UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CREENCIAS, ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN MUJERES EMBARAZADAS

Muestra tomada en embarazadas que asisten a control prenatal
en el Centro de Salud de la cabecera de Escuintla
Febrero a Mayo de 1997

CLAUDIA LUCRECIA MENENDEZ VALENCIA

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1997

INDICE

TEMAS		PAGINAS
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI.	METODOLOGIA	21
VII.	ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	21
VIII.	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	22
IX.	PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	28
X.	ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	42
XI.	CONCLUSIONES	44
XII.	RECOMENDACIONES	45
XIII.	RESUMEN	46
XIV.	BIBLIOGRAFIA	47
XV.	ANEXOS	50

I. INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida "SIDA" constituye un serio problema de salud a nivel mundial ya que es una enfermedad que tiene una mortalidad de un 100% y esta afectando a la población Guatemalteca. A nivel mundial hasta septiembre de 1996 hay 1,401,806 casos, en nuestro país según datos estadísticos de la misma fecha hay 711 casos, es alarmante que el contacto heterosexual es de 66.8% esto es un factor importante porque ha traído como consecuencia el aumento del número de casos de transmisión vertical y la edad más frecuentemente afectada es de 15 a 40 encontrándose en edad reproductora la mujer por lo que la transmisión perinatal constituye un serio problema.

El presente trabajo titulado "Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas en mujeres embarazadas sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA" fue realizado en 360 mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud de Escuintla las cuales fueron evaluadas con una encuesta dialogada, podemos considerar que este grupo es vulnerable a adquirir la enfermedad por el comportamiento sexual de su pareja, el conocimiento general sobre la enfermedad es adecuado; sin embargo existen creencias erróneas sobre las formas de transmisión. La escolaridad influye debido a que los conocimientos mejoraban según la etapa de estudio al que llegaron las encuestadas. Las creencias actitudes y practicas están determinadas por los conocimientos.

La educación en Salud juega un papel importante para la prevención de esta enfermedad y se pudo observar que únicamente el 5.28% recibieron alguna información sobre la enfermedad durante su control prenatal.

Por lo mencionado anteriormente es importante implementar programas de orientación y prevención tratando de ir mas allá de la sola información ya que se debe concientizar a la mujer sobre la influencia de su rol en la vida reproductiva. Capacitándola para adquirir habilidades que le permitan tomar decisiones responsables y evitar las situaciones de riesgo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El SIDA se ha descrito como un trastorno grave de la inmunidad celular (VIH), causado por el virus de inmunodeficiencia retroviridae. Este grupo ataca selectivamente a los linfocitos T 4 ayudadores que son los encargados de casi toda la respuesta inmunitaria, y por ello el defecto selectivo en sus células ocasiona defectos globales en diversos componentes de la inmunidad, propiciando en el paciente infecciones oportunistas con consecuencias fatales.

La Organización Panamericana de la Salud hasta el 10 de septiembre de 1,996 ha notificado que a nivel mundial hay 1,401,806 casos; en Centroamerica 9,997, de los cuales murieron 3,698; su distribución por factor de riesgo es de 61.1 % heterosexual, 24.3% homosexual y 14.6% otros.(12,13)

En Guatemala, según datos estadísticos de la misma fecha, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional y Control del SIDA había reportado un total acumulado de 711 casos, de los cuales fallecieron 242; sumándose 917 casos de personas asintomáticas con resultados positivos a la prueba de anticuerpos. La distribución por sexo hasta noviembre de 1,996 es de 1,121 casos en el sexo masculino y 258 en el sexo femenino, la relación hombre/mujer es de 3:1 y en la edad de 15 a 19 años 1:1. La vía de transmisión más frecuente fue heterosexual con un 66.8%; este factor ha traído como consecuencia el aumento en el número de casos por transmisión vertical que alcanza un total de 33 infantes, en donde 20 han sido clasificados como pediátricos y 13 perinatales. La edad más afectada es de 15 a 40 años encontrándose en edad reproductora la mujer, esto es importante ya que en nuestro país dos terceras partes de la población pertenecen al grupo materno-infantil por lo que la transmisión perinatal representa un serio problema. (12,13,14). Según la tesis de Rosario Mérida de CAP sobre SIDA en mujeres embarazadas en octubre de 1993 en el hospital Nacional de Amatitlán la edad más frecuente de las mujeres entrevistadas fue de 20 a 24 años.

Se menciona que de las madres infectadas un 25 a 30% de los niños nacen con SIDA (15,16). Reportes informan que el 93% de nuevos casos de SIDA en niños fue debido a una transmisión perinatal.(15)

La transmisión perinatal puede ocurrir in útero o a través de la vía transplacentaria, al tiempo del nacimiento en que hay un

intercambio materno/fetal; hay factores de riesgo que hacen vulnerable a que el neonato adquiera la infección falta de atención antenatal, educación limitada. estado multigrávido, consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual especialmente sífilis y gonorrea, coroamnioitis, ruptura prolongada de membranas, abruptio placenta, retraso del crecimiento intrauterino.(15,16,17).

La educación es lo único que puede despertar en cada individuo la percepción que conduce a cambios voluntarios, significativos y permanentes del comportamiento y al reconocimiento de que todos deben de asumir la responsabilidad de su propia salud, porque del tipo de vida que una persona escoja dependerá su supervivencia.

En Escuintla hay un analfabetismo de un 41%. (31), siendo la mujer la que tiene menos acceso a la educación, según la tesis de Rosario Mérida anteriormente mencionada; fueron las analfabetas con un 19.3% el grupo de mayor riesgo ya que las alfabetas llenaron los requisitos de CAP sobre SIDA. La tesis de Mayra Orozco de CAP en mujeres embarazadas de Clínicas Familiares de la Facultad de Ciencias Médicas en junio y julio de 1994 reporta que el conocimiento general de SIDA es inadecuado en este grupo evaluado, ya que persisten elementos erróneos especialmente con respecto a las formas de transmisión, y que las actitudes y prácticas están determinadas por los conocimientos deficientes y los temores de tipo social. En Guatemala el contexto socioeconómico y cultural en que viven las mujeres hace que el grupo materno sea vulnerable ha esta enfermedad, ya que no tienen acceso a la educación por ende desconocimiento sobre las enfermedades.

En la actualidad se esta tratando de orientar a la mujer pero no se tiene un conocimiento verdadero de los que saben hacerca de esta enfermedad y su forma de transmisión. Este trabajo tiene como propósito contribuir a evaluar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de un grupo de mujeres embarazadas para orientar las estrategias del programa nacional y lograr un beneficio para dicho grupo con educación en este enfermedad, ya que tiene impacto social, económico y cultural que los niños se estén infectando de SIDA.

III. JUSTIFICACION

Junto al desempleo y la extrema pobreza del campo y la ciudad, el SIDA se alza hoy como la gota que faltaba al vaso de la injusticia social, ya que dicha enfermedad con una letalidad del 100% ha causado gran número de muertes a nivel mundial, al mismo tiempo, se suman el grupo de personas que se están infectando; entre éste, mujeres en edad fértil, embarazadas y por consiguiente el grupo pediátrico.(13,14).

Hasta hace algunos años, la idea de que el SIDA podría llegar a ser una epidemia en mujeres y niños era incierta; pero la epidemiología de la pandemia demuestra lo contrario: la diseminación de la infección se ha orientado con mayor peso hacia los países en desarrollo como el nuestro, a una transmisión heterosexual y vertical , por lo que las mujeres y los niños se están infectando. El contexto socioeconómico y cultural en que viven las mujeres es una causa importante de esta vulnerabilidad. En un terreno desigual, ellas no tienen poder de decisión sobre temas que afectan su salud y bienestar tanto de sus niños como de las relaciones sexuales, ya que iniciar el sexo seguro podría ser un rechazo de su pareja. (13),(14.

La transmisión madre-feto ha sido demostrada. Un número mayor de mujeres en edad fértil se están infectando con VIH con el consiguiente aumento de número de casos en el grupo infantil.(15,16).

La mitad de los niños con VIH en países en vías del desarrollo, mueren antes de llegar al año de edad, por lo que hay un gran subregistro de casos perinatales, en ellos se asume que la muerte fue por causa oportunista, quedándose el SIDA sin investigar. (16,13).

Todos aquellos que proporcionan servicios de salud a la mujer deben entender de que manera esta enfermedad puede afectar a sus pacientes. De inmediato deben participar en los esfuerzos para prevenir este padecimiento, proporcionando orientación a las mujeres sexualmente activas.

El SIDA es una patología básicamente previsible, por lo que la educación y orientación en la población de un país en lo relacionado a las consecuencias de la infección por VIH SIDA tomando en cuenta los conocimientos, creencias, actitudes y practicas es vital para una efectiva estrategia preventiva.

Para tales efectos debe hacerse primero un diagnóstico del de conocimientos, creencias, actitudes, practicas de la población donde se tiene planeado intervenir, por lo consiguiente el presente trabajo en base a datos obtenidos en él, ayudara a los programas y actividades educativas dirigidas a estos grupos.

IV. OBJETIVOS

Identificar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas, con respecto a la transmisión y prevención del SIDA, que asisten a su control prenatal en el Centro de Salud de la cabecera de Escuintla.

