer la hacen más susceptible a la infección y que el riesgo de transmisión varía según el estadio de la enfermedad en los hombres y las mujeres (17).

Según algunos estudios, hay un mayor riesgo de contagio del VIH de varón a mujer, posiblemente porque el semen depositado en la vagina permanece más tiempo en contacto que la secreción vaginal en la uretra del varón, por la mayor superficie de la mucosa vaginal y por la mayor concentración de partículas virales en el semen comparado con el fluido vaginal (7).

Las adolescentes y las mujeres adultas en etapa posmenopáusica tienen un riesgo biológico mayor, ya que la mucosa vaginal es más permeable al virus. El cuello uterino fisiológicamente inmaduro y las escasas secreciones vaginales oponen un obstáculo menor al VIH. Los desgarros y sangramientos durante la relación sexual, multiplican los riesgos de infección (18).

Factores sociales

Si bien hasta hace pocos años los roles sexuales tradicionales censuraban una sexualidad femenina que fuera más allá de la función reproductiva, hoy día las transformaciones sociales y la generalización de los métodos anticonceptivos permiten a las mujeres diferenciar la reproducción y la sexualidad, y los avances en la igualdad de género en las relaciones de pareja han traído grandes cambios en los hábitos sexuales y reproductivos de la población. Aun así, hay una serie de condicionamientos sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades, gustos y preferencias sexuales y que antepongan el amor romántico y la entrega incondicional a la pareja a la protección y el cuidado de su propia salud.

Otro aspecto importante a considerar es el promedio de parejas sexuales en hombres y mujeres. En varios países europeos los hombres presentan una media superior a la de las mujeres y éstas suelen tener parejas sexuales más estables, frente a una mayor frecuencia de relaciones esporádicas entre los hombres. Los hombres españoles tienen una media de 7,6 parejas durante de su vida, frente a las 3,3 parejas que registran las mujeres (17).

En España la edad media de inicio de la actividad sexual con coito se sitúa alrededor de los 18 años. Pero en Guatemala estudios indican que el inicio es a los 12 y 15 años de edad (19).

Los conocimientos y la percepción de riesgo sobre el VIH/sida son prerequisites importantes para el cambio de comportamiento, pero son insuficientes. Algunos factores, como conocer a alguien con sida, la autopercepción de riesgo, la consideración de riesgo de la propia pareja o la confianza en las medidas preventivas, son tan importantes como el acceso a las medidas preventivas (p. ej., condones o tratamiento de ITS), las normas sociales sobre la mujer que busca este tipo de medidas y el control que uno pueda tener sobre las decisiones de protección (20).

Por su condición social desigual, las mujeres tienen más peligro de contraer la infección por el VIH. Socialmente, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud (18). Culturalmente, la ideología tradicional de las relaciones de género dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas. Como las mujeres han sido educadas históricamente para una sexualidad en función del goce masculino, en la mayoría de las ocasiones les da vergüenza exigir una relación protegida, por lo que no proponen el uso del condón; es decir, carecen de poder en las relaciones para

"negociar" el uso de preservativos. El rechazo masculino al condón, más frecuente en la relación sexual estable, también hace a la mujer más vulnerable.

Factor ético/moral

En casi todas las sociedades, las normas morales no permiten a la mujer hablar abiertamente de sexo, se consideran promiscuas o adúlteras a las que buscan información sobre la actividad sexual sin riesgos. Así, entonces, ellas también están en desventaja con respecto al acceso a la información acerca de la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para la infección por el VIH/SIDA una vez infectadas. En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como por diferir sus expectativas en provecho de las necesidades sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se define por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control de las interacciones sexuales.

Cultura machista

En muchos lugares, el control y dominio masculinos se expresan por medio de la coacción y la violencia sexuales. En situaciones de violencia o de amenaza de violencia, la mujer ve gravemente limitada su capacidad de adoptar medidas para protegerse contra la infección o insistir para que su pareja masculina adopte precauciones y esto también las coloca en situación de riesgo. De acuerdo con los resultados de un estudio en cuatro países de América Latina y el Caribe, la prevalencia de ITS entre mujeres, quienes han experimentado violencia es mayor que entre aquellas que no la han experimentado (18).

Economía

Las inequidades desde el punto de vista económico también tienen un papel en la vulnerabilidad de las mujeres. En países subdesarrollado se evidencia con frecuencia que las mujeres dependen económicamente del esposo, lo que obliga en cierta medida a no optar por métodos de planificación familiar ya que estos no forma parte de la prioridad económica de la familia, por consiguiente no solo están expuestas a mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual sino a embarazos no deseados.

Educación

En la actualidad aunque las mujeres tienen mayor acceso a la educación como también a trabajos con remuneración económica, es notable que en países subdesarrollados

el nivel de analfabetismo es extremadamente alto, lo que predispone al contagio de VIH por desconocimiento de la enfermedad, transmisión y prevención.

Actualmente se ha demostrado que la educación ejerce una importante función en la protección contra el VIH. Los niños, jóvenes y adultos escolarizados tienen menos probabilidades de contraer la infección que aquéllos que no asistieron a la escuela. La educación reduce la vulnerabilidad de las mujeres, y cada año de estudios redonda en beneficios de una mayor protección. Por último, la educación ofrece un medio de prevención contra el VIH muy eficaz en función de los costos (21).

Factor religioso

Es indudable que la religión puede estar, y de hecho lo ha estado al servicio de los derechos humanos, de la justicia social y del bien común. Por otro lado, algunos señalan la religión como una fuerza que da ímpetu a los sectores que se resisten a aceptar los cambios en la situación legal que permita a las mujeres el ejercicio de sus derechos, en particular sus derechos reproductivos.

La Iglesia Católica Apostólica y Romana, en particular, tiene una participación política destacada en temas de trascendencia nacional e internacional, con el objetivo de preservar un punto de vista religioso sobre el género, la sexualidad y la reproducción, ampliamente rechazado desde hace mucho tiempo. Y naturalmente, los principios religiosos traducidos a políticas públicas no afectan únicamente a católicos y católicas. Toda la ciudadanía está sujeta a esas leyes.

El Vaticano ha promovido visiones negativas de los métodos artificiales de planificación familiar y el aborto seguro, y por lo tanto ha negado los derechos y el estatus de las mujeres (22).

Este punto de vista, especialmente cuando se transforma en políticas públicas en vez de en dogmas religiosos, va en detrimento del bienestar de las mujeres y las familias, de las comunidades y del planeta. Pone límites al derecho de las mujeres a tomar decisiones morales sobre sus vidas. Después de todo, cuando la Iglesia católica presenta una posición de política pública no son solamente las y los creyentes católicos romanos los afectados si esa posición se convierte en política pública. Cada mujer, cada hombre, cada niña o cada niño puede ser sujeto de la disposición respectiva, ya se trate de que la Iglesia esté en contra de todos los anticonceptivos, de que niegue la anticoncepción de emergencia a las mujeres que han sido violadas y buscan servicios en los hospitales católicos, de que emprenda acciones para hacer ilegal el aborto o volverlo inasequible, o de que impida los

programas de educación sexual en las escuelas públicas o se rehuse a proporcionar información de los condones como medida de prevención contra la transmisión del VIH/SIDA (22).

2.3 SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear. Ello supone decidir respecto a si tener o no tener hijos, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos, y disponer de la información y los medios necesarios para hacerlo, así como de condiciones económicas, sociales y culturales que hagan posible decisiones libres y seguras (23). También implica el ejercicio de la sexualidad y la orientación sexual, libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso a la información sobre el cuerpo y a la educación sexual. La salud sexual y reproductiva en las mujeres y varones que viven con VIH se presenta como una experiencia compleja que incluye aspectos biológicos, subjetivos, sociales, de género y culturales (24). La misma adquiere mayor relevancia si se considera que el grupo más afectado por la infección se concentra en las edades en que las personas deciden y padecen los procesos relativos a la función reproductiva.

La primera recomendación para una persona que vive con VIH es la de utilizar siempre el preservativo en sus relaciones sexuales, ya sean con personas seropositivas o no. El uso del preservativo no sólo evita la transmisión del virus, sino que previene a la persona afectada de nuevas re-infecciones.

En el caso de mujeres o parejas infectadas por el VIH es preciso brindar un modelo de cuidados anticonceptivos que no tenga al preservativo como única opción (23). Se debe presentar un abanico de posibilidades que vaya desde la máxima protección (usar preservativo siempre) a alternativas que no garantizan la protección de las ETS y el VIH pero sí la anticoncepción. Por ello, se plantea la necesidad de llevar adelante acciones de salud, denominadas de "doble protección", que incluyan de un modo sistemático la prevención de embarazos no programados y prevención de ETS y VIH (24).

Hablamos de "doble protección" cuando se utiliza regularmente (todos los días) un método anticonceptivo y además un preservativo para cada una de las relaciones sexuales como modalidad de protección (24).

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de niños infectados y huérfanas. Al disminuir las tasas de embarazo no deseado, la planificación

familiar aminora la necesidad de recurrir al aborto peligroso, que representa un 13% de la mortalidad materna mundial.

2.5 APOYO A LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS DE MUJERES QUE VIVEN CON VIH

Al tener acceso a los servicios de planificación familiar, a la atención de apoyo y a la información necesaria para tomar decisiones apropiadas, las mujeres que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), incluyendo las mujeres que han desarrollado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), pueden en muchos casos llevar vidas saludables en términos sexuales y reproductivos (25).

