

Producto final de la Investigación sobre *Perspectiva de Género para conocer las necesidades de atención a la salud sexual y reproductiva en mujeres con Vih, y mujeres que viven con hombres con Vih*

Contrato No. ES-002-2013

Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres y VIH

**Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud
Reproductiva**

Secretaría de Salud

Diciembre, 2013

AUTORA:

Dra. Ana Amuchástegui Herrera

CON LA COLABORACIÓN DE:

Dra. Andrea González Rodríguez, Dr. Ubaldo Ramos Alamillo,
Dr. Carlos Cruz Palacios, Dr. Jesús Casillas Rodríguez, Mtra.
Guadalupe Cruz Páez, Dra. Teresita de Jesús Cabrera López,
Dr. Hamid Vega

AGRADECIMIENTOS:

Autoridades y Personal de:

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida
- Clínica Especializada Condesa
- COESIDA/CAPASITS de Cuernavaca
- COESIDA/CAPASITS de Oaxaca
- Programa Igualdad de Género en Salud en Oaxaca

Dra. Erica Sandoval Rebollo

Lic. Lina Herrera Martínez Negrete

Jonathan López Florencio

Apoyo:

Brenda Espín Rubio

Luis Azúa Martínez

Las mujeres y el VIH en México

En nuestro país una de cada cuatro personas que vive con VIH es mujer. Si bien la prevalencia en la población general de mujeres es baja (0.2%), se calcula que a finales de 2009 *aproximadamente 50,000 de ellas vivían con VIH* (CENSIDA, 2009a) y los casos siguen aumentando de manera constante: mientras que en 1985 se reportaban 11 hombres infectados por cada mujer, en 2009 la razón se había reducido a 4 por una (CENSIDA, 2009b). De ellas, más del 95% lo adquirieron por relaciones heterosexuales.

Sin embargo, la epidemia no se distribuye de manera homogénea entre las mujeres del país, Por ejemplo, los estados que concentran el mayor número de casos son el Distrito Federal, el Estado de México, Veracruz y Jalisco, en zonas rurales la transmisión heterosexual es más frecuente que en las ciudades (Magis, Bravo, et.al., 2008), y la razón de infección hombre/mujer es menor entre las jóvenes.

Si bien biológicamente cualquier persona que mantenga relaciones sexuales desprotegidas puede adquirir el VIH, existen “especificidades del riesgo” (Dworkin, 2013), es decir, no todas las mujeres están igualmente expuestas, pues la diversidad de condiciones socio-económicas, étnicas y culturales afectan esta probabilidad. Es decir, las capacidades tanto de prevención como de respuesta a la infección por VIH no son las mismas, por ejemplo, para mujeres urbanas de altos ingresos que para jóvenes indígenas residentes en comunidades de alta marginación: *desigualdades asociadas a la clase social, la discriminación por raza, la edad, la orientación sexual y la discapacidad determinan tales posibilidades.*

El hecho de que el 90% de las infecciones por VIH en el mundo sucedan en países llamados en desarrollo es evidencia de que las estructuras socio-económicas, culturales y políticas determinan el riesgo (la probabilidad de que una persona contraiga VIH) y la vulnerabilidad (las condiciones sociales que facilitan o permiten impedir la infección) (Rao Gupta, Parkhurst, Ogden et.al., 2008). Aunque en México no existen suficientes datos para afirmar que las mujeres que viven con VIH son en su mayoría pobres, es un hecho que aquéllas que llegan a las instituciones públicas de salud son las más desprotegidas.

Según algunos análisis de la epidemia (Torres, 2010) las mujeres que se encuentran en mayor riesgo son:

- Mujeres seronegativas parejas de hombres positivos al virus
- Parejas de:
 - Militares

“Tenía yo que estar con lo de mis bebés, con mi casa y mi trabajo y todo, yo lo que quería era salir del hospital e irme a dejarlos o encargarlos o lo que tenía que hacer e irme a trabajar porque si no con qué les daba yo de comer o iba yo a perder el seguro para que atendieran a mis hijos. Nosotras como mujeres tenemos que ser madres, padres, sirvientas, niñeras, cocineras, todo, hasta jardineras”.