Determinar la relación entre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre el SIDA y grupo etáreo, estado civil y escolaridad de mujeres embarazadas que asisten a su control prenatal en el centro de salud de la cabecera de escuintla.

Contribuir al mejoramiento de los programas de prevención contra el SIDA y específicamente sugerir orientación para este grupo de riesgo.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL SIDA

Un importante antecedente lo constituye la creencia de que la aparición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los humanos podría señalarse tan tempranamente como al inicio de la década de los años 50, afirmación vasada en Genealogía para el virus.

Se ha señalado que las infecciones por el VIH fueron detectadas en Africa Central en los años 70, en personas que acostumbraban a comer carne y cerebro de mono verde crudo, se implica que este fenómeno que fue el que hizo viable el paso del VIH del mono verde al ser humano, siendo también lo que aparentemente provocó su mutación de una forma inocuos viviendo en este tipo de monos a una forma modificada en humanos muy agresiva e invasiva, productora de infección en primera instancia y secundariamente causante del SIDA; hay una posibilidad para explicar la participación y aparición del VIH en los Estados Unidos, el cual parece haber sido importado por los turistas norteamericanos, que lo adquirieron de personas haitianas dedicadas a la prostitución. (1) (2)

En el año de 1978 los primeros casos de lo que pudo haber sido SIDA fueron reportados entre haitianos. En este año algunos científicos que trabajaban en Africa encontraron signos y síntomas de una epidemia no identificada, que pertenecían a enfermedades conocidas por la ciencia, pero presentes de forma más dramática y virulenta. (3)

En junio de 1,981, el Centro de Control de Enfermedades reportó que el SIDA comenzó a manifestarse en forma de epidemia 337 casos fueron reportados en todo el mundo. (4)

En el año de 1,982 las autoridades de Salud Pública supieron exactamente cuales eran las vías que el agente causal del SIDA utilizaba para su contagio. En este mismo año un grupo de investigadores franceses dirigidos por el doctor Luc Montagnier, del instituto de pasteur de París, demostraron que el agente causal del SIDA era efectivamente un virus pero éste no pertenecía a los oncovirus como los HTLV, sino a los lentivirus como los VISNA. (5).

En 1,983 el doctor Montagnier y su grupo de colaboradores publicaron un informe en el cual señalaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con cuadro clínico previo al SIDA , el cual denominaron LAV; sin embargo en este momento no pudieron establecer su relación con el agente causal del SIDA. (5),(6).

En el año de 1,984, el doctor Gallo y sus colaboradores publicaron diversos trabajos en los cuales afirmaron que el virus descubierto, al que denominaron HRLV III, era el agente causal del SIDA. A fines de ese mismo año en San Francisco, Levy y sus colaboradores aislaron el agente causal del SIDA, al cual denominaron virus asociado al SIDA. (5),(6),(7).

En abril de 1,985 el SIDA fue identificado en todos los continentes. En mayo de 1,986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus recomendó que el agente causal del SIDA se le denominaría Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (3).

En el año de 1,987 se inició una campaña masiva de educación al público, para contrarrestar la diseminación de la infección por VIH en Estados Unidos.

Para los años 1,990-1,992 el SIDA alcanzó 159 países del mundo y se calcula que en esos años nacieron 3 millones de niños de madres infectadas por VIH. (OMS) (1).

A nivel mundial se estima que los casos acumulados de infección por VIH en adultos era de 18 millones en 1,994. (8).

Existen actualmente varias teorías sobre los orígenes del VIH entre ellas tenemos: 1) El microorganismo tuvo su origen en laboratorios como causa de experimentos. 2) La teoría que ha tenido más aceptación es que el virus es tan antiguo como el hombre mismo y ha tenido origen en Africa, en la zona del lago Victoria; presente en algunas clases de monos como los macacos y de los monos verdes, denominado el virus de inmunodeficiencia de simios y debido a algunas mutaciones el virus es capaz ahora de agredir al hombre.

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Panamericana de la Salud hasta el 10 de septiembre de 1,996 ha notificado que a nivel mundial hay 1,401,806 casos; en Centroamérica 9,997, de los cuales murieron 3,698; su distribución por factor de riesgo es de 61.1 % heterosexual, 24.3% homosexual y 14.6% otros.(12,13) En Guatemala, según datos estadísticos de la misma fecha, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional y Control del SIDA había reportado un total acumulado de 711 casos, de los cuales fallecieron 242; sumándose 917 casos de personas sintomáticas con resultados positivos a la prueba de anticuerpos. La distribución por sexo hasta noviembre de 1,996 es de 1,121 casos en el sexo masculino y 258 en el sexo femenino, la relación hombre/mujer es de 3:1 y en la edad de 15 a 19 años 1:1. La vía de transmisión más frecuente fue heterosexual con un 66.8%; este factor ha traído como consecuencia el aumento en el número de casos por transmisión vertical que alcanza un total de 33 infantes, en donde 20 han sido clasificados como pediátricos y 13 perinatales. La edad más afectada es de 15 a 40 años encontrándose en edad reproductiva la mujer, esto es importante ya que en nuestro país dos terceras partes de la población pertenecen al grupo materno-infantil por lo que la transmisión perinatal representa un serio problema. (12,13,14). Se menciona que de las madres infectadas, un 25 a 30% de los niños nacen con SIDA (15,16). Reportes informan que el 93% de nuevos casos de SIDA en niños fue debido a una transmisión perinatal.(15).

En mujeres con infección de HIV hay factores de riesgo perinatal asociados: falta de atención antenatal, anemia, educación limitada, estado multigrávido, consumo de alcohol, tabaquismo, otras enfermedades de transmisión sexual especialmente Sífilis y Gonorrea, anticuerpos frente a hepatitis B, abruptio placentae, corioamnioitis, bajo peso en el momento del nacimiento, retraso del crecimiento intrauterino, tinción de meconio que esta asociado a consumo de drogas. (16,15)

Si la madre ya ha tenido un hijo infectado, la probabilidad de recurrencia de la infección por VIH en un embarazo posterior oscila entre 50 a 65%, pero no hay forma de predecir la evolución neonatal de un caso específico; en muchos casos la madre es sintomática y no sabe que es VIH positivo. (16).

ETIOLOGIA

El HIV es un retrovirus no oncógeno, un miembro de la subfamilia Lentivirinae. La característica morfológica única de HIV, es un nucleode cilíndrico en el virión maduro.(9)

Propiedades importantes de los lentivirus (retrovirus citocídicos, no oncógenos):

1.- Virión: Esférico, 100-140 nm de diámetro, nucleoide cilíndrico.

2.- Genoma: RNA lineal de tira sencilla, sentido positivo, 9 a 10 kb, diploide, genoma más complejo que en los retrovirus oncógenos, contiene por lo menos cinco genes adicionales para replicación.

3.- Proteínas: Las glucoproteínas de la cubierta experimentan variación antigénica; transcriptasa inversa contenida en el interior de los viriones.

4.- Cubierta: Presente.

5.- Replicación: La transcriptasa inversa cataliza la formación de una copia de DNA a partir del RNA viral.

6.- Maduración: Las partículas experimentan gemación de la membrana plasmática.

7.- Características destacadas: Los miembros no son oncógenos y pueden ser citocídicos. Los provirus permanecen de manera constante en el interior de las células. La expresión viral es restringida in vivo; causan enfermedades crónicas de progreso lento; el grupo incluye a los agentes causales del SIDA.(9),(10).

Labilidad del VIH

El VIH es un virus sumamente lábil a las condiciones del medio ambiente. Son capaces de inactivarlo los cambios de temperatura, humedad, ph o la acción de desinfectantes de uso común como el hipoclorito de sodio o el alcohol, así como sustancias contenidas en los espermaticidas, como el nonoxynol-9. (9, 10).

Para que su transmisión sea eficiente, el virus debe encontrarse dentro de células vivas y éstas deben pasar directamente de una a otra persona. Esto explica razón por la cual el semen, las secreciones vaginales y cervicales, la sangre son tan eficiente transmisión. (9, 10).

Antigenicidad

Cada uno de los componentes proteicos del VIH es capaz de inducir una respuesta inmune humoral con la producción de anticuerpos neutralizantes, ninguno de los cuales parece ser protector dado que el virus pasa directamente de una célula a otra, escapando con ello a la acción de los anticuerpos, así como por la gran capacidad que posee el VIH para modificar la estructura molecular y antigénica de sus proteínas. (9,10).

Aún no se conoce la cantidad mínima de partículas virales que se requieren para provocar una infección; en relación con la sangre , se ha visto que en casos de función ocupacional ha sido suficiente 1.4ml para transmitir la infección, y en casos de transfusión esto ha ocurrido con paquetes de 400ml; en el caso de transmisión sexual no se ha documentado el tamaño del inóculo, sin embargo existen casos bien documentados de transmisión por un sólo contacto. (5,2,6,19).