Como todas las demás mujeres, aquellas que tienen VIH tienen también derecho a tomar sus propias decisiones sobre su salud reproductiva y sexual, las que deciden evitar o retrasar el embarazo, pueden usar casi cualquier método de planificación familiar de manera segura y esto ayuda a la prevención de embarazos no planeados es una forma importante y costoeficaz de evitar el nacimiento de infantes infectados con VIH.

Muchas mujeres que viven con VIH son sexualmente activas y desean usar planificación familiar Independientemente de sus deseos de fecundidad. Cuatro de cada cinco mujeres reportan actividad sexual. Las mujeres pueden retomar o aumentar su actividad sexual conforme su salud va mejorando con el uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) (25).

Tener VIH/SIDA o utilizar ARV no impone limitaciones para el uso de métodos hormonales como píldoras anticonceptivas orales (AO), anticonceptivos inyectables e implantes. Los condones, desde luego, tienen un rol especial, pues ayudan a prevenir tanto el embarazo como las ITS, cuando se usan de manera constante y correcta.

2.6 METODOS ANTICONCEPTIVOS

Dispositivo intrauterino (DIU)

Es una pequeña estructura, generalmente de plástico, que puede tener formas variadas, y que se inserta en la cavidad uterina.

Según sus características, los DIUs pueden clasificarse en:

- Dispositivos inertes: no liberan ninguna sustancia.
- Dispositivos liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones, que liberan según su composición.

- Dispositivos liberadores de hormonas: además de la acción del propio dispositivo, presentan la de la hormona que libera el dispositivo.

DIU liberador de cobre: Los DIUs que poseen una superficie de cobre de 380 mm² tienen un tiempo de uso máximo de hasta 10 años. Los de superficie de 375 mm² de 8 años y los de 300-375 mm² de 5 años, según el fabricante. Mecanismo de acción: producen una reacción inflamatoria local de cuerpo extraño, aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial, aumento de la presencia de macrófagos, acción gameticida fundamentalmente espermicida y dificultando la fertilización.

DIU liberador de levonorgestrel (Mirena): Con un contenido total de levonorgestrel de 52 mg y una tasa de liberación de 20 mcg de levonorgestrel/24 horas inicialmente, reduciéndose a aproximadamente 11 mcg/24 horas tras cinco años. La tasa media de liberación de levonorgestrel es de aproximadamente 14 mcg/24 horas hasta los cinco años. Las concentraciones elevadas de levonorgestrel en el endometrio inhiben la síntesis endometrial de receptores estrogénicos, haciendo al endometrio insensible al estradiol circulante y observándose un fuerte efecto antiproliferativo. El mecanismo principal por el que ejerce su efecto anticonceptivo es el aumento de la viscosidad del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides a través del canal cervical como la inhibición de la proliferación del endometrio. En el útero y en las trompas inhibe la motilidad y funcionalidad espermáticas, previniendo la fertilización. Además, en algunas mujeres se inhibe la ovulación (26).

Contraindicaciones absolutas:

- Embarazo confirmado o sospecha del mismo.
- Hemorragia genital de origen desconocido.
- Infecciones genitales agudas, hasta su resolución.
- Distorsiones severas de la cavidad uterina o cervical (congénitas o adquiridas).
- Neoplasia genital.
- Endometritis postparto.
- Aborto séptico.
- Embarazo ectópico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

DIU en VIH: La mayoría de las mujeres que viven con VIH pueden usar el DIU. Algunas personas han cuestionado la seguridad de utilizarlo en mujeres que viven con VIH. Se ha planteado la preocupación de que la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) podría ser más

común en usuarias de DIU con VIH que en usuarias de DIU sin VIH. Independientemente del estado del VIH, no es recomendable insertar un DIU en una mujer que tenga gonorrea o clamidia. Dado que hay una tasa más alta de EPI en los primeros 20 días posteriores a la inserción del DIU que después de esos primeros 20 días, existe la preocupación de que el procedimiento de inserción pudiera introducir esos organismos de la enfermedad desde el tracto reproductivo bajo hasta el alto. La evidencia indica que la EPI no es significativamente más común entre usuarias de DIU que viven con VIH que entre usuarias de DIU que no están infectadas con VIH (25).

En general, se puede insertar el DIU de cobre o el hormonal a las mujeres que viven con VIH que no tengan SIDA. También por lo general, puede insertarse el DIU a mujeres con SIDA que están bajo tratamiento con ARV y que están clínicamente bien. Sin embargo, la inserción de DIU usualmente no se recomienda para mujeres que tengan SIDA y que no estén bajo tratamiento ARV. El DIU tampoco se recomienda usualmente para mujeres que estén usando ARV pero que no se sientan bien clínicamente. En general, si una usuaria de DIU se infecta con VIH o si una usuaria de DIU con VIH desarrolla SIDA, no se necesita remover el DIU. Pero la paciente debe ser monitoreada para detectar signos de EPI.

Anticonceptivos hormonales

La anticoncepción hormonal utiliza la acción de las hormonas del sistema reproductivo para impedir el embarazo, ya que interfieren en la sincronización de los mecanismos de la ovulación, transporte tubárico, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical.

Además, en la actualidad, disponemos de distintas vías de administración (oral, parenteral, percutánea, implantes, etc.) que nos facilitan la prescripción del anticonceptivo más adecuado para cada paciente, tanto desde el punto de vista de dosis administradas como de facilidad de cumplimiento del tratamiento (26).

En cuanto al VIH, muchos mecanismos teóricos por los cuales el uso de anticoncepción hormonal podría aumentar la susceptibilidad por aumento de la ectopia cervical (27).

Anticonceptivos orales combinados

Son anticonceptivos basados en progestágenos y estrógenos, solos o combinados. Dentro de sus efectos que produce son anovulación, alteración de endometrio y cambios en el moco cervical.

La acción anovulatoria se realiza inhibiendo la acción de las gonadotropinas al actuar sobre la hipófisis y el hipotálamo. El progestágeno suprime la secreción de LH (hormona luteinizante) evitando la ovulación, mientras que la del estrógeno suprime la de FSH (hormona foliculoestimulante), con lo que se evita la selección y emergencia del folículo dominante. El estrógeno tiene otras dos acciones, colabora a que se establezca el endometrio evitando una descamación irregular con sangrado intermenstrual, y potencia también la acción del gestágeno permitiendo reducir su dosis. Dado que el efecto del progestágeno domina sobre el del estrógeno, se manifestará sobre el endometrio con una disminución del glucógeno de la célula endometrial, decidualización y atrofia que impiden la supervivencia del blastocito en la cavidad uterina. El moco cervical también se afecta, es más espeso y hostil a la penetración por el espermatozoide, y quizás en las trompas aparezcan anomalías en la secreción y el peristaltismo. A pesar de todo no se produce una situación hipoestrogénica, porque los estrógenos circulantes se mantienen en unos niveles similares a los de la fase folicular precoz del ciclo menstrual normal.

La tasa anual de fracasos está entre el 0,1 y el 3%. Los fracasos se relacionan con el hecho de diferir la toma del preparado más allá de los 7 días señalados, o bien de olvidar seguir el tratamiento, lo que permite que el ovario escape a la supresión.

Tipos:

- Monofásico: las 21 píldoras activas contienen la misma cantidad de estrógeno/gestágeno (E/G).
- Bifásico: las 21 píldoras activas contienen 2 combinaciones distintas de E/G.
- Trifásico: las 21 píldoras activas contienen 3 combinaciones distintas de E/G.

Tabla 1. Anticonceptivos hormonales comercializados en Guatemala

Laboratorio Nombre comercial Presentaciones	Principio activo	Dosis
Schering España Yasmin 3 x 21 comp. Yasmin 21 comp. Yasmin 3 x 28 diario comp. Yasmin 28 diario comp.	Drospirenona Etinilestradiol	3 mg 30 mcg
Meliane 3 x 21 comp. Meliane 21 comp. Meliane 3 x 28 diario comp. Meliane 28 diario comp.	Gestodeno Etinilestradiol	75 mcg 20 mcg
Gynovin 21 comp. Recubiertos Gynovin 3 x 21 comp. Recubiertos	Gestodeno Etinilestradiol	75 mcg 30 mcg

Efectos secundarios

- Cardiovascular:
 - El componente iatrogénico sería el responsable de la producción de trombosis venosas, al producir un aumento del fibrinógeno y de los factores II – VII – IX – X, y disminución de las proteínas C y S y la antitrombina III.
 - Los gestágenos tienen efecto aterogénico por el aumento de la LDL-c y descenso de la HDL-c, así como un aumento de la resistencia a la insulina.
 - En las fumadoras las complicaciones cardiovasculares son más manifiestas.
- En la enfermedad del Factor V de Leiden heterocigótica multiplica por 35 la posibilidad de sufrir procesos tromboembólicos.
- Hipertensión arterial, reversible al dejar el tratamiento.
- Disminución de la tolerancia a la glucosa, elevando los niveles de insulina y glucosa, por aumento de la resistencia periférica a la acción de la insulina.
- Aumento de HDL-c y LDL-c.
- Efecto protector frente al cáncer endometrial reduciendo el riesgo en un 50%, y persistiendo su efecto durante 15 años o tras el tratamiento, también frente al cáncer de ovario, suponiendo una reducción del 40% en la incidencia y manteniendo su efecto al menos de 10 a 15 años tras el tratamiento.
- Aumento del riesgo de displasias y carcinoma in situ de cuello uterino.