Leticia, 41 años, 4 años de diagnóstico, primaria incompleta, 6 hijos, empleada doméstica.

- Reclusos
- Usuarios de drogas inyectables
- Migrantes
- Trabajadoras del sexo comercial (especialmente si usan drogas inyectables)
- Usuaris de drogas
- Reclusas
- Mujeres migrantes

Lo anterior indica que el riesgo de infección para la mayoría de las mujeres no tiene tanto que ver con sus propios comportamientos sexuales como con los de sus parejas masculinas, es decir, con la actividad sexual de hombres que viven con VIH y que pudieron haber contraído el virus por actividad homosexual (grupo que presenta los más altos niveles de VIH en el país) (Kendall, 2009).

Es por ello que *para las mujeres mexicanas uno de los factores de riesgo son las relaciones desprotegidas con una pareja estable –lo cual se agudiza en zonas rurales-* (Hirsch, Meneses, Thompson, et al, 2007). En este sentido, el hecho de que al inicio de la epidemia se difundiera la noción de que estaba circunscrita a llamados “grupos de riesgo” –mismos que a su vez han sido históricamente estigmatizados- como hombres homosexuales, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables propició en gran medida que las mujeres que no se identifican con tales grupos no adviertan el riesgo de contraerlo.

“Pues antes de eso no, o sea, yo casi siempre nomás decía ‘no, los homosexuales’, a los que de plano no le gustan las mujeres, pero no sabía que existían bisexuales, ahora sí lo que son bisexuales, pero antes de eso no, y mucho menos que yo tuviera uno en mi casa, menos, jamás”.
Sundury, 46 años, pareja actual negativa, un hijo negativo, 13 años de diagnóstico, estudios profesionales incompletos, ama de casa.

Estas circunstancias se apoyan en un orden social de género que organiza las relaciones dentro de las parejas, familias, comunidades e instituciones, incluyendo las interacciones sexuales. El género como estructura social determina diferentes posibilidades de prácticas sexuales y por tanto de riesgo de infección para hombres y mujeres. Por ejemplo, mientras que a ellas las marca con la obligación de heterosexualidad y fidelidad, de trabajo doméstico y de cuidado de otros, así como con la dependencia de sus parejas (económica, emocional y/o social), de los hombres se espera –e inclusive se presiona- a la existencia de múltiples parejas sexuales, como supuesto indicador de masculinidad. Si bien estas normas de género no se cumplen inequívocamente, de hecho el empeño social en mantener la *ficción* de la fidelidad conyugal y en evitar la discusión sobre la realidad de las prácticas extramaritales, constituye un elemento que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres al VIH: la práctica de la monogamia unilateral no es una medida de protección. En ese sentido, el sexismo y la homofobia imperantes en la cultura sexual

mexicana constituyen motores poderosos para el crecimiento de la epidemia (Liguori y Lamas, 2003).

En efecto, la vulnerabilidad de las mujeres está directamente ligada con la de sus parejas masculinas. Además de la pobreza, exclusión y violencia que muchos de ellos mismos viven, las ideas dominantes sobre masculinidad dan forma al riesgo de infección de los hombres heterosexuales, dado que con frecuencia los impulsan a tener comportamientos de riesgo, como prácticas sexuales ocasionales bajo el efecto de drogas y alcohol, y a mantener ideas de invulnerabilidad, además de sostener una relación de extrañeza con su salud y su cuerpo (De Keijzer, 1997). Más aún, el estigma que marca al homoerotismo masculino en nuestro país dificulta considerablemente que los hombres que llevan a cabo estas prácticas reconozcan su deseo homosexual –sobre todo cuando se experimenta de manera ocasional-, y por consiguiente el propio riesgo de infección y al que exponen a sus parejas mujeres. Es menos esperable aún que lo discutan con ellas, a veces a pesar de conocer su diagnóstico. Es por ello que se estima que muchas mujeres que viven con VIH no lo saben, ya sea porque su pareja desconoce su status serológico o porque se los ha ocultado.