Reservorio

El VIH únicamente puede reproducirse en el interior de células vivas del humano, y sólo en forma experimental en el chimpancé. Todos los individuos infectados con síntomas de SIDA son potencialmente infectantes para otras personas; desde el momento que el VIH entra al organismo, el individuo se convierte el reservorio y puede transmitir el virus a través de la actividad sexual, al donar sangre, por compartir agujas o jeringas con otras personas, durante el embarazo y parto, al donar órganos o tejidos para transplante (16,18,7,1).

Ciclo de Vida

Debido a que ambos VIH poseen un sólo tipo de ácido nucleico (ARN), y carecen de citoplasma para producir su propia energía y elaborar sus propios componentes, únicamente pueden vivir y multiplicarse en el interior de la célula; por lo que son considerados como "parásitos intracelulares". (9.10).

Para que el VIH penetre en la célula y se multiplique en su interior, debe llevar a cabo los siguientes pasos: 1) Reconocimiento celular. 2) Adhesión. 3) Entrada 4) Formación de provirus. 5) Integración del provirus al genoma celular. Biosíntesis de los componentes virales. 7) Emsamblado y 8) Salida. Los primeros cinco pasos constituyen la primera mitad del ciclo de vida del VIH y conducen al establecimiento de la infección: los siguientes pasos representan la segunda mitad del ciclo de vida del VIH y conducen a la enfermedad. (9, 10, 7,3).

Fisiopatologia e Inmunopatogenia

El signo característico del SIDA es un defecto profundo en la inmunidad celular que ocasiona infecciones graves oportunistas. (20,21,22). La causa del defecto inmunitario es una deficiencia cualitativa y cuantitativa del subgrupo de linfocitos T ayudadores (T4). Este subgrupo de células es definido fenotípicamente por la presencia de molécula de CD4 en su superficie, la cual es el receptor celular para el VIH(20, 22). El ataque del VIH sobre los linfocitos CD4, logra un efecto devastador sobre el sistema inmunológico ya que destruye la célula coordinadora de prácticamente todas las funciones del sistema inmunológico. (22,9, 10).

Dado que el VIH dirige su ataque contra los linfocitos T ayudadores, a través de moléculas CD4, es fácil entender que mientras mayor sea el número de moléculas CD4 que posea la célula mayor serán sus posibilidades de ser atacadas por el virus. El número de moléculas CD4 presentes en las células es muy variable, y depende de diversos factores, tales como la existencia de infecciones por ciertos virus: citomegalovirus, virus Epsteinba-Barr, virus herpes simple, y virus de la hepatitis B. Dado que estos virus pueden transmitirse por las mismas vías que el VIH, los individuos infectados por ellos no sólo tienen mayor riesgo de exposición al VIH, sino que sus células son más ricas en moléculas CD4 y por ello tienen mayor riesgo de ser atacadas por el VIH. Esto explica porque la promiscuidad constituye un factor de riesgo para adquirir la infección por VIH y SIDA. (20, 21, 9,10).

Una vez que el VIH se adhiere a la molécula CD4, fusiona su envoltura a la membrana de la célula e inyecta su nucleocapside . Esta contiene la información del virus y las enzimas necesarias para sintetizar ADN viral de doble cadena; parte del provirus permanece en el citoplasma de la célula parasitada mientras en el resto viaja al núcleo donde se integra en alguno de los cromosomas. (22, 20, 10).

El provirus integrado puede permanecer latente por algún tiempo indefino, iniciar un crecimiento controlado sin dañar a la célula parasitaria o presentar un crecimiento explosivo con la producción de grandes cantidades, y con ello destrucción de la célula parasitada. (22, 20, 10).

Después de la infección inicial por el VIH, hay descenso en el número de linfocitos T4 circulantes, y posteriormente este número se mantiene relativamente estable por años.

Después de un período variable se produce un descenso progresivo en el número de linfocitos T4, lo que refleja un escape gradual del contenido inmune (22).

En un principio, cuando se descubrió la enfermedad, se pensó que el VIH atacaba únicamente un sólo tipo de célula hoy en día se sabe que es capaz de dañar linfocitos T ayudadores, linfocitos B, células del fagocítico, célula de la glía, y células del sistema enterocromafín. (20,10).

El VIH ha sido demostrado en el cerebro de individuos infectados con trastornos neurosiquiátricos. El virus también puede ser aislado en el líquido cefalorraquideo de un alto porcentaje de individuos infectados sin hallazagos nerosiquiátricos. Las células predominantemente infectadas en el cerebro son los monocitos macrófagos las cuales son células de la microglía.(23,20).

La estructura genética del VIH se incorpora en el interior del núcleo de la célula huésped como un provirus. EL provirus puede causar que la célula exprese las proteínas del VIH, resultando muerte celular y liberación del virus; o puede quedarse latente en el interior de la célula y no expresar las proteínas virales, de este modo permite a la célula sobrevivir. (21).

MECANISMOS DE TRANSMISION

El VIH puede transmitirse por el contacto sexual directo de persona a persona, en todas sus formas (oral, anal, vaginal), por la exposición a la sangre, productos derivados de la sangre o líquidos corporales contaminados con sangre y leucocitos, y por instrumentos médicos empleados durante la realización de procedimientos invasivos (incluyendo agujas, jeringas y endoscopias), y de madre al niño durante el embarazo o parto. No existe evidencia alguna de que el virus pueda transmitirse por el contacto causal con un individuo infectado o con SIDA, o por medio de picaduras de insectos.

Transmisión Sexual

Durante el acto sexual, el hombre habitualmente transfiere líquidos corporales e intercambio numeroso de microorganismos dependiendo del contacto sexual que se trate, los líquidos que transfiere son: semen, secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, orina o heces fecales. Aún cuando el VIH ha sido asislado en todos estos líquidos , solamente se ha demostrado de manera incontrovertible que la sangre , el semen y las secreciones cervicales son capaces de transmitir el virus.

La mucosa vaginal se encuentre formada por varias capas de célula escamosas, que lo hace ideal para poder resistir la fricción mecánica durante el coito, además posee pocas células de langerhans. La mujer joven tiene mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que posee una mucosa poco madura.

Durante la menstruación se corre mayor riesgo de infección debido a los cambios que se producen en la mucosa vaginal por la acción hormonal, así como mayor vascularidad de la misma. (11)

La mucosa rectal lacerada, debido a lo delgado del epitelio, permite con facilidad el paso del VIH a los linfocitos presentes en el tejido. Aún cuando no se encuentra dañada la mucosa rectal, puede permitir la entrada al virus debido a que las células de langerhans de su epitelio poseen receptores para el VIH por medio del cual pueden captarlos almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo.(11)

Transmisión Perinatal

La transmisión perinatal de VIH puede ocurrir in útero a través de: vía trasplacentaria, al tiempo del nacimiento en que hay un intercambio materno-fetal, después del parto por otras rutas posibles.

La prevalencia de VIH en un lactante nacido de una madre infectada varia de un 20 a 35%. (16).

Si existe transmisión intrauterina e intraparto, estudios relatan que más del 50% tienen HIV negativo al nacer por lo que se piensa que fue intraparto la infección. (15).

Se dice que si la infección fue en útero hay un recuento de CD4 que disminuye rápidamente, carga viral elevada, fenotipo más virulento, enfermedad progresiva, aunque post-parto podrían presentarse estas características. (15)

El diagnóstico serológico en menores de 18 meses es complicado por la transferencia de anticuerpos a través de la placenta que se encuentra hasta los 18 meses en test de IMg no puede ser confiable en un niño hasta los 18 meses.(24).

El período de incubación medio en la infección perinatalmente adquirida ha oscilado entre 8 meses y los 3 años o más. (24,15)

MANIFESTACIONES CLINICAS

La infección por el VIH progresa de manera previsible por cuatro etapas distintas, la última de las cuales se conoce como SIDA.

Infección por VIH aguda

La mayoría de los individuos que cursan con infección por el VIH desarrollan anticuerpos antivirales las primeras seis semanas de la infección, con una variación de dos a seis semanas hasta un año, sin presentar manifestaciones algunas; sin embargo una minoría experimenta, de tres a seis semanas después de la infección una enfermedad similar a la mononucleosis infecciosa, caracterizada por cefalalgia, fiebre y astralgia, mialgias, manifestaciones orofaríngeas , erupción cutánea maculopapular, dolor adbominaal diarrea, artropatía, y esplenomegalia; no presentan cambios inmunológicos detectables por el laboratorio, y no todos son positivos para la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH. (20,21).

El cuadro desaparece en forma espontánea en un lapso menor a tres semanas y no existe tratamiento específico. Por esta razón, es conveniente incluir a la infección por VIH dentro del diagnóstico diferencial de un síndrome de mononucleosis infecciosa, particularmente en aquellos individuos con factor de riesgo.(26).

Infección Asintomática

Dentro de este grupo se incluyen aquellos individuos que se sabe están infectados por el VIH y no presentan evidencia de la enfermedad; generalmente no muestran cambios inmunológicos detectables por el laboratorio. En términos generales, un 60% puede continuar sintomático por un lapso de seis años; el resto evoluciona a otras etapas de la infección. (20,21).