Una vez que dejan de tomarse los anticonceptivos, se vuelve a la situación previa al tratamiento, aunque la posibilidad de embarazo puede ser menor en los primeros meses hasta alcanzar la normalidad. Los primeros ciclos menstruales pueden prolongarse y si hay embarazo puede existir confusión sobre la duración de éste. En los embarazos subsiguientes a la supresión del tratamiento, no hay modificaciones en las tasas de abortos, anomalías fetales o relación varón/hembra, ni aumento de los embarazos múltiples.

Contraindicaciones

Absolutas

- Tromboflebitis,, cuadros tromboembólicos, ACVA (accidentes cerebrovasculares agudos) y oclusiones coronarias y antecedentes de cualquiera de ellos o situaciones que predispongan a enfermedad arterial o venosa.
- Cefalea migrañosa que pueda asociarse a riesgo de ACVA, por lo que en su forma clásica se contraindica el uso del anticonceptivo o se suspende su administración ya iniciada.
- Sangrado vaginal de origen no aclarado.
- Cáncer de mama diagnosticado o sospecha del mismo.
- Embarazo o sospecha del mismo.
- Fumadoras mayores de 35 años.
- Hepatopatías hasta que no se normalice el perfil hepático.

Relativas

- Hipertensión. Pueden tomarlo las menores de 35 años con tensión controlada por medicación si no hay otra patología y no fuman.
- Cardiopatía congénita o valvulopatía cuando la lesión predisponga a trombosis o la reserva cardiaca esté comprometida.
- Prolapso de la válvula mitral. Pueden usarlo las no fumadoras y asintomáticas. No pueden usarlo las que fibrilen, tengan migrañas o anomalías de la coagulación.
- Hiperlipemia. Solo contraindicación absoluta si los triglicéridos son muy altos, o hay vasculopatía u otro factor de riesgo. Debe vigilar el perfil lipídico.
- Cefalea migrañosa en formas leves, pueden tomar preparados en dosis bajas y con vigilancia.
- Ictericia obstructiva en el embarazo. Pueden usarlo a dosis bajas porque no todas desarrollan cuadro de ictericia.

- Epilepsia. Los fármacos antiepilépticos disminuyen la eficacia del anticonceptivo.
- Colecistopatías. Los anticonceptivos pueden acelerar la notoriedad clínica y precipitar el ataque si hay cálculos.
- Miomas uterinos. Las dosis bajas no favorecen el crecimiento del mioma y disminuyen la cuantía del sangrado.
- Fumadoras. Por el riesgo cardiovascular, solo las menores de 35 años se incluyen aquí usando dosis bajas.

Anticonceptivos orales combinados y medicamentos antirretrovirales (ARV)

Si bien existe cierta preocupación teórica en el sentido de que los ARV podrían reducir la eficacia de los anticonceptivos combinados orales (AOC), en general las mujeres que toman ARV pueden usar los AOC pero se le puede dar una formulación con al menos 30µ de estrógeno, debe cumplir diariamente con la administración de la píldora, e idealmente usar condones de manera constante (3).

Tabla 2. Reducción de la eficacia de los Anticonceptivos orales con el uso de Antiretrovirales

ARV	Efecto en el nivel hormonal del anticonceptivo*	Efecto en el nivel de ARV
Inhibidores de Proteasa (IP)		
Amprenavir	Aumento	Disminución
Atazanavir	Aumento	No hay datos
Darunavir	Disminución	Sin cambios
Fosamprenavir	Disminución	Disminución
Indinavir	Aumento	No hay datos
Lopinavir + Ritonavir	Disminución	No hay datos
Nelfinavir	Disminución	No hay datos
Ritonavir	Disminución	No hay datos
Saquinavir	Sin cambios	Sin cambios
Tenofovir	Sin cambios	Sin cambios
Tipranavir	Disminución	Disminución
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)		
Delavirdine	Puede aumentar	No hay datos
Efavirenz	Aumento	Sin cambios
Nevirapine	Disminución	No hay datos

*Solamente niveles de estrógeno
 Fuentes: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud 2004 (248). Información adicional de HIV InSite 2007 (90) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 2006 (166)

Preparados inyectables depot combinados

Son preparados para la administración parenteral mediante una única inyección mensual. El más difundido contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona en forma de microcristales en solución acuosa, y mantiene su eficacia anticonceptiva durante un mínimo de 14 semanas con una tasa de fracasos de 1 embarazo por cada 100 mujeres/año al cabo de 5 años de uso.

Su acción, además de realizarse sobre el moco cervical y el endometrio, se produce al inhibir la ovulación por bloqueo del pico de LH. No se suprime la FSH, por lo que hay crecimiento folicular que produce unos niveles mínimos de estrógenos.

Se administra en los primeros 5 días del ciclo menstrual por inyección intramuscular que se repite cada 3 meses.

Tiene la ventaja de que no precisa de una colaboración especial de la mujer, por lo que es ideal para mujeres desorganizadas o para las que sufren algún tipo de retraso menstrual. Útil también en las epilépticas y durante la lactancia. También puede beneficiarse las mujeres con cardiopatía congénita, anemia falciforme, antecedentes de tromboembolismo, fumadoras mayores de 30 años y siempre que se desee evitar el uso de estrógenos.

Entre los inconvenientes se encuentran: sangrados intermenstruales que se presentan en el 70% de las usuarias en el primer año aunque va disminuyendo con los años, de tal forma que el 80% son amenorreicas a los 5 años. Otros efectos son mastalgia, aumento de peso y depresión.

Tras la supresión del tratamiento, el 50% normalizan la menstruación antes de 6 meses. La posibilidad de embarazo se recupera con cierto retraso.

Los efectos metabólicos son mínimos. No se altera el metabolismo hidrogenocarbonato ni los factores de la coagulación. Conviene estudiar el perfil lipídico anualmente. Si hay embarazo, no se han confirmado efectos teratógenos. Tampoco posee efectos cancerígenos y protege frente al cáncer de endometrio.

Son contraindicaciones absolutas el embarazo y sangrado genital no aclarado. Son contraindicaciones relativas: la hepatopatía, el cáncer de mama, la depresión y las enfermedades cardiovasculares graves.

Dentro de este grupo de anticonceptivos cabe citar los preparados inyectables depot que contienen enantato de noretindrona, solo o asociado a estrógenos.

Existen datos contradictorios sobre si los anticonceptivos hormonales inyectables aumentan o no el riesgo de infección por VIH en mujeres. Aunque algunos estudios individuales han concluido que sí que existe un aumento el riesgo, el análisis de los datos acumulados procedentes de numerosos ensayos no ha revelado la existencia de una mayor probabilidad de infección. El estudio presentado en AIDS 2014 se basó en datos procedentes de 18 ensayos realizados en el África meridional y oriental y analizó el riesgo de infección por VIH en función del uso de los anticonceptivos. El metaanálisis descubrió que la administración mediante inyecciones tanto de acetato de medroxiprogesterona (DMPA, Depo Provera) como de enantato de noretisterona (NETEn, Noristerat) aumentó el riesgo de

infección por VIH en aproximadamente un 50% en comparación con las mujeres que no tomaron anticonceptivos. También se comprobó que el uso de los anticonceptivos inyectables supuso un aumento significativo del riesgo de infección en comparación con las mujeres que tomaban anticonceptivos orales (28).

Anticonceptivo subdérmico

Los implantes subdérmicos ofrecen la dosis más baja de progestágeno, no afectan a la densidad ósea y son adecuados para personas jóvenes que busquen protección anticonceptiva a largo plazo (29). Compuesto por una varilla de pequeño tamaño que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva durante tres o cinco años. Una vez agotada su efectividad se debe retirar el implante. El componente activo es el levonorgestrel por su eficacia y escasos efectos secundarios.

Ventajas:

- Alta efectividad anticonceptiva (Muy alta efectividad) - 99%.
- Excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos.
- Sin efecto acumulativo del medicamento: al retirar los implantes se elimina toda medicación en cuestión de pocos días (unas 100 horas, dependiendo de la vida media del componente hormonal).
- Rápido retorno a la fertilidad.

Desventajas:

- Alteración del patrón regular de sangrado menstrual 35%.
- Aumento de peso, acné, edema, depresión: menos del 10%.
- Complicaciones locales en el sitio de la inserción (incisiones cutáneas, anestésicos locales, hematomas, infección), dificultad para retirar los implantes, pérdida ocasional o imposibilidad de retiro de algún implante. Efectividad disminuida en pacientes obesas (Índice de masa corporal mayor de 30).

Método de barrera

La finalidad de estos métodos anticonceptivos es la de impedir que los espermatozoides lleguen al orificio cervical, interponiendo un obstáculo mecánico entre ambos. Estos métodos ofrecen, en mayor o menor medida, protección frente al cáncer de cérvix y las ITS, incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por ello, en casos de cambios frecuentes de pareja y, en general, en cualquier situación que entrañe riesgo de ITS han de ser la primera opción anticonceptiva (29).

- **Preservativo masculino:** Es una funda de látex que se adapta sobre el pene erecto. Actúa como una barrera que impide la descarga del semen en la vagina durante el coito. Prácticamente no presenta contraindicaciones (excepto la alergia al látex en alguno de los integrantes de la pareja). Utilizado en cada relación sexual es el método barrera que mejor protección ofrece frente a las ITS. Suelen ser de látex, y sus características pueden variar en cuanto a forma, tamaño, lubricación (de base agua), grosor y textura, recubiertos o no con espermicidas (nonoxi-nol- 9 o menfengol). Ofrecen protección frente al embarazo (tasa de embarazo: 3-14% mujeres/año), si su uso es correcto y consistente (26).
- **Preservativo femenino:** Es una funda de poliuretano, prelubricada con dimeticona, que se adapta a la vagina. **Diafragma** Consiste en una semiesfera de látex, de uso vaginal, de borde circular, en cuyo interior hay un fino aro metálico flexible. Este último confiere al aparato cierta elasticidad, mantiene su forma y facilita su adaptación al interior de la vagina, tapando el cérvix (26). Siempre se usará con espermicida.