Por otro lado, la exposición de las mujeres a la violencia es un factor de gran importancia para configurar el riesgo de que adquieran VIH (ONU, 2013). Además de los ámbitos públicos donde se ejerce (laboral, escolar, en la vía pública, etc.), la violencia en parejas heterosexuales es una de las más significativas en términos numéricos. En un estudio realizado en 2011, 41.6% de las mujeres reportaron haber sufrido alguna forma de violencia por parte de sus parejas. La violencia de tipo emocional es la que reportan mayormente (40.6%), después la económica (23.8%), enseguida la física (13.5%) y, por último, la sexual (7.3%). Las mujeres que se encuentran separadas o divorciadas reportan mayor violencia (64%), en comparación con las unidas, casadas y viudas (Casique y Castro, 2012). Sin embargo, esto no significa que el matrimonio o la unión sean un factor de protección, puesto que muchos actos violentos de los hombres en el ámbito doméstico gozan de cierta aceptación social, de modo que dificultan a las mujeres su defensa o resistencia ante ellos. Más allá de estos factores culturales, las estructuras socioeconómicas que favorecen la dependencia de las mujeres y sus hijos, configuran un escenario que limita considerablemente su autonomía, inclusive física. Esto adquiere mayor sentido en sociedades como la mexicana, donde el matrimonio o la unión ofrecen un estatus social relevante a las mujeres y de la cual se espera una larga duración. La violencia

“Cuando uno pide protección [condón] y no la quieren tener que porque no es lo mismo, no es la misma sensación, no es el mismo gusto... eso me decía mi ex marido. Y no quería. Yo me separé de él porque me golpeaba mucho, me maltrataba mucho y por eso me separé cuando mi bebé tenía dos meses porque dije ‘hasta aquí’... si antes no me separé porque tenía mis dos hijos y decía yo ‘¿cómo los voy a mantener?’ , entonces él se llevó al mayor y yo me quedé con los dos chicos y dije ‘¿cómo los voy a mantener?’ y los mantuve”.

Maricela, 44 años, casada con un hombre negativo, 13 años de diagnóstico, bachillerato incompleto, dos hijos, ama de casa.

ejercida por los hombres en parejas heterosexuales reduce la posibilidad de las mujeres de rechazar encuentros sexuales no deseados, y de negociar con éxito la protección, especialmente el uso de condón, el cual depende estrictamente de la anuencia del varón.

Esta ausencia de control por parte de las mujeres para poder prevenir la infección se expresa también en el hecho de que solicitar el condón implica una declaración tácita o explícita de desconfianza hacia la pareja, lo cual en relaciones basadas en el amor, por ejemplo, introduce una distancia indeseable, mientras que en vínculos más contractuales puede también exponerlas a la acusación de infidelidad y, por ende, al riesgo de ser violentadas.

Este panorama indica que la respuesta a la epidemia en la población femenina requiere enmarcar la idea del *riesgo en tanto conducta* dentro de un enfoque de *vulnerabilidad social, política y cultural* que atienda a las formas específicas y diferenciales que ésta adquiere en hombres y mujeres, de modo que se instrumenten intervenciones estructurales que busquen transformar aquellos factores que afectan el comportamiento sexual, y no sólo pretender modificar el comportamiento mismo.

En este contexto, el trato eficiente y amable en los servicios públicos de salud puede colaborar por sí mismo en la construcción social de un reconocimiento de las mujeres como sujetos y puede fungir como plataforma para promover la autonomía y autoridad para decidir sobre sus propias vidas, por lo que el papel del personal médico en este proceso es crucial.

“Como nunca se platicaba de eso, ni menos en la escuela, menos en la casa. En una ocasión lo vi en la televisión, de que el VIH tomaba exposición en la vida, pero nunca me imaginé que a mí me iba a tocar, ¿no? y más que decían que nada más les pasaban a los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces yo dije: ‘nunca, nunca’, nunca me imaginé que iba a estar en estas condiciones.” dice Magali, cuya pareja al año de conocerla cayó muy enfermo y fue detectado con VIH, poco antes de que ella conociera su diagnóstico. No obstante su situación, ella decidió apoyar y cuidar a su pareja y trasladarlo a un albergue, donde falleció al poco tiempo. Magali se enteró de boca de su pareja acerca de su bisexualidad, quien al ser cuestionado en consulta médica lo admitió. Magali tuvo un bebé de esta relación, quien falleció al nacer con VIH. Actualmente no tiene hijos, pues decidió ligarse por recomendación de los médicos. Hoy en día tiene 39 años y vive en un pequeño municipio rural con su actual pareja, un ex compañero de secundaria que conoce su diagnóstico y “me acepta”, y con quien mantiene relaciones sexuales protegidas.