Linfoadenopatía Generalizada

De 25 a 40% de los individuos infectados sintomáticos llega a esta etapa en los primeros cinco a seis años; pertenece a este grupo aquellos pacientes que como consecuencia de la infección por el VIH, presenta adenomegalia en dos o más sitios extrainguinales durante más de un mes. Los ganglios linfáticos más afectados son los cervicales, axilares y occipitales, aunque también pueden estar crecidos los submaxilares y otros. Los ganglios miden de 1 a 5 cm, son móviles y tienden a ser dolorosos.(21).

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA

La clasificación de infección por VIH propuesta por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) no incluye una entidad que reciba el nombre de SIDA: sin embargo, se acepta de manera general que los siguientes rubros de clasificación del CDC comprendan al SIDA: enfermedad constitucional, encefalopatía por VIH, infecciones oportunistas y neoplasia asociadas con infección por el VIH. Cerca del 70% de los individuos infectados por el VIH presentan alguna forma de trastorno neuropsiquiátrico; alrededor de 60% desarrolla infecciones oportunistas, un 30% cursa con neoplasia y menos del 10% presenta tanto infecciones oportunistas como neoplasias. (20,21,26).

GERMENES OPORTUNISTAS MAS COMUNES ASOCIADOS CON INFECCION POR VIH

VIRUS

-Citomegalovirus
-Herpes simple
-Varicella zóster
-Epstein Barr

PROTOZOARIOS

-Pneumocystis carinii
-Toxoplasma gondii
-Giardia Lambia
-Cryptosporidium enteritis
-Isospora belli

BACTERIAS

-Mycobacterium tuberulosis
-Mycobacterium avium-intracelular
-Salmonella
-Shigella

HONGOS

-Candida albicans
-Cryptococcus neoformans
-Aspergillus sp
-Histoplasma Capsulatum
-Coccidioido immitis

Es común que pacientes con SIDA tengan más de una infección oportunista simultáneamente. (26).

La neumonía por Pnemocystis carinii es la infección oportunista más común, ocurriendo en aproximadamente el 80% de los pacientes. (20, 26).

La infección por toxoplasma gondii es una de las más comunes infecciones del sistema nervioso Central en pacientes con SIDA. (20).

DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico de infección por VIH se logra a través de los siguientes criterios: criterio epidemiológico, criterio clínico y criterio de Laboratorio, siendo este último requisito confirmatorio indispensable.

Criterio Clínico

Lo establece la presencia de cualquiera de las entidades descritas en la clasificación.(20)

Criterios epidemiologicos

Toda persona que se identifica en algunos grupos de mayor riesgo y sus contactos. Este criterio orientará al diagnóstico de la infección por VIH. (13).

Criterio de Laboratorio

PRUEBA DE ELISA: Valoración de enzimas unidas a inmunoabsorbentes. La prueba consiste en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente, cuyo producto final proporciona una reacción de color. Es positivo cuando se obtiene un color similar o mayor a un preestablecido como positivo. La técnica es rápida los resultados generalmente se obtienen antes de tres horas, económica y permite estudiar gran número de muestras. (27, 20).

El individuo que posee anticuerpos contra VIH se denomina "seropositivo " y el que no los posee "seronegativo". El tiempo que toma para que un individuo se vuelva seropositivo a partir del contagio es de dos a doce semanas, pudiendo tardar hasta seis a doce meses. Este lapso se conoce como "ventana", y su importancia radica en que el estudio practicado durante este momento resulta negativo, con las consecuencias consiguientes. El momento en que el individuo se vuelve seropositivo se conoce como seroconversión. (20,21,25).

La técnica puede dar falsos positivos (2-11%) y también falsos negativos (0-15%). Los falsos positivos pueden presentarse en pacientes politransfundidos, pacientes con cirrosis, pacientes con trastornos autoinmunes, mujeres con embarazos múltiples y otros. Los falsos negativos pueden deberse a que el estudio se practicó antes de que el individuo produzca anticuerpos (durante la etapa de "ventana"), a defecto del reactivo o a error técnico. (20,21,27,28).

PRUEBA DE WESTERN BLOT

Inmunoelectrotransferencia está consiste en separar en bandas las proteínas virales por medio de electroforesis, luego se transfieren a papel de nitrocelulosa y se realiza una reacción inmunoenzimática consistente en poner en contacto duchas proteínas virales como antígenos. La reacción se pone en evidencia por medio de una antiglobulina y un sustrato. (2).

A diferencia de la prueba de ELISA, que da resultados positivos o negativos, la prueba westerm Blot proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre estudiada; por ello se considera como indicador más confiable.

1. Resultado positivo: Presencia de bandas de anticuerpos contra las proteínas virales (antígeno) codificados por tres genes principales (gag, pol,env).
2. Resultado negativo: ausencia de bandas.
3. Resultado sospechoso: presencia de bandas de anticuerpos contra los antígenos virales codificados por uno o dos de los genes principales contra otros antígenos no virales. Con fines de diagnóstico este resultado deberá someterse a otra prueba confirmartoria, o se repetirá el estudio semanas más tarde.

La prueba de Westerm Blot puede dar resultados falsos positivos por las mismas razones que la técnica de EIISA. Los falsos negativos pueden deberse a títulos bajos de anticuerpos o a defecto en la calidad de reactivo. (27,28).

Existen otros métodos confirmatorios pero son poco prácticos y necesitan equipo costoso, entre éstos tenemos antígeno P24, Inmunofloresencia indirecta (IFA), radioinmunoanalisis (RIA), radioinmunoprecipitación, cultivo de VIH y otros. (25,27)

PRUEBAS QUE ORIENTAN A LA INMUNODEFICIENCIA:

Hemoleucograma completo y sedimentación: se considera como una anormalidad que orienta hacia la inmunodeficiencia, la presencia de linfopenia con o sin leucopenia.

Examenes inmunológicos especializados: para medir la alteración de la subpoblación de linfocitos CD4.

Pruebas para confirmar infección oportunista: Serología, cultivo directo, histopatología y de acuerdo al microorganismo sospechoso de la infección oportunista.

Pruebas citológicas-histopatológicas: De acuerdo al tipo de neoplasia o enfermedad sobreagregada.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las infeciones oportunistas y de las neoplasias sólo permite suprimir o mejorar las manifestaciones del SIDA, pero no logra modificar el curso de la enfermedad erradicando el VIH o restaurando el sistema inmunológico.

Hasta el momento actual no se cuenta con un fármaco antiviral eficaz contra el retrovirus, y el intento de restablecer el número de linfocitos CD4, sin eliminar al virus significa aumentar la cantidad de células disponibles para su replicación. Se han propuesto tratamientos diversos basados en su actividad antiviral o en sus propiedades inmunomoduladoras.
(20,21,28,29).

MEDICAMENTOS ANTIVIRALES

Los antivirales que se han experimentado son numerosos cada uno con diferentes mecanismos de acción: 1) inhibidores de la unión del VIH a la célula. 2) inhibidores de la transcriptasa reversa (Azidotimidina, dideocitidina, dideoxiinosina, foscarnet, rifabutina, heteropolianion), 3) terminadores de cadena (Azidotimidina, dideoxicitidina, dideoxiinosina) 4) inhibidores de la síntesis proteica viral (oligodeoxinucleótido de fosforotionoato), 5) inhibidor de la gemación viral (alta interferón), 6) Inductor de la síntesis del interferón (ampligen), 7) mecanismo desconocido (ribavirina).(25,20,21).

VACUNAS

En la actualidad no existe ninguna vacuna para prevenir la enfermedad pero se están llevando a cabo múltiples estudios para lograr el desarrollo de la misma. Dichos estudios incluyen la purificación de componentes seleccionados de la cubierta del virus destruidos y la producción de proteínas de cubierta de virus por tecnología de recombinación de ADN. (27,28,).

Hasta ahora los esfuerzos encaminados a la elaboración de una vacuna han resultado insatisfactorios y se ha debido fundamentalmente a: La naturaleza del virus: evasivo, cambia constantemente su composición proteica externa y gran capacidad para incorporar sus genes dentro del material genético del hospedero. La falta de un modelo animal de la enfermedad que permite las investigaciones de laboratorios de diferentes estrategias de vacunación. Las dificultades para llevar a cabo pruebas clínicas por el prolongado período de incubación que presenta la infección.

PREVENCION

Debe ser desarrollada por los equipos de salud oficiales y privados quienes deben adelantar un proceso educativo en las comunidades, teniendo en cuenta los grupos de mayor riesgo, enfatizado en modos de transmisión, cuidados para la prevención y control, signos y síntomas sospechosos de la enfermedad. Además es conveniente informar a las comunidades el lugar a donde deben dirigirse en demanda de información y atención. (28,29,30).

En la actualidad la forma más prometedora de limitar la propagación de la infección del virus es mediante la enseñanza para modificar la conducta sexual y en prevenir o limitar la promiscuidad de las personas con mayor riesgo. (29,30).

El uso de condones ayuda a prevenir la transmisión de la infección pero no garantiza que no se transmita. El contacto orogenital, los besos íntimos constituyen un factor de riesgo.

No se debe compartir cepillos de dientes, cuchillas de afeitar u otros artículos de uso personal que puedan transferir sangre de una persona a otra.

En la actualidad se acepta que el riesgo de los funcionarios de la salud que manipulen pacientes infectados por el VIH es bajo si cumplen las normas generales del manejo de infectados.(29,30).