Contraindicaciones absolutas

1. Prolapso uterino severo.
2. Cisto o rectocele marcados.
3. Músculos del introito vaginal laxos.
4. Alergia al látex.
5. Antecedente de síndrome de shock tóxico.

Contraindicaciones relativas

1. Útero con retroversión severa.
2. Puerperio hasta la sexta semana.
3. Malformaciones vaginales y/o cervicales, congénitas o adquiridas.
4. Infección vaginal no tratada.
5. Infecciones repetidas del tracto urinario.
6. Coitos diarios repetidos.
7. Mujeres que tras el entrenamiento no garanticen el uso correcto del DF.

Espermicidas

Los espermicidas que contienen nonoxinol-9 (N-9); no protegen contra la infección del VIH o ITS; y, de hecho, pueden aumentar el riesgo de infección por VIH en mujeres que usan

estos productos muy frecuentemente. Por lo tanto, los espermicidas no son recomendados para mujeres que tienen un alto riesgo de infección por VIH o que están infectadas con VIH.

La preocupación relativa a los espermicidas es que éstos pueden aumentar la susceptibilidad a la infección por VIH o a otra cepa del VIH. La re-infección con otra cepa del VIH puede acelerar la evolución de la enfermedad. El mayor riesgo puede deberse a que el N-9 daña las membranas de las células en la pared de la vagina, posiblemente haciendo más fácil la entrada de organismos infecciosos (25).

Esterilización quirúrgica permanente

Las parejas que desean usar un método de anticoncepción permanente, pueden elegir la esterilización femenina o la vasectomía, independientemente de si uno o ambos tienen VIH y pueden someterse a su realización en forma segura. En algunos casos, la esterilización debe ser retrasada. Por ejemplo, es posible que mujeres u hombres que tengan alguna enfermedad aguda relacionada con el SIDA tengan que esperar hasta que su condición se resuelva, antes de que puedan someterse a los procedimientos clínicos (20).

Estrategia de doble protección

En los últimos 100 años, el uso de anticonceptivos ha llegado a constituirse en una norma global, como resultado del desarrollo de una exitosa campaña de promoción de la planificación familiar a nivel mundial. Sin embargo, el sexo sin protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) sigue siendo una constante en casi todas partes. Esta es la principal razón por la que hay epidemias mundiales del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS que no han logrado ser derrotadas con todo el dinero en el mundo.

La doble protección supone protección contra un embarazo no deseado, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Es una forma de sexo más seguro para las parejas heterosexuales¹ y requiere del acuerdo e involucramiento de ambos miembros de la pareja.

Uno de los mayores problemas para definir la doble protección en general o sólo desde el punto de vista de la planificación familiar es que el sexo más seguro supone más que la protección durante un coito vaginal. Se trata también del contacto de la boca o el ano, tanto como de la vagina y el pene, con semen o fluidos vaginales infectados, y el contacto oral o genital con llagas externas provocadas por una ITS como la herpes simple o las verrugas genitales. Así, es posible que se requiera también una barrera oral o anal además de una barrera vaginal o en el pene. Esto es lo que hace tan importante el uso del condón. Se ha encontrado que algunos jóvenes, en la creencia equivocada que el sexo anal es

seguro porque no conduce a un embarazo, lo practicaban sin protección, colocándose en riesgo de contraer una ITS/VIH sin saberlo.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos

Los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) se basaron en métodos de trabajo rigurosos descritos en documentos aparte. Los criterios se proponen asegurar un margen adecuado de seguridad en el uso de anticonceptivos. Cada condición se definió como una representación de características de una persona (por ejemplo: edad o antecedentes de embarazo) o una condición médica patológica preexistente conocida (por ejemplo: diabetes o hipertensión). Se espera que los lugares de prestación de servicio de salud institucional y nacional decidan los medios más adecuados de detección para las condiciones, de acuerdo con su importancia en la salud pública. Los antecedentes de la o el usuario generalmente son el método más apropiado.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes (30):

1. Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo
2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados
3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método
4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo

III. OBJETIVOS

1.1 GENERAL:

- 1.1.1 Determinar la incidencia del uso de métodos anticonceptivos en pacientes VIH positivas, mayor de edad y sexualmente activas que asisten a la Clínica No 1 del Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios, durante el 2013.

1.2 ESPECÍFICOS:

- 1.2.1 Identificar las características epidemiológicas (edad, etnia, estado civil, escolaridad y paridad) que predisponen a la utilización de métodos anticonceptivos.
- 1.2.2 Identificar el porcentaje de rechazo de métodos anticonceptivos y los factores que contribuyen a ello (educativos, socioculturales, religiosos o económicos).
- 1.2.3 Determinar el número de embarazos no deseados, abortos y niños nacidos en pacientes VIH en relación al no uso de métodos anticonceptivos.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio.

Estudio Descriptivo transversal

4.2 Población:

Pacientes VIH positivas que acuden a la clínica 1 del Hospital Regional de Occidente durante el año 2013. La población a tomarse en cuenta fue 997 casos para el 2012.

4.3 Muestra:

Para la realización del estudio se tomó en cuenta una muestra estimada por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n : es igual a la población total, siendo esta de 997 pacientes para el año 2012.

z : corresponde al nivel de confianza del 95%, siendo igual a 1.96

p : es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno siendo igual a 0.5, ya que no se conoce.

q : $1 - p$.

d : corresponde al intervalo de error.

$$\text{Entonces: } n = \frac{997 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (997 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 277.43 \approx 277.$$

Por lo tanto, se tomaron 277 pacientes de la población, por medio de un muestreo aleatorio.

4.4 Criterios de Inclusión:

4.4.1 Mujeres VIH positivas, mayores de 18 años y sexualmente activas, que acudieron a control a la clínica 1 del Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios, Quetzaltenango.

4.5 Criterios de Exclusión:

4.5.1 Mujeres que tengan una enfermedad de transmisión sexual diferente a VIH.

4.5.2 Pacientes provenientes del Hospital Rodolfo Robles que no son activos y que asistan a clínica 1 del Hospital Nacional de Occidente.

4.5.3 Pacientes que rehúsen a participar en el estudio.

4.5.4 Mujeres menores de 18 años.

4.5.5 Pacientes que no tengan vida sexual activa.

4.6 Procedimiento:

Se utilizó un instrumento de recolección mediante una boleta conteniendo datos generales, además de preguntas sobre antecedentes ginecológicos, embarazos no deseados y la utilización de métodos de planificación familiar, como también las causas de rechazos a estos últimos. Se dirigió personalmente a todas las pacientes portadoras de VIH, mayores de 18 años y sexualmente activas, que asistieron regularmente a la Clínica 1 del Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios. A estas mujeres se les explico con detalle sobre el estudio y se les pidió que firmaran el consentimiento informado individual, explicándoles que esta investigación es de carácter estrictamente confidencial y será utilizada por el investigador para fines de graduación, además de que servirá como referencia a futuras investigaciones sobre temas relacionados. Sin embargo de todas las entrevistadas, 12 decidieron no colaborar por temor a que se divulgara de su enfermedad, por lo tanto no se incluyeron en el estudio; pero la muestra final fue de 277 pacientes. Se contó con la colaboración del personal de dicha clínica y del departamento de estadística del Hospital, esto para recolectar la información sobre los casos documentados durante el año 2012 y así obtener un dato poblacional exacto con la enfermedad.

Se procedió a la realización de una base de datos en Excel y luego en el paquete estadístico Epi Info en el cual se hizo el análisis para la posterior elaboración del presente informe final.

4.7 Definición de variables

Variabes:

- Características Epidemiológicas
- Métodos de Planificación Familiar
- Factores que condicionan el rechazo de métodos anticonceptivos
- Embarazo no deseado