Información Básica sobre VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana conocido por sus siglas como VIH, pertenece a la familia de los retrovirus, afecta al sistema inmunológico - específicamente a los linfocitos T o células CD4-. Si la infección no se trata, evoluciona hacia lo que conocemos como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), que se caracteriza por un daño inmunológico severo, infecciones oportunistas y algunos tipos de cáncer (Cornejo, Volkow y Mohar, 2008)

El diagnóstico temprano es fundamental para evitar que las personas acudan en etapa de SIDA a las instituciones de salud.

¿En qué secreciones se encuentra el virus?

El VIH se encuentra en algunas secreciones como:

- Líquido pre-eyaculatorio
- Semen
- Secreciones vaginales
- Sangre
- Leche materna
- Líquido amniótico
- Líquido ceforraquídeo
- Líquido pleural

Debemos recordar que no todas las secreciones significan un riesgo para la transmisión del virus, como es el caso de la saliva, sudor, heces y orina.

¿Cuáles son los mecanismos de Transmisión del Virus?

Debido a que el virus está presente en las secreciones previamente descritas, los mecanismos de transmisión están relacionados con la exposición a estas secreciones.

Si una persona vive con VIH y se encuentra en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable, el riesgo de transmisión disminuye, sin embargo las prácticas sexuales deben ser protegidas para evitar mayor exposición al riesgo y evitar adquirir alguna ITS (Agboghroma, 2011)

El VIH se transmite por:

- Tener prácticas sexuales desprotegidas por recto, vagina y boca con una

persona que tiene el virus y desconoce su estado serológico

- A través de la leche materna al alimentar al recién nacido al seno materno, cuando la mujer desconoce si tiene el virus
- Por compartir agujas y jeringas de personas con VIH cuando se desconoce su estado serológico
- Transfusiones de sangre o sus derivados cuando no son analizadas para estas pruebas.
- Prácticas sexuales orales.

El riesgo se incrementa si además hay soluciones de continuidad como desgarros, fisuras, heridas, infecciones de transmisión sexual en la mucosa rectal, vaginal u oral.

¿Cómo se manifiesta clínicamente la infección?

Los síntomas de la infección por VIH varían dependiendo del estadio en el que se encuentre. En la fase aguda de la infección, que inicia en el momento que ocurre la transmisión, el virus se disemina por el organismo. En un lapso de días el virus afecta los ganglios linfáticos y ocurre un ciclo de replicación viral (Ruiz, 2008). El tejido linfoide asociado al intestino es uno de los sitios iniciales donde ocurre la replicación viral. En este momento los síntomas son escasos y pueden manifestarse como fiebre, cefalea, astenia, adinamia, etc.

A medida que la infección va evolucionando el deterioro del sistema inmune va siendo mayor de tal manera que los síntomas como fiebre, baja de peso, astenia, adinamia, ataque al estado general, diarrea y tos pueden aparecer.

Si una persona no es diagnosticada, la infección sigue evolucionando: se produce mayor deterioro del sistema inmune y entonces aparecen las llamadas infecciones oportunistas como tuberculosis, meningitis, neumonías, algunos tipos de cáncer como sarcoma de Kaposi, entre otros. En esta etapa encontramos ya un sistema inmunológico deteriorado que es responsable de la presentación de estos problemas. Esta etapa se conoce como SIDA y es la etapa crítica de la evolución de la infección por VIH.

¿Cuáles son los parámetros inmunológicos y virológicos para el control de la Infección?