VI. METODOLOGIA

A: TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal

B: SUJETO DE ESTUDIO

Muestra por captación; de mujeres embarazadas que demandaron atención de control prenatal, en la consulta externa del Centro de Salud de la Cabecera departamental de Escuintla.

C: TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se cuantificó que durante el año 1996 se atendieron en el Centro de Salud de Escuintla un total de 3000 mujeres embarazadas, por lo que al aplicar la tabla del College Autline Series Tables or StatisTecians, se calculó una muestra de 353 pacientes y previendo que se ven 15 pacientes diarias, en el período de 24 días hábiles se reunieron 360 embarazadas.

D: CRITERIOS DE INCLUSION

Toda paciente que demande atención prenatal durante el mes que se realice la toma de recolección de datos y que acepten participar en el estudio.

E: CRITERIOS DE EXCLUSION

Toda paciente que asista a su control prenatal y no quiera participar en el estudio.

VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Se considerará la información de la discreción de la información que fue recogida mediante un cuestionario en forma individual, la misma se manejará de manera muy confidencial.

VIII. PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

El estudio se realizó en mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud de la Cabecera de Escuintla, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario básico y sencillo sobre el tema investigado.

La recolección la realizó el propio investigador en forma dialogada, con previa autorización del director del Centro de Salud, al terminar la recolección de datos se tabularon y se realizaron cuadros estadísticos para la interpretación del informe final.

GRAFICA DE GANTT

TEMAS

1	XXX											
2	XXX											
3	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	
4		XXX										
5		XXX										
6			XXX	XXX								
7					XXX	XXX	XXX					
8								XXX				
9									XXX	XXX		
10										XXX		
11											XXX	
12											XXX	
13												XXX
14												XXX
15												XXX
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

SEMANAS

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Diseño de los instrumentos del trabajo de campo.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. procesamiento de resultados, elaboración de cuadros, y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Correcciones del informe final.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y tramites administrativos.
15. Examen público en defensa de la tesis.

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
CONOCIMIENTO	Entender un asunto con facultad para ello.	De acuerdo a las respuestas de las preguntas directas relacionadas con el concepto transmisión, factores de riesgo. Conocimiento adecuado: si respondió a las preguntas 1y2 todos los anteriores, pregunta 3 todos los anteriores, pregunta 4 no, pregunta 5 si; pregunta 6 no;pregunta 7 no hay curación. Conocimiento parcial: cuando respondió a las preguntas 1,2,3 una de las alternativas; que responda a las preguntas 4,5 no sabe, y que responda tx de sosten a la pregunta 7. Desconocimiento: Que responda a la pregunta 1,2,3, no sabe; en la pregunta 4 si; en la pregunta 5 no; en la pregunta 6 si; en la pregunta 7 no sabe.	NOMINAL	CUALITATIVA
CREENCIA	Acción de creer en la verosimilitud o en la posibilidad de una cosa.	Creencia erronea: si respondió si a las preguntas 8,9,10. Creencia correcta: si respondió no a las preguntas 8,9,10. A las preguntas 4,8,11,13,14,15, 16,17,23 y 24 se les agregó el porque, para saber lo que ellas creen o conocen sobre la enfermedad.	NOMINAL	CUALITATIVA

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
ACTITUD	Disposición de ánimo de algún modo manifestada.	En las preguntas de la 11 a 16 y 24,25. Positiva: Cuando la encuestada expuso elementos de comprensión apoyó, busqueda de ayuda, ir al médico, luchar conta la epidemia preocupación de no infectarse o infectar a su recién nacido. Negativa: Rechazo , indeferencia a que se propague la enfermedad. Ambiguas: Aquella respuesta incapaz de definir una actitud clara (positiva o negativa) o bien aquella en la que represento elementos de comprensión y rechazo.	NOMINAL	CUALITATIVA
PRACTICAS	Uso continuado, costumbre, estilo de una cosa, momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.	En las preguntas 17a la 20 Negativas: Nocivas al bienestar del hombre. Positivas: Que favorecen al bienestar del hombre.	NOMINAL	CUALITATIVA

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha del nacimiento de la persona hasta la fecha en años cumplidos.	Respuesta a pregunta directa.	NUMERICA	CUANTITATIVA
ESTADO CIVIL	Condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección material.	Respuesta directa a la pregunta sobre estado civil.	NOMINAL	CUALITATIVA soltera casada unida viuda o divorciada

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento determinado	Grado de educación que la persona curso hasta el momento de la entrevista.	NOMINAL	CUALITATIVA alfabeta Primaria completa primaria incompleta secundaria completa secundaria incompleta diversificado Universidad
Analfabeta	Persona que nunca ha recibido cursos, como estudiante para saber leer y escribir.	Persona que no sabe leer ni escribir	Nominal	CUALITATIVA SI No

X. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

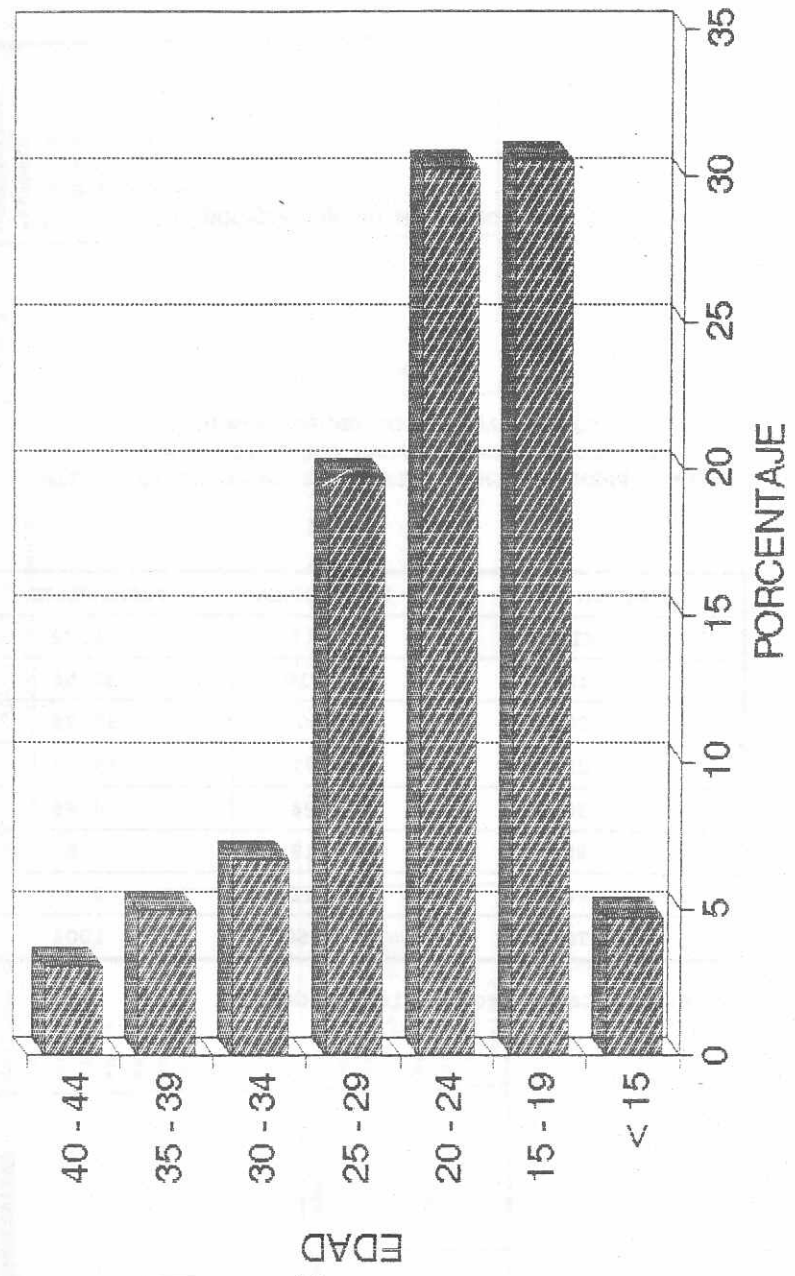
CLASIFICACION POR GRUPOS ETAREOS
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15	17	4.72
15-19	110	30.56
20-24	109	30.28
25-29	71	19.72
30-34	24	6.66
35-39	18	5
40-44	11	3.06
TOTAL	360	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 1

GRUPOS ETAREOS DE MUJERES EMBARAZADAS



CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE MUJERES EMBARAZADAS
QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL
EN CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	40	11.11
CASADA	102	28.33
UNIDA	218	60.56
DIVORCIADA	0	0
VIUDA	0	0
TOTAL	360	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 2
ESTADO CIVIL DE MUJERES EMBARAZADAS