4.7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

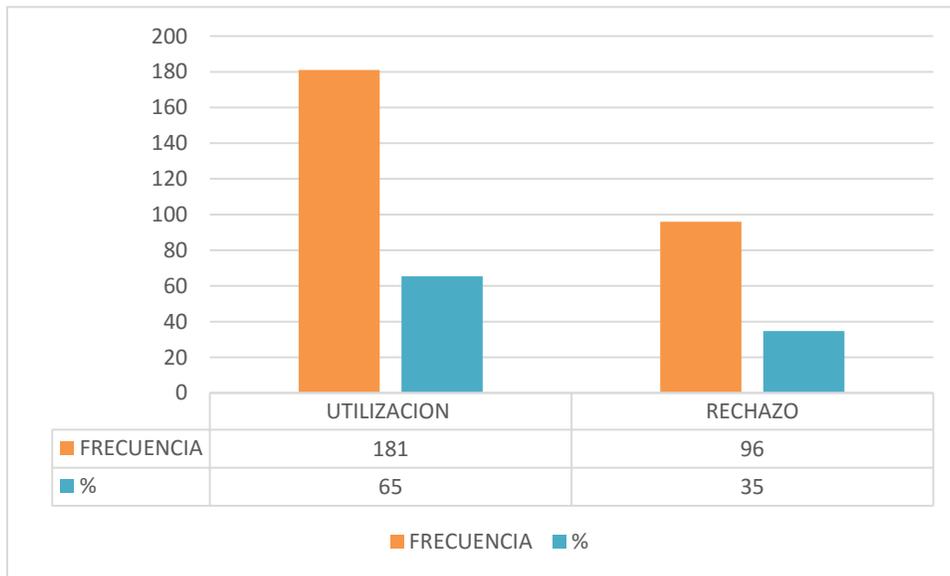
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION
Características epidemiológicas	Cualidades de una población.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.	18 a 22 años 23 a 27 años 28 a 32 años 33 a 37 años 38 a 42 años Mayor a 43 años	CUANTITATIVA INTERVALO
		Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a la misma raza.	Ladino Indígena	CUALITATIVA NOMINAL
		Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Soltera Unida Casada	CUALITATIVA NOMINAL
		Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Ninguna Primaria Básico Diversificado Universitario	CUALITATIVA ORDINAL
Métodos de planificación familiar	Cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción.	DIU Condón Inyectados hormonales Orales Implante subdérmico Doble protección Esterilización quirúrgica permanente		DIU Condón Inyectados hormonales Orales Implante subdérmico Doble protección Esterilización quirúrgica permanente	CUALITATIVA NOMINAL
Factores que condicionan el Rechazo de métodos anticonceptivos	Son todos los fenómenos que intervienen para la elección de un método de planificación familiar.	Factor religioso	Colección organizada de creencias y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia	Su iglesia le prohíbe los métodos de planificación familiar? Si No Sin religión	CUALITATIVA NOMINAL

		Factores socioculturales	Lo que es normal en el medio ambiente en el que se vive y crea hábitos y una forma de pensar que se considera normal.	Existe alguna prohibición en su comunidad para elegir un método de planificación familiar? Si No	CUALITATIVA NOMINAL
		Machismo	Actitud o manera de pensar de quien sostiene que el hombre es por naturaleza superior a la mujer.	Su pareja interviene activamente para que no utilice un método de planificación familiar? Si No	CUALITATIVA NOMINAL
		Factores económicos	Medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades.	Sus recursos económicos le permiten acceder al método anticonceptivo? Si No	CUALITATIVA NOMINAL
		Educación	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.	La no elección del método de planificación se puede deber por? Ignorancia Desconocimiento No desea el método Ninguna	CUALITATIVA NOMINAL
Embarazo no deseado	Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos adecuados.	Aborto	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto sean viables.	Se ha embarazado sin haberlo planeado luego del diagnóstico de VIH? Si No	CUALITATIVA NOMINAL
		Niño nacido vivo	Es la expulsión completa del producto de la gestación, del cuerpo de la madre.	Si se embarazo cual fue el resultado de la gestación? Aborto Recién nacido vivo	CUALITATIVA NOMINAL

V. RESULTADOS

GRAFICA No.1

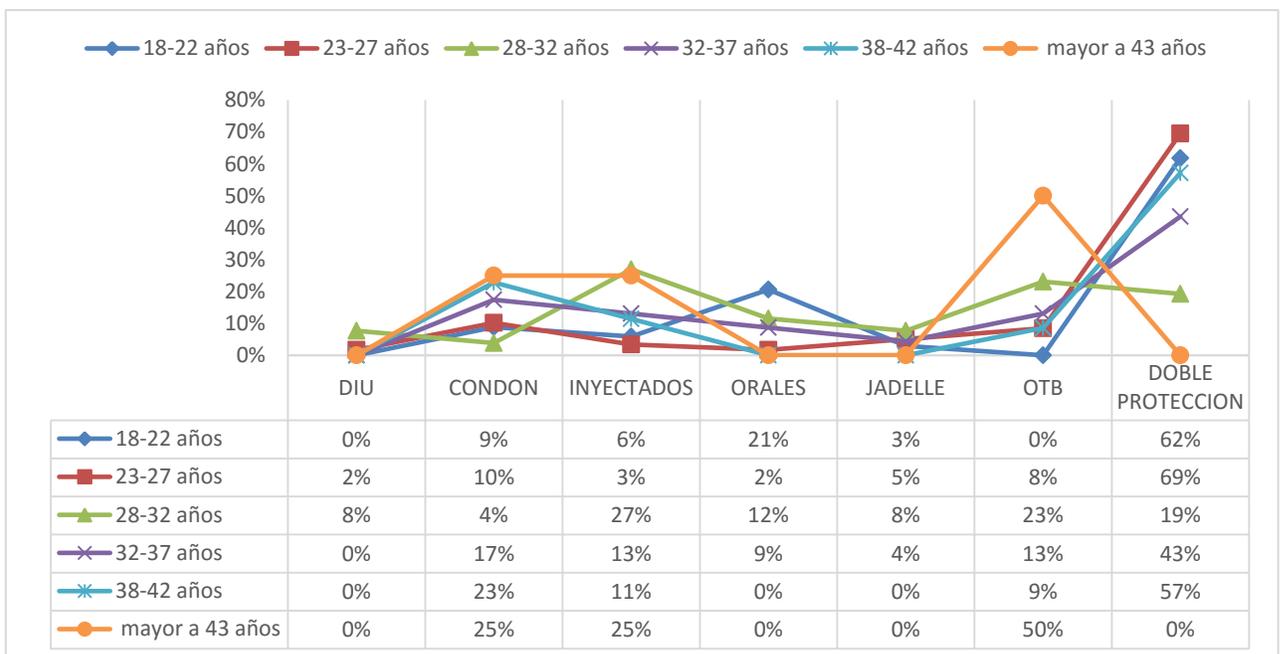
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Boleta de recolección de datos.

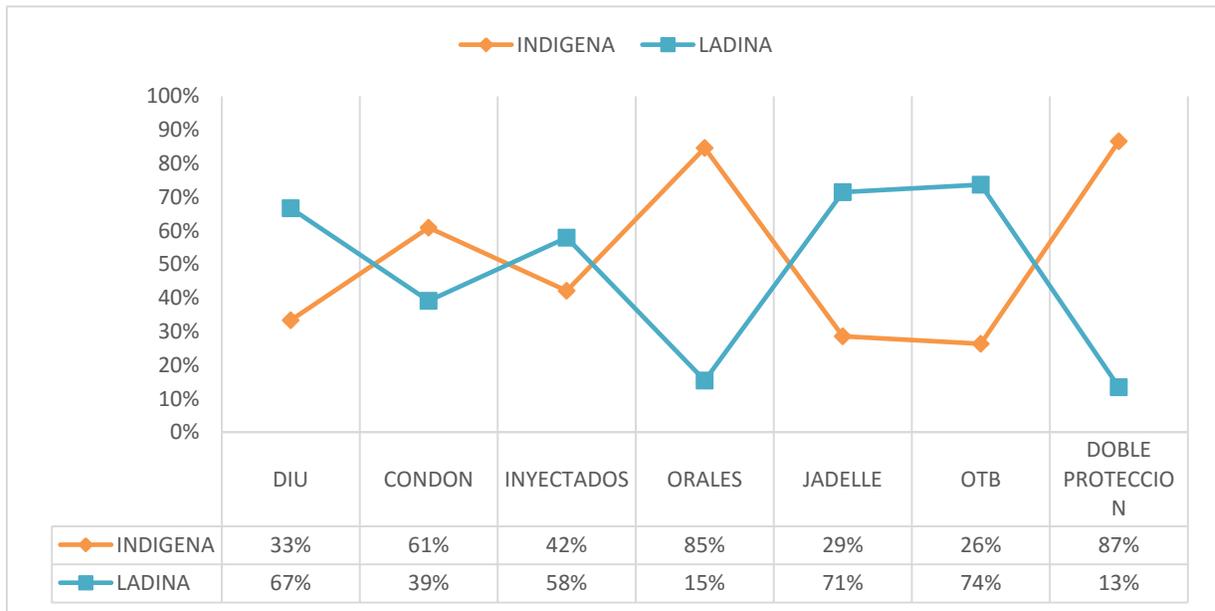
GRAFICA No. 2

METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EDAD



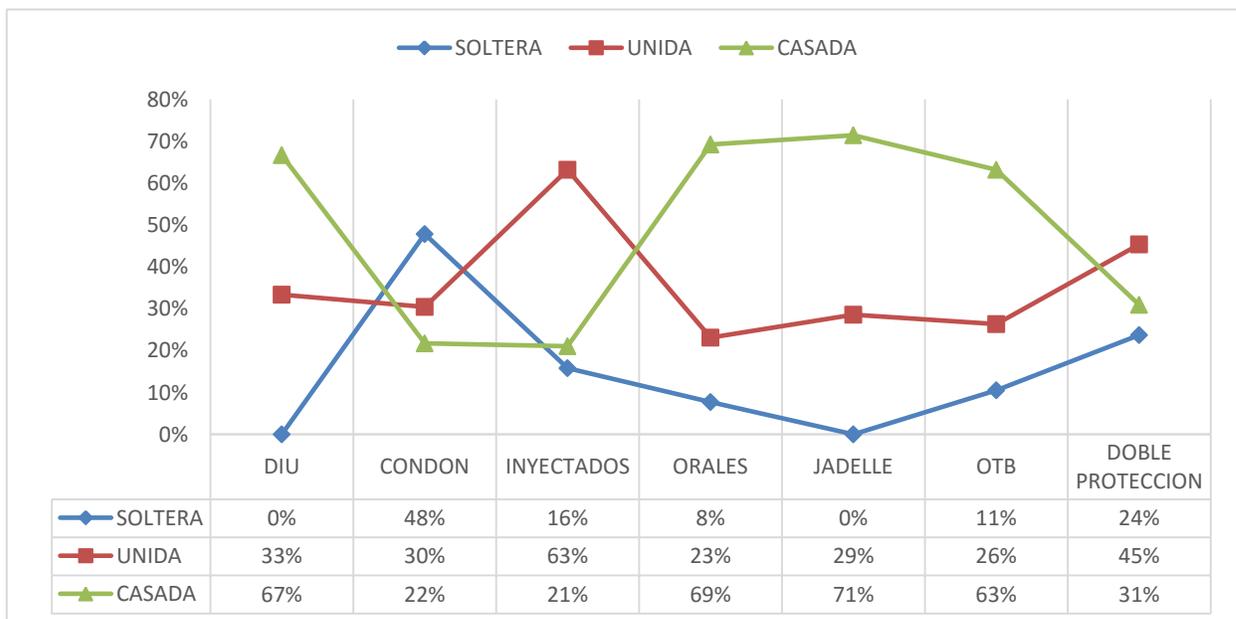
Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 3
METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ETNIA