El control de la infección por el VIH se realiza a través del conteo de los Linfocitos T CD4 (número de células inmunes que tiene una persona) y a través de la carga Viral (el número de virus detectables en sangre). El objetivo del tratamiento antirretroviral consiste en mantener la Carga viral indetectable (que no se detecten

virus en sangre) y en aumentar lo más posible el número de linfocitos TCD4. Niveles indetectables de virus y niveles altos de linfocitos T CD4 evitarán infecciones oportunistas que se reflejarán en la calidad de vida de las personas. La utilidad de realizar esta determinación cada 4 o 6 meses es que permitirá al médico evaluar el resultado al tratamiento antirretroviral.

¿Por qué es importante adherirse al tratamiento antirretroviral?

El VIH es un virus que tiene la capacidad de mutar, de tal manera que cuando una persona suspende la toma de los medicamentos antirretrovirales o los toma de manera inconsistente y omite dosis, el virus genera lo que llamamos resistencia. Para demostrar la resistencia se realiza un estudio llamado genotipo, en el que se identificará a cuáles fármacos el usuario es resistente. La resistencia a los medicamentos antirretrovirales condiciona un problema muy serio, toda vez que entonces tendrán que realizarse estudios para evaluar el cambio del esquema de tratamiento antirretroviral completo. Cuando la persona no es adherente al tratamiento antirretroviral es recomendable posponerlo y solicitar una interconsulta al servicio de salud mental quien puede apoyarle para trabajar esta situación.

“Su primera preocupación son los hijos y quieren mantenerse con vida para cuidarlos, sobre todo si tienen VIH o alguna discapacidad, su angustia principal es no poder cuidarlos. Las mujeres tienen más adherencia al tratamiento que los hombres por la cuestión de la maternidad”.

Psicóloga, CAPASITS

¿Cómo se previene la infección?

- Es recomendable el uso constante y consistente del condón durante cada práctica sexual penetrativa ya sea anal, vaginal u oral
- Profilaxis antirretroviral (CENSIDA, 2012)
- Tratar las infecciones de Transmisión Sexual
- Información veraz en relación al VIH/ITS
- Educación sexual

Consejería en Mujeres y VIH

¿Qué es la consejería?

Es un proceso breve, focalizado, dirigido y cara a cara, en el cual se asesora y se informa a una persona sobre un tema específico. Es un proceso de intercambio, en el que los sentimientos, pensamientos y actitudes se expresan, se exploran y se aclaran dudas.

En la consejería de VIH en mujeres se considera la situación personal de cada una, explorando lo que piensa y siente sobre la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual que pueden estar presentes, así como sus inquietudes, dudas y miedos. Conociendo estos elementos podremos disponer de directrices para realizar intervenciones de acuerdo con las necesidades de la mujer y para darle la información que requiera, favoreciendo así la toma de decisiones libres, conscientes e informadas acerca del riesgo y el padecimiento.

En un estudio realizado durante 2012, se reporta que las pacientes de VIH registradas en el Instituto de Nutrición, describen como causas del retraso en la atención (de 3 meses a dos años), entre otras, cuidado del esposo hasta su fallecimiento, dificultad de acudir a realizar trámites que no saben cómo hacer o que requieren mucho tiempo, y ausencia de mecanismos de seguimiento por parte de la institución. En este estudio sobresale el hecho de que a ninguna de las 12 mujeres entrevistadas se les ofreció la prueba de VIH durante sus embarazos (Martin-Onraet, González, Guerrero, et al, 2012).

La consejería estará encaminada a:

Explicar y detallar la información sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual, de acuerdo con los datos científicos actualizados.

- Explicar los mecanismos de transmisión del VIH
- Detallar el significado de CD4 y de Carga Viral
- Resaltar los beneficios de iniciar el tratamiento antirretroviral en el momento oportuno y la adherencia al mismo.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de iniciar tratamiento antirretroviral a mujeres que decidan embarazarse
- Explicar el beneficio de la profilaxis antirretroviral en el recién nacido y de la periodicidad de las pruebas de detección de acuerdo con los lineamientos establecidos en la NOM-010-SSA-2010
- Informar sobre la gratuidad y disponibilidad de los tratamientos antirretrovirales, así como de los centros que dan atención sobre salud sexual y reproductiva.
- Eliminar los mitos acerca de la transmisión del VIH y de las ITS.
- Proponer alternativas de cuidado en salud sexual y reproductiva.
- Informar sobre sus derechos.