CUADRO No. 3

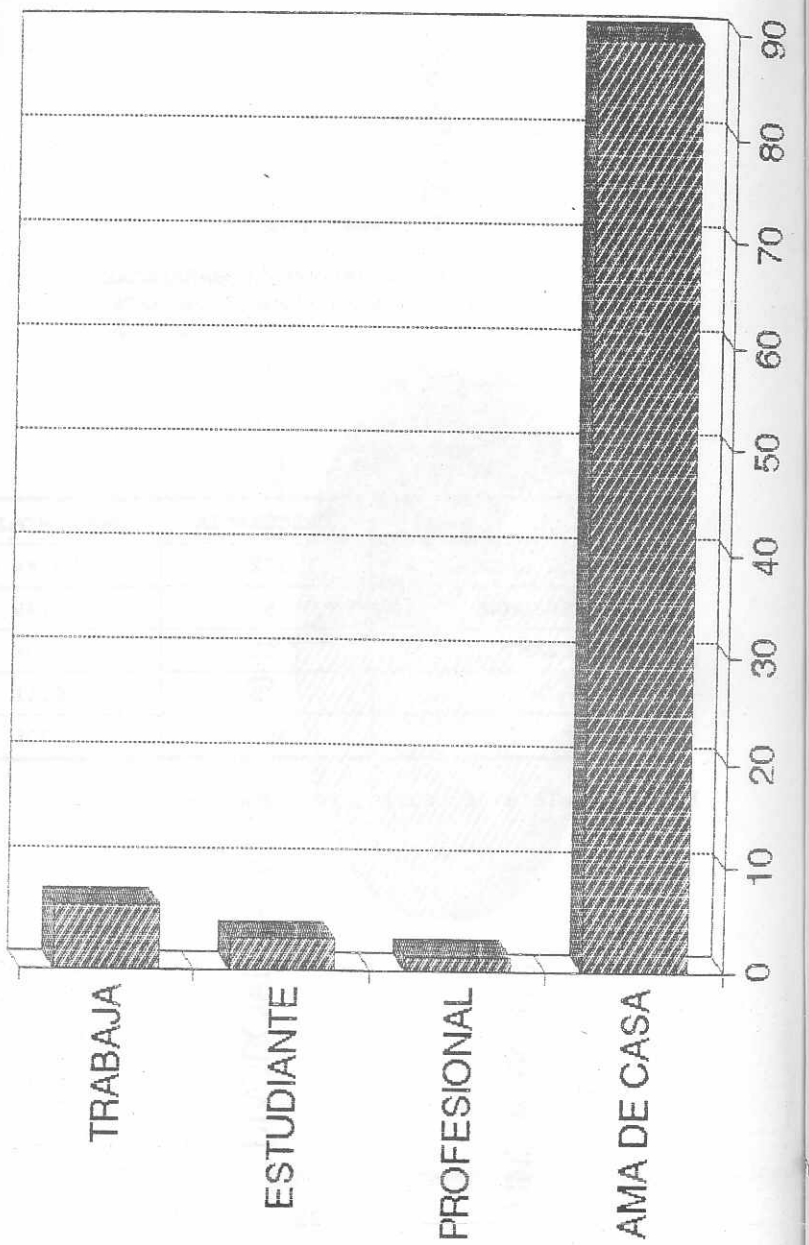
OCUPACION DE MUJERES EMBARAZADAS
QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL
EN CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	322	89.44
PROFESIONAL	5	1.39
ESTUDIANTE	11	3.06
TRABAJA	22	6.11
TOTAL	360	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 3

OCUPACION DE MUJERES EMBARAZADAS



CUADRO No. 4

ESCOLARIDAD DE MUJERES EMBARAZADAS
QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL
EN CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	55	15.28
PRIMARIA COMPLETA	81	22.5
PRIMARIA INCOMPLETA	138	38.33
SECUNDARIA COMPLETA	23	6.39
SECUNDARIA IMCOMPLETA	42	11.67
DIVERSIFICADO	21	5.83
UNIVERSIDAD	0	0
TOTAL	360	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

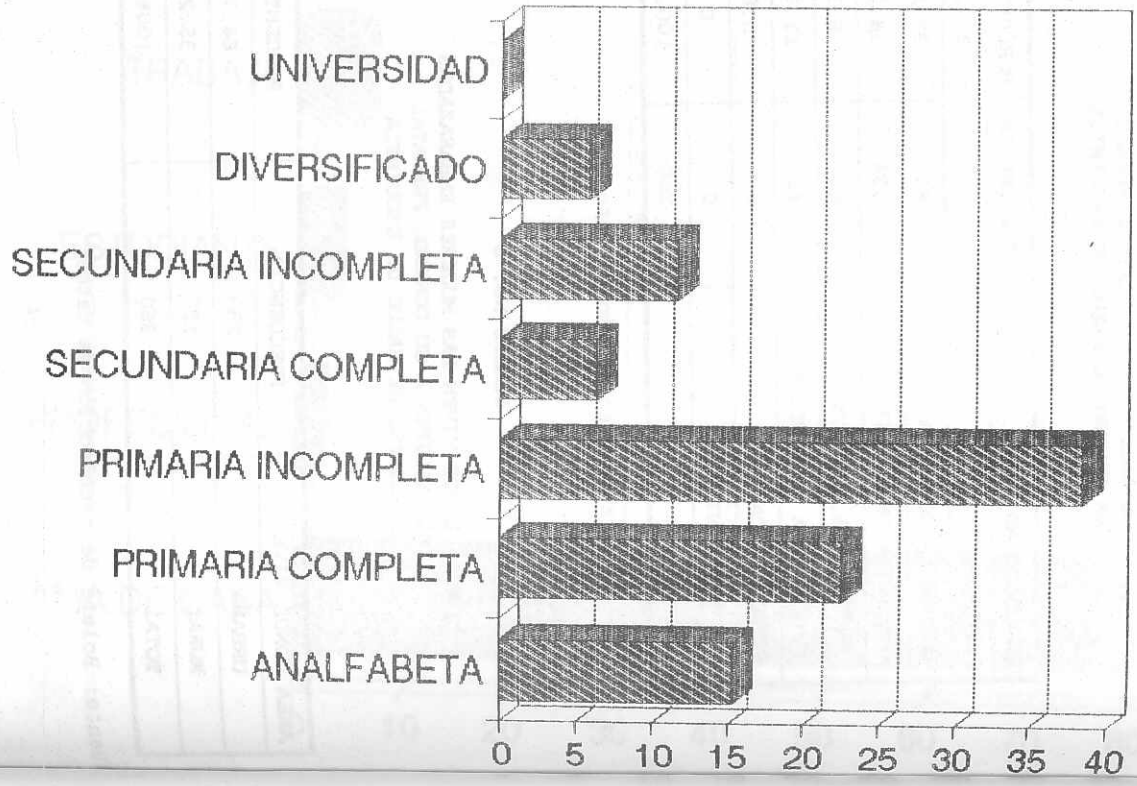
CUADRO No. 5

AREA DONDE VIVEN LAS MUJERES EMBARAZADAS
QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL
EN CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

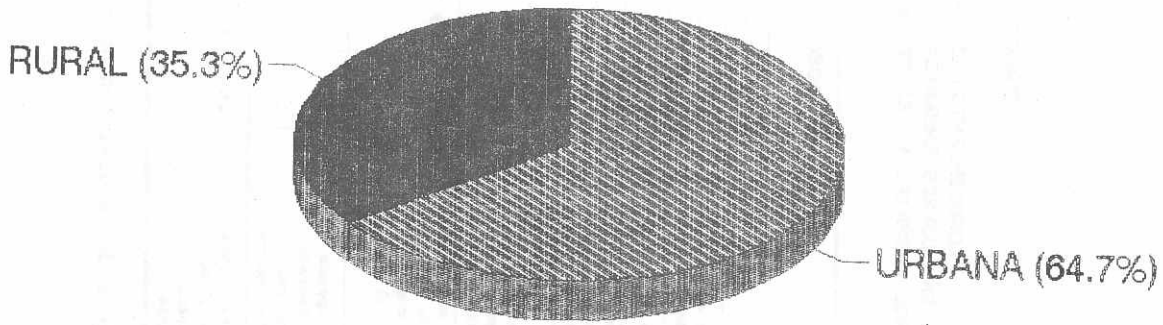
AREA DONDE VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	233	64.72
RURAL	127	35.28
TOTAL	360	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 4
ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS



GRAFICA No.5
AREA DONDE VIVEN MUJERES EMBARAZADAS



CUADRO No. 6

CONOCIMIENTOS GENERALES DEL SIDA
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

PREGUNTAS	ADECUADO		PARCIAL		DESCONOCI-MIENTO	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%
1.Sabe usted que es la enfermedad del SIDA	160	44.44	89	24.72	111	30.84
2.El SIDA se transmite por	190	52.78	78	21.66	92	25.56
3.En que grupo de los que le mencionaré a continuación es más frecuente el SIDA	186	51.67	98	27.22	76	21.11
4.Considera usted que las picaduras del mosquito nos podría contaminar con el virus del SIDA.	62	17.22	50	13.89	248	68.89
5.Una mujer embarazada infectada con el virus del SIDA puede contaminar a su hijo durante el embarazo o parto.	285	79.17	6	1.66	69	19.17
6.Si usted supiera que está infectada con el virus del SIDA donaría sangre.	298	82.78	1	0.28	61	16.94
7.Si usted estuviera enferma de SIDA que utilizaría para curarse.	160	44.44	0	0	20	55.56