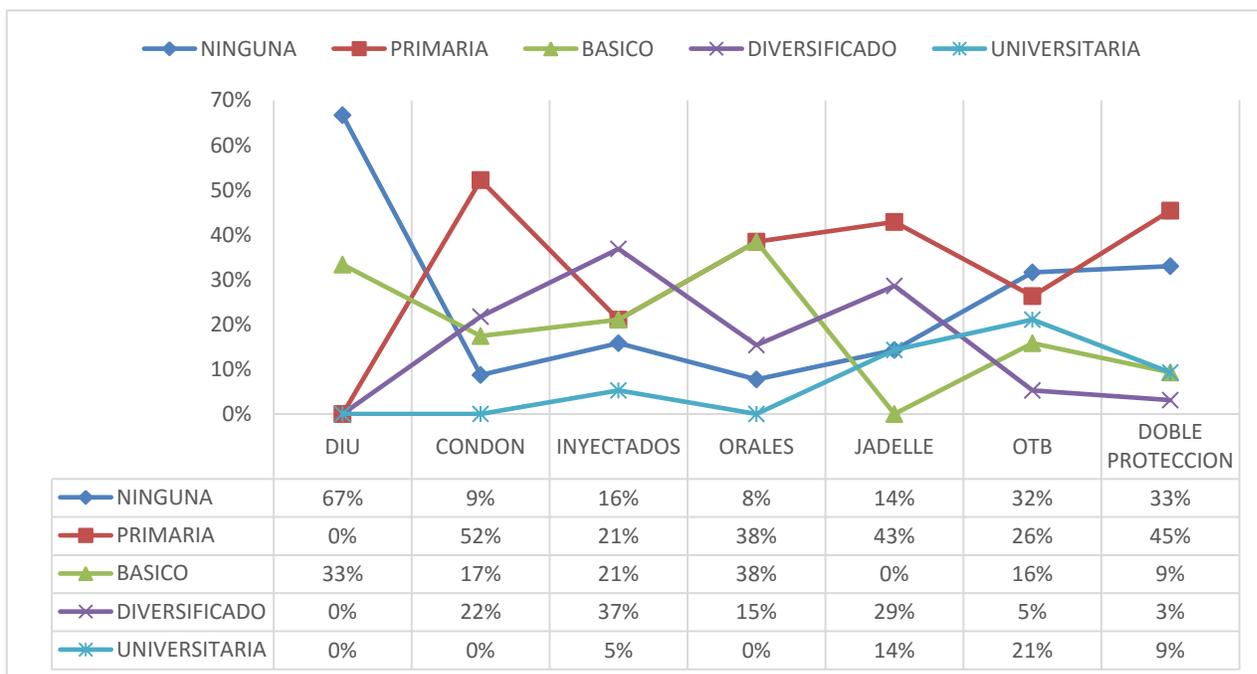
Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.4
METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESTADO CIVIL



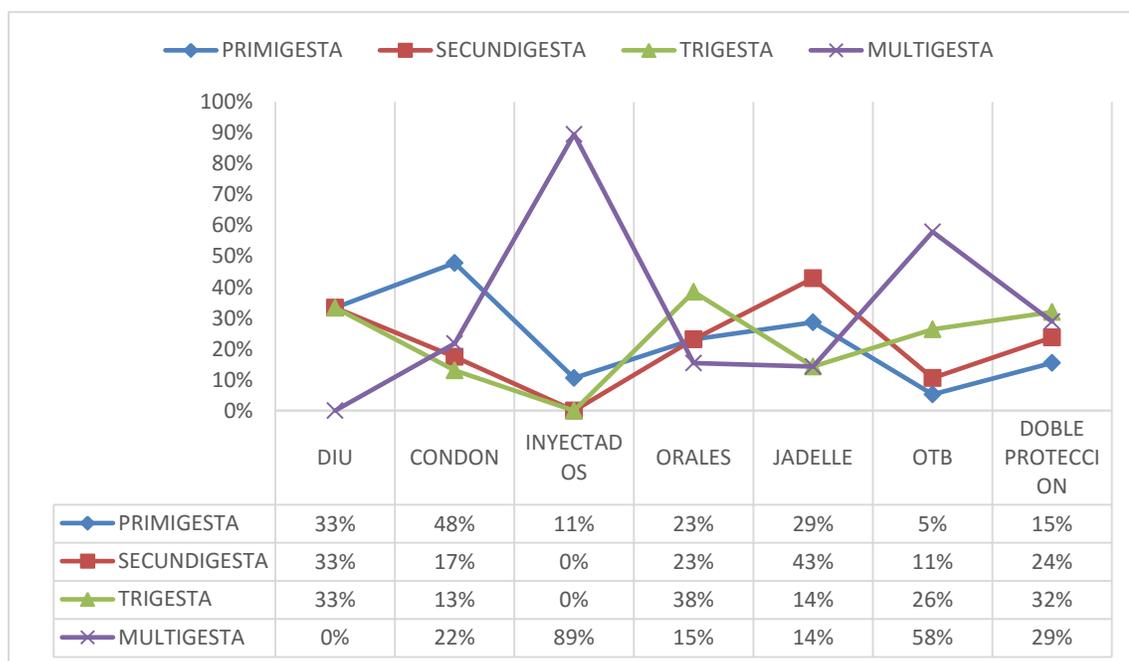
Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.5
METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESCOLARIDAD



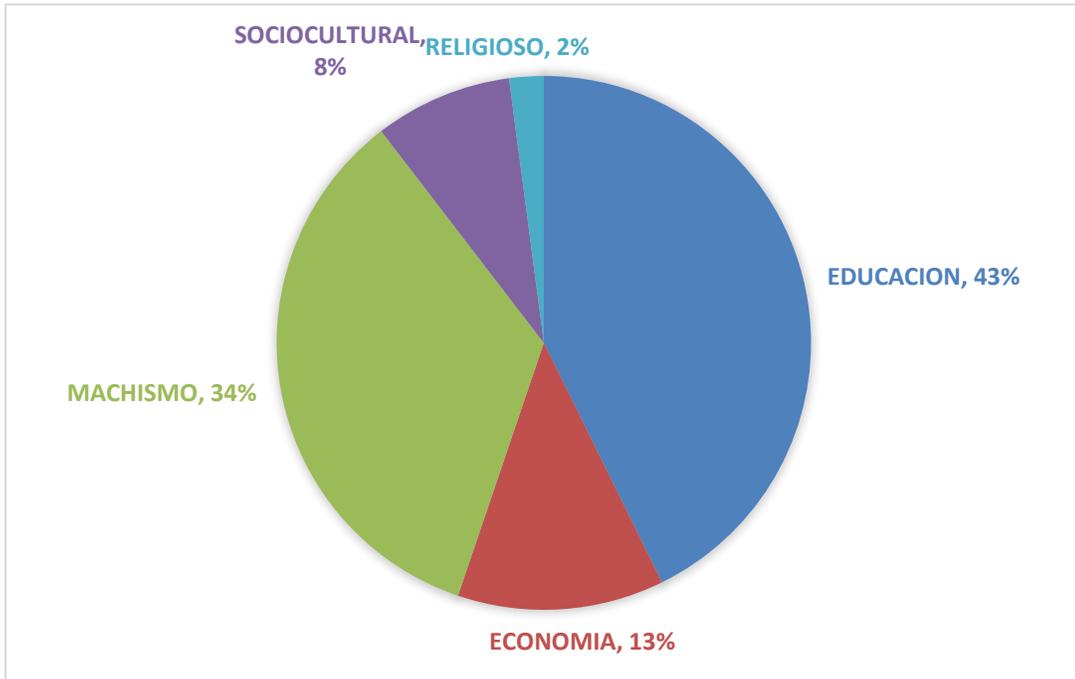
Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.6
METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN PARIDAD