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 7

ACTITUDES SOBRE EL SIDA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

PREGUNTA	POSITIVA		NEGATIVA		AMBIGUA	
	F	%	FREC	%	F	%
1.Si usted estando embarazada adquiere SIDA y nace su hijo con SIDA que haría.	355	98.61	5	1.39	0	0
2.Si usted estuviera contaminada le daría de mamar a su hijo	328	91.11	22	6.11	10	2.78
3.Podría convivir en casa donde hay una persona con SIDA.	97	26.94	262	72.78	1	0.28
4.Le daría la mano o un beso a una persona con SIDA	101	28.06	256	71.11	3	0.83
5.Si usted sabe que su esposo tiene SIDA tendría relaciones sexuales con él	349	96.94	5	1.39	6	1.67
6.Considera que durante su control prenatal sería recomendable que le hablen del SIDA	359	99.72	1	0.28	0	0
7.Si le dieran una capacitación del SIDA en su control prenatal en el Centro de Salud, estaría de acuerdo con ser promotora de prevención en su comunidad	280	77.78	80	22.22	0	0
8.Han hablado alguna vez con su esposo del SIDA	167	46.39	193	53.61	0	0

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 8

PRACTICAS DE RIESGO EN RELACION AL SIDA
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

PREGUNTA	POSITIVA		NEGATIVA	
	FREC.	%	FREC.	%
1. Su esposo alguna vez ha usado o utilizado el condón	43 si	11.94	317 no	88.06
2. Ha tenido relaciones sexuales fuera de su matrimonio.	340 no	94.44	20 si	5.56
3. Ha tenido relaciones sexuales con drogadictos.	358 no	99.44	2 si	0.56
4. Ha utilizado o utiliza drogas intravenosas.	360 no	100	0	0
5. Le han hablado durante su control prenatal lo que es el SIDA.	19 si	5.28	341 no	94.72

CUADRO No. 9

CREENCIAS EN RELACION AL SIDA
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA

PREGUNTA	CORRECTA		ERRONEA	
	FREC.	%	FREC.	%
1.Cree usted que la enfermedad del SIDA es castigo de Dios	233	64.72	127	35.28
2.Cree usted que la enfermedad puede venir a través del aire, la comida o el agua.	250	69.44	110	30.56
3.Cree usted que las personas de constitución fuerte no adquieren la enfermedad, hagan lo que hagan.	260	72.22	100	27.78

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 10

MEDIO DE COMUNICACION MAS FRECUENTE POR EL CUAL LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA ADQUIEREN INFORMACION DEL SIDA

MEDIO DE COMUNICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. RADIO	85	23.61
2. TELEVISION	120	33.33
3. PERIODICO	15	4.17
4. ENTRE LA GENTE	50	13.89
5. TODOS	83	23.06
6. NINGUNO	7	1.94
TOTAL	360	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se efectuó un estudio descriptivo en 360 mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal al Centro de Salud de la Cabecera de Escuintla durante los meses de febrero a mayo 1997.

Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de la población se encuentra comprendido entre las edades de 15 a 29 años lo que puede orientar a que las mujeres por su condición de embarazo tienen un inicio de vida sexual a esa edad; constituyendose en un factor de riesgo, coincidiendo con la epidemiología actual del SIDA en Guatemala en donde reportan que la edad de 15 a 40 años es más frecuente.

En referencia al estado civil fueron unidas en el mayor porcentaje, esto es común en nuestra sociedad y esta influenciada por factores culturales y sociales propios del país. El porcentaje de solteras tiene un factor de riesgo porque podrían tener contactos casuales con diferentes personas ya que no tienen ningún compromiso con una pareja estable; sin embargo el estado civil no influye como factor determinante para adquirir SIDA si no son las prácticas sexuales que tenga la pareja.

En relación a la ocupación el 89.44% son amas de casa, la situación económica es difícil para la mujer, esta se dificulta más al estar embarazada, no puede obtener un trabajo bien remunerado y además en nuestra sociedad el hombre es el que principalmente lleva el aporte económico a la casa, por lo que la mayoría de mujeres se dedica a los oficios domesticos en su hogar.

Se refleja un alto índice de deserción escolar, es importante observar la influencia que tiene en el conocimiento sobre SIDA la educación escolar, ya que el grupo de analfabetas no tenían ningún conocimiento y este va en aumento mientras mejoraba la etapa de estudio, por lo que sería recomendable que la información sobre esta enfermedad se divulgara en forma accesible de entender para este grupo de riesgo.

Las mujeres del area rural reflejaron un mayor desconocimiento sobre la enfermedad que las encuestadas del area urbana, puede influir en esto el acceso a los medios de comunicación y educación.

La mayoría de las mujeres tuvieron un conocimiento adecuado: ellas conocen los grupos de riesgo, saben que pueden contaminar a su hijo y que no deben de donar sangre. Sin embargo no todo el conocimiento respecto a la enfermedad es correcto, al hablar sobre la forma de transmisión un buen porcentaje piensa que se puede

contaminar por picaduras de mosquito y ademas que hay algún tipo de tratamiento, lo que es un factor de riesgo.

Referente a actitudes positivas el mayor porcentaje buscan ayuda, tienen la inquietud de colaborar en la prevención con educación en su comunidad para tener mejores conocimientos sobre SIDA. Se puede detectar que en la pareja la comunicación sobre el tema no es abierta para abordar un intercambio de ideas y opiniones entre ambos siendo un tabú en la sociedad guatemalteca, además existe un rechazo hacia las personas infectadas, pues no estan dispuestas a convivir con ellas y puede deberse a que no tienen claras las formas de transmisión. Las personas con actitudes negativas muestran indiferencia al problema, lo que puede causar mayor riesgo de exposición a la enfermedad.

En relación a las prácticas de acuerdo a lo expresado en la encuesta dialogada el mayor porcentaje no tiene relaciones fuera de matrimonio, no utiliza drogas intravenosas, a pesar de todo las mujeres dejan entrever que su pareja podría haber tenido contactos sexuales fuera de su relación matrimonial, es por ello que existe factor de riesgo, debido a que un 88% nunca ha utilizado preservativo en sus relaciones y según los reportes epidemiológicos 66.8% de contaminación por HIV es en personas heterosexuales. Con respecto a la información sobre SIDA durante el control prenatal un mínimo porcentaje les han informado sobre la enfermedad, ello es un factor de riesgo para este grupo por falta de educación en salud.

En lo que respecta a las creencias las preguntas fueron respondidas correctamente en su mayor porcentaje; sin embargo los "porque" de cada pregunta nos manifestaban parte de los conocimientos que tenían las mujeres, así como sus creencias. Erroneamente creian que Dios castigaba por la promiscuidad que existe en el mundo; que el aire, la comida y el agua pueden ser medios de transmisión por la contaminación por lo que no tienen bien definido las formas de transmisión.

En lo que se refiere a los medios de comunicación, la televisión es donde han obtenido mayor información, seguido por el radio y la unión de todos los medios de comunicación. Un pequeño porcentaje se han informado por el período, como era de esperarse son muy pocas las personas que se enteran por medios escritos porque no tienen acceso a ellos, tienen poca costumbre de leer o son analfabetas.

XII. CONCLUSIONES

1. La mujer embarazada en general se considera un grupo vulnerable para la adquisición de la infección por HIV a causa del comportamiento sexual de su pareja.

2. En relación al Conocimiento general sobre SIDA podemos concluir que es adecuado.

3. En cuanto a la forma de transmisión a pesar de tener conocimientos adecuados un buen porcentaje tiene creencias erróneas de formas de transmisión.

4. Las encuestadas del área rural tienen menos acceso a los medios de comunicación y educación lo que se refleja en mayor desconocimiento sobre el SIDA.

5. La escolaridad tiene relación en cuanto a los conocimientos actitudes y prácticas correctas esto mejoraba según la etapa de estudio a la que llegaron las encuestadas.

6. Las creencias, actitudes y prácticas están determinadas por los conocimientos.

7. Existe poca educación en salud sobre SIDA en el Centro de Salud a las mujeres que asisten a su control prenatal debido a que el 5.28% recibió alguna información.

XIII. RECOMENDACIONES

. Que el Ministerio de Salud Pública y ONG'S sobre el SIDA unen esfuerzos y recursos, implementando campañas educativas de prevención del SIDA con utilización más intensa de los medios de comunicación.

. Establecer programas de orientación y prevención sobre SIDA a los jóvenes, ya que sus actitudes y comportamiento de índole sexual no están firmemente establecidos.

. Educar a hombres y mujeres sobre los beneficios del uso del preservativo, corrigiendo conocimientos inadecuados aciendo énfasis en que su uso no implica infidelidad o duda en la pareja sexual.

. Concientizar de la importancia que tiene el tener contacto sexual con una sola pareja ya que las relaciones sexuales con muchas personas implica riesgo de contraer HIV.

. Que se implemente un programa de educación en salud sobre el SIDA durante el control prenatal para las mujeres embarazadas en el Centro de Salud de Escuintla a través de trabajo social y con la colaboración de los médicos de este Centro.

XIII. RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida "SIDA" constituye un serio problema de salud a nivel mundial ya que es una enfermedad que tiene una letalidad de un 100% y esta afectando a la población Guatemalteca. La edad más frecuentemente afectada es de 15 a 40 años encontrándose en edad reproductora la mujer por lo que la transmisión perinatal constituye un serio problema.

Este trabajo fue realizado en 360 mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud de Escuintla, las cuales fueron entrevistadas con una encuesta dialogada, podemos considerar que este grupo es vulnerable a adquirir la enfermedad por lo que reflejaron en los conocimientos, crerencias, actitudes y prácticas.
La escolaridad influye debido a que los conocimientos mejoraban según la etapa de estudio al que llegaron las encuestadas. Las creencias actitudes y practicas están determinadas por los conocimientos.

Se pudo observar que únicamente el 5.28% recibieron alguna información sobre la enfermedad durante su control prenatal.

Se concluye que es importante implementar programas de orientación y prevención tratando de ir mas allá de la sola información ya que se debe concientizar a la mujer sobre la influencia de su rol en la vida reproductiva y capacitándola para adquirir habilidades que la permitan tomar decisiones responsables y evitar las situaciones de riesgo.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Andrew. A Pediatric HIV Infection vol.80. number 6; Noviembre 1996. 1309-1329 p.

2. Arathon. E. Flores. Análisis de Factores Pronóstico de la Infección por VIH en una Clínica Ambulatoria de un País de C.A. Revista del Colegio de Médicos, vol. 4 No.1; 13-14 p.

3. Acción del SIDA Sección Latinoamenricana 1995; número 10; 9-11 p.

4. Analisis de Situación de Salud por Regiones. Guatemala 1992; pag. 79-75.

5. Blanca Samayoa. Impacto Socioeconómico de la Epidemia del VIH/SIDA en Guatemala. Revista del Colegio de Médicos oct-dic 1995; pag. 4.

6. Boletín Internacional sobre Prevención del SIDA; Oct-dic 1995; 9,10 p.

7. Bowen D.I., Faucy As. Inmunopathogenesis of the Acquired Inmunodeficiency Syndrome. Ann Inter. Med. 1985; 103 (5) 704-709 p.

8. CONADISA. Guía para Detectar la Infección por VIH. Folleto Mimiografiado. Guatemala 1990; (2) 20 p.

9. CONADISA. Guía para Detectar Infección por VIH . Folleto mimiografiado. Guatemala 1990; (2) 161 p.

10. Curran J.W. M. Organ, et al. The Epidemiology of AIDS ; Current Status and Future Prospect. Science 1985; 229; 135-37 p.

11. David Pomerantz. Kaplen J. Pathogenesys of Infection with Human Inmunodeficiency virus. V. Eng. J. Med. 1987: 317 (5) 278-85 p.

12. Emmanuel B. Walter MD. MPH. Pediatric Infection. Dis. J 1995: 14; 376-81 p.

13. Faucy As. Human Inmunodeficiency Virus. Infectivity and Mechanisms of Pathogenesis Science. 1988; 239; 617-22.

14. Flores Miedema y colaboradores. Identificación de factores de Riesgo en Guatemala; junio-sept. 1994; 4 p.

15. Gee Gayling. Moran Theresa: AIDS Concepts in Nursing Practice 1988; 421 p.

16. Jawetz Ernest, et al. Microbiología Médica. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 12 ed. 1987; 555-60 p.

17. Lancet. 1996; vol. 28 Número 5: 10-11 p.

18. Lifson, AR et al. The Natural History of Human Inmunodeficiency Virus. J. Inf. Dis 1988; 158 (6) 1360-66.

19. Nelson. Tratado de Pediatría. 14 edición; vol. I: 1017-1020.

20. Organización Panamericana de Salud, Prevención del SIDA Mediante Educación. Boletín Epidemiológico; junio 1988; 104 (6) 390-401.

21. Organización Mundial de la Salud "Día Mundial del SIDA". Folleto Mimiografiado. 1991; 6 p.

22. Population Reports. Serie 1; número 6; Abril 1987; 2-9 p.

23. Revista del Colegio de Médicos. Oct-Dic 1995; 4-16 p.

24. Saroj. S. Bakshi. Pediatric Infection. 1995; 14; 658-62 p.

25. Stites D. et al Inmunología Básica y Clínica. Enfermedades de Inmunodeficiencia. 6a. ed; 1988; 346-53 p.

26. Toledo L. José A. SIDA Actualización de un Problema Contemporáneo. Guatemala, AGAYC, 1992. p. 103.

27. Van de Pere P. et al. Survey of Hospital Personnel on the Understanding of AIDS. Am. J. Infect Control. 1986 (2) 60-63 p.

28. Wafa El Sadr. Early HIV. Infection in Infants and Children. Journal of the Physician Association for AIDS Care. Jan 1994. 6-7 p.

29. Wilson J.D. et al Harrison's Principies of Internal Medicine. Disorders of the Inmune System, Connective Tissue, and Joints. 12th ed. 1991; 1402-10 p.

30. Wong Staal, et al. Human Inmunodeficiency Virus; The eight Gene. AIDS Res. Hum. Retrovirol; 1989; 3; 33-39 p.

31. Wyngaarden y Smith. Tratado de Medicina Interna. Cecil. 18a ed. 1983-93 p.

XV. ANEXOS

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS CREENCIA ACTITUDES PRACTICAS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL

EDAD_____

ESTADO CIVIL: a. soltera b. casada c. unida
d. divorciada e. viuda

OCUPACION_____

VIVE EN AREA a. rural b. urbana

ESCOLARIDAD a. analfabeta b. primaria completa
c. primaria incompleta d. secundaria completa
e. secundaria Incompleta f. diversificado

1. Sabe usted que es la enfermedad del SIDA.
   a. Una enfermedad incurable
   b. Una enfermedad que lleva a la muerte
   c. Una enfermedad que se transmite a otra persona
   d. Todos los anteriores
   e. No sabe

2. El SIDA se transmite por:
   a. Tener relaciones sexuales con muchas personas.
   b. Transfundir sangre contaminada
   c. Usar jeringas que están usadas
   d. Todas las anteriores
   e. No sabe

3. En que grupo de los que le mencionaré a continuación es más frecuente el SIDA:
   a. Personas que tienen relaciones intimas con otra del mismo sexo. (homosexuales).
   b. Drogadictos que se inyectan
   c. Prostitutas
   d. Todos los anteriores
   e. No sabe

4. Considera usted que las picaduras del mosquito nos podría contaminar con el virus del SIDA. SI___ NO___
   PORQUE_____

5. Una mujer embarazada, infectada por el virus del SIDA, puede contaminar a su hijo durante el embarazo o el parto. SI___ NO___ NO SABE_____

6. Si usted supiera que está infectada con el virus del SIDA donaria sangre?
   SI___ NO___ NO SABE_____

7. Si usted estuviera enferma de SIDA, que utilizaría para curarse? _____

8. Cree usted que la enfermedad del SIDA es un castigo de Dios? SI ___ NO ___
   PORQUE _____

9. Cree usted que la enfermedad puede venir a través del aire la comida o el agua? SI _____ NO _____

10. Cree usted que las personas de constitución fuerte no adquieren la enfermedad, hagan lo que hagan, y esto se puede transmitir a otras personas por medio de las relaciones intimas? SI _____ NO _____

11. Si usted estando embarazada adquiere el virus del SIDA, Y nace su hijo con SIDA, que haría?
Llevarlo al hospital_____ Abandonarlo_____ Matarlo___
PORQUE_____

12. Si usted estuviera contaminada con el virus del SIDA le daría de mamar a su hijo. SI_____ NO_____ PORQUE _____

13. Podría convivir en casa donde hay una persona con SIDA.
SI_____ NO_____ PORQUE_____

14. Le daría la mano o un beso a una persona con SIDA.
SI_____ NO_____ PORQUE_____

Han hablado alguna vez con su conyugue o conviviente sobre el SIDA.
SI ___ NO___ PORQUE_____

16. Si usted sabe que su esposo tiene SIDA tendría relaciones sexuales con él. SI ___ NO___ PORQUE_____

17. Su esposo alguna vez ha usado ó utiliza el condón:
SI_____ NO_____

18. Ha tenido relaciones sexuales fuera de su matrimonio:
SI_____ NO_____

19. Ha tenido relaciones sexuales con drogadictos.
SI_____ NO_____

20. Ha utilizado o utiliza drogas intravenosas:
SI_____ NO_____

21. Ha tenido en los últimos 5 años; usted; usted o su esposo, alguna enfermedad de transmisión sexual.
SI_____ CUAL_____ NO_____

22. En qué medio de comunicación ha oído hablar más sobre prevención del SIDA.

a. Radio b. Televisión c. periódico
d. entre la gente e. Todos f. Ninguno

23. Le han hablado durante su control prenatal lo que es el SIDA.
SI_____ NO_____

24. Considera que durante su control prenatal sería recomendable que le hablarán más a fondo sobre el SIDA. SI___ NO___ PORQUE_____

25. Si le dieran una capacitación sobre el SIDA durante su control prenatal en el Centro de Salud, estaría de acuerdo con ser una promotora de prevención en su comunidad.
SI_____ NO_____ PORQUE_____