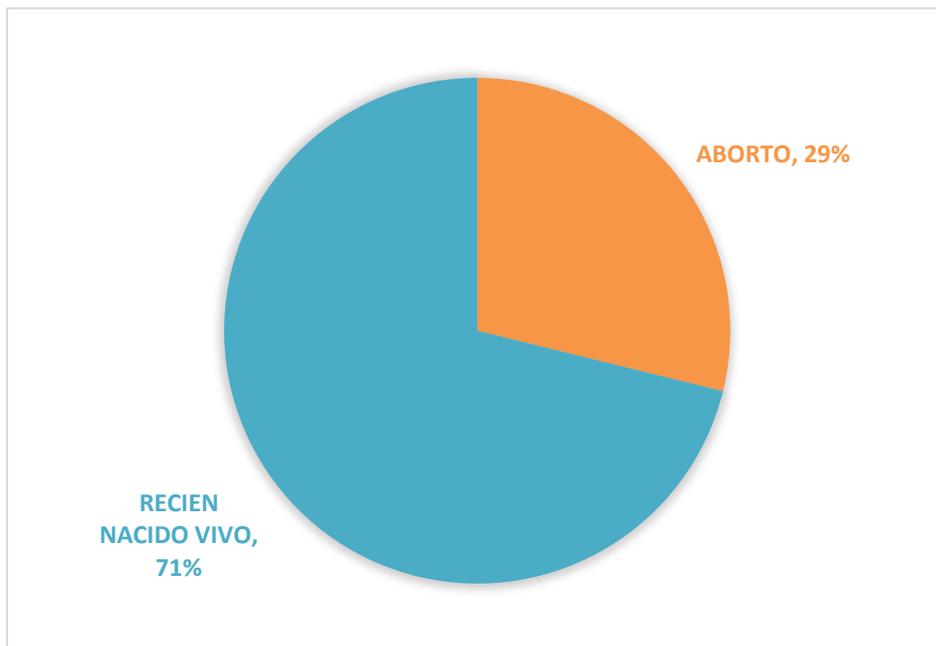
Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.7
CAUSAS DEL RECHAZO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.8
RESULTADO DE EMBARAZOS NO DESEADOS



Fuente: Boleta de recolección de datos.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó un estudio Descriptivo Transversal, en donde se incluyó a mujeres que asistieron a la Clínica 1 del Hospital Regional de Occidente, ya diagnosticadas con VIH. El objetivo principal de la investigación fue determinar la incidencia del uso de métodos anticonceptivos en estas pacientes; además de identificar las características epidemiológicas (edad, etnia, estado civil, escolaridad y paridad) que predisponen a la utilización de métodos anticonceptivos, como también identificar el porcentaje de rechazo de estos y los factores que contribuyen a ello (educativos, machismo, socioculturales, religiosos o económicos). Se determinó también el número de embarazos no deseados, abortos y niños nacidos vivos.

Dentro de las características que debían tener para ser incluidas en el estudio eran ser mayor de edad (18 años) y tener una vida sexual activa; se excluyeron a las mujeres que asistían Clínica 1 para seguimiento por otra enfermedad de transmisión sexual diferente a VIH, como también a pacientes provenientes del Hospital Rodolfo Robles.

Dentro de los resultados obtenidos por medio de la boleta de recolección de datos podemos decir que la muestra final estuvo constituida por 277 mujeres, que devolvieron el instrumento de evaluación al responderlo adecuadamente, lo que arroja una cantidad de no respuesta muy bajo (12 pacientes), indicando estas últimas que no deseaban ser incluidas en la investigación por temor a que se divulgara la enfermedad.

Se evidencio que un 65% de las mujeres que participaron en el estudio utilizaban algún método anticonceptivo desde el diagnostico de VIH, siendo el método más usado la doble protección, seguido del condón, y por último oclusión tubarica bilateral OTB (97, 23 y 19 pacientes respectivamente), estos resultados se detallaran más adelante. Nuestros datos se comparan con los recogidos por Sologaitoa Gudiel, quien tituló la investigación “Métodos anticonceptivos y de protección contra infecciones de transmisión sexual, usados por pacientes VIH positivas que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt”, en su estudio el 64% refería utilizar anticonceptivos, con un predominio del uso de métodos hormonales inyectados 45%, seguido de 35% que preferían anticonceptivos orales combinados (ACOS), posteriormente 21% condón y 3% T de cobre (DIU). Debemos ser prudentes al establecer estos paralelismos, ya que se trata de un estudio diseñado con otro objetivo y que aborda básicamente los conocimientos que las pacientes tienen sobre ITS.

Continuando con el análisis de los datos obtenidos en esta investigación podemos decir que las mujeres que participaron con mayor frecuencia fueron de 23 a 32 años (76

pacientes), le continúan las de 18 a 22 y 38 a 42 años con 59 y 51 pacientes respectivamente.

En cuanto a la preferencia de los métodos anticonceptivos por edad cabe mencionar que en todos los rangos de edad la doble protección fue el de elección, siendo así un 62% para mujeres de 18-22 años, 69% para 23-27 años, 43% para 32-37 años y 57% para 38-42 años; las excepciones fueron los grupo de edades comprendidos entre los 28-32 años y mayores de 43 años; ambos prefirieron la oclusión tubarica bilateral seguido de los hormonales inyectados. Se maneja una tendencia en cuanto al anticonceptivo de menor predilección, siendo este el Dispositivo Intrauterino (T de cobre) con 3 usuarias. Llama la atención el comportamiento de las mujeres de 43 años ya que ninguna utiliza el sistema de doble protección y únicamente el 25% utiliza preservativos durante las relaciones sexuales, pero el 50% prefirió la esterilización quirúrgica permanente.

En relación a la etnia 125 mujeres se nombraron indígenas y 56 ladinas, los métodos de planificación familiar que son utilizados por las primeras fueron la doble protección con un 87%, los anticonceptivos orales (ACOS) en un 85%, seguido del condón 61% y con menos preferencia la OTB 26%. Datos que se contraponen en la población ladina, quienes utilizan métodos de larga duración o permanentes (DIU 67%, Jadelle 71%, OTB 74%), y únicamente el 13% utilizan doble protección y 39% condón, lo que las hace más vulnerables a re-infección.

Según el estado civil las mujeres solteras no utilizan métodos anticonceptivos de larga duración, pero si prefieren el condón, el cual utilizan en cada relación sexual (48%) y la doble protección en un 24%. Las pacientes unidas a su vez prefieren los métodos hormonales inyectados 63%, seguido de la doble protección 45%, DIU 33%, condón 30% y con menor medida OTB 26% y ACOS 23%. Las casadas indicaron que el Jadelle 71%, ACOS 69% y OTB 63% eran los de mayor predilección, y los de menor la doble protección 31% y condón 22%, probablemente por la confianza y estabilidad que les ofrece el matrimonio.

En cuanto a la escolaridad la tendencia general fue que a menor grado de educación mayor frecuencia de casos con VIH, ya que 47 pacientes no contaban con ningún nivel de escolaridad, 73 únicamente refirieron primaria, 26 básico, 20 diversificado y 15 universitaria. Sin embargo, esto no refleja la elección del método anticonceptivo ya que las mujeres sin ningún grado académico, primaria y básico son las que utilizan con mayor frecuencia la doble protección (33%, 45% y 14% respectivamente) y el condón (9%, 52% y 17% correspondientemente). Las mujeres que indicaron una nivel académico mayor como

diversificado prefieren los de tipo hormonal (37% inyectados, 29% Jadelle, 15% orales), y las universitarias utilizan (OTB 21%, Jadelle 14% y doble protección 9%).

La paridad es un factor importante para la elección del método anticonceptivo ya que las primigestas utilizan el condón con más frecuencia 48%, seguido de DIU 33% y Jadelle 29%, únicamente el 15% usa doble protección. Las mujeres secundigestas y trigestas prefieren el Jadelle 43% y 14% respectivamente, DIU 33% en ambos y doble protección 24% y 32% en cada uno, los dos grupos no usan hormonales inyectados. Las multigestas prefieren los inyectados 89% y la OTB 58%.

Es importante destacar que el 35% de las pacientes no utilizan un método anticonceptivo, a pesar de ser ya diagnosticadas y tratadas por VIH, por esta razón se incluyeron en la encuesta las posibles causas por las cuales ella los rechazan, siendo las siguientes: el 43% indico que el factor predisponente era el educacional, dentro de este ítem el 13% refirió ignorancia del funcionamiento de los métodos de planificación y un 81% desconocimiento de los anticonceptivos disponibles, además el 3% no deseaban el método. El 34% de las pacientes que rechaza la utilización exponen machismo en su relación sentimental, ya que la pareja es quien autoriza el uso del método anticonceptivo. Además el 13% indicaron que no contaban con recursos económicos para adquirir el medicamento y el 8% refirieron que en su comunidad les prohibían planificar, así también el 2% indico factores religiosos.

Datos alarmantes ya que a pesar de que existe promoción para evitar contagio de VIH, la población no utiliza los métodos, lo que predispone a aumento de casos, reinfección, e incluso embarazos no deseados; lo cual puede reflejarse en los datos siguientes: del 35% (96 casos) de mujeres que no planifican, 52 han presentado algún embarazo desde el diagnóstico de VIH, de los cuales el 29% finalizó en aborto y el 71% en niños nacidos vivos, cabe mencionar que en la investigación no se incluyó si estos últimos fueron portadores de VIH. En relación al estudio de referencia únicamente el 24% presentó algún embarazo.

En la investigación uno de los aspectos no resueltos fue que hubiese sido interesante encuestar a la pareja emocional de la paciente como su entorno para documentar con mayor detalle los factores que condicionan al rechazo de métodos anticonceptivos. Y dentro de las dificultades observadas fue la falta de información en relación a estudios previos orientados a la misma línea de investigación.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1. El 65% de las mujeres que asisten a la clínica 1 para seguimiento por VIH utilizan algún método anticonceptivo.
- 6.1.2 Dentro del grupo de pacientes que utilizan métodos anticonceptivos, el sistema de doble protección es el usado con mayor frecuencia, seguido del condón, evitado con estos la re-infección, sin embargo, es notable que las mujeres portadoras de VIH le den prioridad únicamente a evitar un embarazo ya que el 33% solamente utilizan métodos tanto hormonales inyectados u orales, Dispositivo Intrauterino u Oclusión Tubarica Bilateral.
- 6.1.3 La tendencia a utilizar métodos anticonceptivos permanentes como la Oclusión Tubarica Bilateral y los de larga duración (Jadelle) son más frecuentemente elegidos por pacientes mayores de 43 años, casadas multigestas y ladinas. Mientras que las mujeres solteras, jóvenes, primigestas eligen el uso del condón y la doble protección.
- 6.1.4 A pesar de que los métodos de planificación están disponibles para toda la población, especialmente para personas con VIH, en el estudio se documenta que el 35% no los utilizan, por lo que más de la mitad han presentado embarazos no deseados, y las razones que aportan son la educación y el machismo.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Incrementar el uso de métodos de planificación familiar, sobre todo la doble protección en pacientes portadoras de VIH, a través de educación continua.
- 6.2.2 Dar énfasis en la realización de charlas con participación activa de las mujeres y hombres por separado y en conjunto, en los cuales se privilegien aspectos de comunicación, negociación, conocimiento sobre riesgo, protección, y relaciones de género, lo que aumentara así el uso de métodos de planificación familiar.
- 6.2.3 Abastecimiento adecuado de métodos anticonceptivos en el centro hospitalario para que estén al alcance según las necesidades y preferencias de las pacientes que asisten a seguimiento de la enfermedad por VIH.
- 6.2.4 Considerar realizar más investigaciones en la misma línea, incluyendo las parejas sentimentales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández JC, Quesada MY, Valdez AL, Hernández P, Turcios SE, “Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual”, R.C.M.G.I., 2008, 23.
2. ONU-SIDA, “Estadísticas Nacionales 1983-2003”, Instituto Nacional de Salud 20 años del VIH/SIDA en Colombia, 2004, en línea
3. Organización Mundial de la Salud. “Women and HIV /AIDS”, OMS, 2003, Hoja de Información N° 242, en línea
4. UNICEF, “El rostro femenino del SIDA”. UNICEF, 2004, en línea.
5. Centro Nacional de Epidemiología, “Estadística de VIH y de VIH avanzado”, Boletín No. 1-2014, MSP y AS, 2014, en línea
6. Lamotte JA, “Centro de personas con el VIH: el caguato”, MEDISAN, 2004, 8, 49-63.
7. Dirección general de epidemiología, “Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA”, Secretaria de la Salud México, 2012, 23-30.
8. Santin C, “Conocimientos y utilización de métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes” U.M., 2003, 19 (1), 81-90.
9. OMS, “VIH/SIDA”, noviembre 2015, Nota descriptiva No. 360.
10. Llano A, “Factores del huésped que afectan a la progresión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1”, U.A.B., 2011, 6-40.
11. Codina C, Martin MT, Ibarra O, “La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana”, 2002, 5 (21), 1493-1496.
12. Ministerio de salud pública Uruguay, “Infección por virus de la inmunodeficiencia humana– guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas”, 2013.
13. Collazos MF, Echeverry N, Molina AP, Canaval GE, Valencia CP, “Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico”, Colombia Medica, 2005, 36 (2), 1-7.
14. Hernández C, “Uso de servicios de planificación familiar de la secretaria de salud, poder de decisión dela mujer y apoyo de la pareja”, Salud Publica México, 2003, 50 (6), 1-15.

15. Steenbeek A. "Empowering health promotion: a holistic approach in preventing sexually transmitted infections among first nations and inuit adolescents in Canada". J.O.N., 2004; 22:254-266.
16. Ayaga A., "Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: A longitudinal assessment", S.F.P., 2002; 33: 185-194.
17. Garcia I, "Diferencias de género en el VIH/SIDA", G:S:, 2004, 18 (12), 1-12.
18. NAM, "XX conferencia anticonceptivos y riesgo de VIH o más indicios de que los anticonceptivos inyectables aumentan el riesgo de adquirir el VIH en mujeres", 2014, 1-3.
19. Berer M, "Doble Protección: más necesidad que practicado o comprendido", U.P.C.H., 2006, 14 (28), 162-170.
20. Hopkins J, "Opciones de planificación familiar para mujeres que viven con VIH", USAID, 2007, 15, 1-24.
21. ONU/SIDA para la educación, "Un enfoque estratégico: el VIH, el SIDA y la educación", 2011, 14-16.
22. Kissling F, "El vaticano y las políticas de salud reproductiva", C:F:F:C:, 96, 12-23.
23. Grupo de trabajo sobre el tratamiento del VIH, "Transmisión sexual del VIH", GILEAD, 2013, 15-32.
24. Escobar M, "Educación sexual integral de la sexualidad en el sistema educativo guatemalteco: un estudio del arte", DIGEDUCA, 2010, 36-48.
25. García-Sánchez, Pinzón-Pulido, Rivadeneyra, "Sida y mujer, buenas prácticas en prevención". Granada: Monografías EASP; 2002, 36.
26. Organización Médica Colegial de España, "Guía de buena práctica clínica en anticoncepción", Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012. Programa Nacional de Salud Reproductiva, "Guías Nacionales de planificación familiar", MSP y AS, 2009, 23-96.
27. Dinorah C, Saavedra C, Viñas A, "Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿por qué un problema?", Revista Habanera de ciencias médicas, 2012, v.8, n.5.
28. Ortayli N, "Declaración de IMAP sobre la anticoncepción dirigida a los jóvenes y adolescentes en los tiempos del VIH", F.I.P.F., 2006, 40 (2), 1-6.
29. OMS, "Planificación familiar, un manual para proveedores", OMS, 2011, 21-62.
30. Sologaistoa P, "Métodos anticonceptivos y de protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) usados por pacientes VIH positivas que asisten a la clínica

de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt”, Facultad de ciencias químicas y farmacia USAC, 2008, 1-87.

31. Best K, “Anticoncepción hormonal y VIH; se requiere mayor investigación; no se justifican cambios en las prácticas de planificación familiar actualmente”, I.T.S.M., 2005, 1-3.

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
AREA DE INVESTIGACIÓN
RESPONSABLE: DRA. ANNA RAQUEL MAZARIEGOS MALDONADO

Estudio:

**“USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTE VIH”
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, AÑO 2013**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

.

-Para estudio de investigación –

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente, Yo: _____

doy mi autorización para participar en la tesis de investigación “USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES VIH”, realizada por la Dra. Anna Raquel Mazariegos Maldonado, previo a obtener el título de Maestría en Ginecología y Obstetricia. Hago constar que se me ha explicado previamente sobre los objetivos de esta investigación, aceptando que se puedan publicar los datos obtenidos, aunque también se me indica que puedo retirarme en el momento en el que yo desee hacerlo, por lo tanto, firmo la presente hoja dando fé de mi consentimiento.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma del Investigador

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 MAESTRIA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
 HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE
 RESPONSABLE: DRA. ANNA RAQUEL MAZARIEGOS MALDONADO.



**“USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTE VIH”
 HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, AÑO 2013**

BOLETA DE ENCUESTA

A continuación, se le hace una serie de preguntas sobre métodos de planificación familiar y las causas por las cuales no desea utilizarlos. Por favor responda lo más honesta y claramente posible. Marque con una X sobre los recuadros, en donde aplique.

No. Boleta: _____ Fecha: _____ de 2013.

1. Edad: _____ años.
2. Grupo Étnico: Ladina Indígena
3. Estado Civil: Soltera Unida Casada
4. Lugar de Origen: Rural Urbana
5. Escolaridad: Ninguna Primaria Básico Diversificado Universitaria
6. Número embarazos: Uno Dos Tres Cuatro o mas
7. Se ha embarazado sin haberlo planeado luego del diagnóstico de VIH?
 Sí No
8. Si se embarazo estaba utilizando algún método de planificación familiar?
 Sí No
9. Si se embarazo cual fue el resultado de la gestación?
 Aborto Recién Nacido
10. Utiliza al momento algún método de planificación familiar?
 Sí No

11. Que método utiliza?

DIU (T de cobre)

Condón

Hormonales Inyectados (depoprovera, noryginon)

Orales Combinados (Mycroginon)

Implante subdermico (Jadelle)

Esterilización quirúrgica permanente

12. Durante las relaciones sexuales además del método de planificación que se administra utiliza condón?

Sí

No

13. Si no utiliza algún método de planificación familiar seleccione la (s) razón (es)

a) Su iglesia le prohíbe la utilización de algún método de planificación familiar?

Sí

No

Sin religión

b) Existe alguna prohibición en su comunidad para elegir un método de planificación familiar?

Sí

No

c) Su pareja interviene activamente para que no utilice un método de planificación familiar?

Sí

No

d) Sus recursos económicos le permiten acceder con facilidad al método de planificación familiar de su elección?

Sí

No

e) La no elección del método de planificación se puede deber por?

Ignorancia

Desconocimiento

Ninguna

No desea el método

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTE VIH", DEL HOSPITAL NACIONAL OCCIDENTE DURANTE EL AÑO 2013 para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala la que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

PERMISO DE AUTOR :

El autor concede permiso paara reproducir total o parcialmetne y por cualquier medio la tesis titulada: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES VIH, para propositos de consulta academica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.