Las posibilidades de las mujeres para ejercer los propios derechos dependen de muchas condiciones, entre otras:

- Instituciones sociales que reconozcan en palabra y acto la titularidad de las ciudadanas, por ejemplo, que se haga efectivo el derecho al acceso a servicios médicos y tratamiento por el VIH/SIDA.
- La existencia de un sujeto que se reconozca titular y pueda exigir tales derechos.

En el caso de muchas mujeres mexicanas- ciertamente de las que llegan a los servicios públicos de salud-, las condiciones para el ejercicio de sus derechos son insuficientes. De inicio, en el país no se ha desarrollado suficientemente una cultura ciudadana que les permita conocerlos y los mecanismos institucionales para ejercerlos. Para continuar, la precariedad material y cultural se suma a nociones de género que no reconocen la existencia de las mujeres como sujetos de autonomía. En diversos estudios se ha encontrado que, debido a las prescripciones culturales asociadas con ser mujer, con frecuencia ellas subordinan sus necesidades y deseos a los de su grupo social inmediato, de modo que el sentido de tener derechos depende de si consideran haber cumplido esa obligación. Es frecuente que las mujeres hablen de sus derechos (como por ejemplo, el derecho al libre tránsito, a recibir servicios de salud o a decidir sobre su reproducción) como algo que se gana con el esfuerzo, el trabajo o inclusive por la violencia sufrida, y no como algo de lo que se debe gozar simplemente por ser ciudadanas (Rivas, Amuchástegui y Ortiz-Ortega, 1999). Sin embargo, esto no significa que renuncien a buscar estrategias de resistencia para llevar a cabo sus metas, aunque éstas se vean postergadas o dificultadas por un cúmulo de condiciones adversas.

*DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES APLICABLES AL VIH/SIDA
(CNDH, 2012 y Medilex, 2006)*

Derecho a la igualdad (Art. 1º constitucional)

- *Hombres y mujeres son iguales ante la ley (se reconoce la necesidad de llevar a cabo medidas específicas para promover la igualdad de las mujeres)*

Derecho a la no discriminación

- *Ninguna mujer debe ser objeto de discriminación (laboral, educativa, de tránsito, de vivienda, en servicios médicos, etc.) por su sola condición de género y seropositividad*
- *La prueba del VIH no puede ser requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio o participar en instituciones educativas.*

Derecho a la protección de la salud:

- *A someterse a la prueba de VIH si así lo desea*
- *A que los resultados sean manejados de forma confidencial y entregados de forma individual por personal capacitado*
- *A que no se divulguen ni se comuniquen los resultados a terceras personas y al manejo confidencial del historial médico*
- *Acceso a consejería sobre lo que significa vivir con el VIH*
- *Acceso a tratamientos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas*
- *Gratuidad de estudios clínicos básicos y complementarios*
- *Prestación de atención médica libre de estigma y discriminación*
- *Acceso a servicios médicos especializados, como el de ginecología.*

Derecho a la información

- *Derecho a recibir información científica, adecuada y suficiente relativa al VIH/SIDA, con respeto a su dignidad, y sobre las instituciones que brindan atención especializada*

Derecho de petición

- *Obligación de las autoridades a dar respuesta por escrito y en breve término a las solicitudes hechas por los particulares*

¿Cómo realizar la Consejería de VIH para Mujeres?

Para establecer una buena relación con la mujer para favorecer la comunicación, se sugiere:

- Saludar de mano a la usuaria y recibirla con cordialidad.
- Llamar a la usuaria por su nombre
- Comunicarnos sencilla y coloquialmente con ella
- Favorecer un ambiente tranquilo y relajado que permita un clima de confianza
- Averiguar el motivo de visita con preguntas como: “¿en qué le puedo servir?, ¿en qué le puedo ayudar?”

Con estos elementos la persona que realiza la consejería podrá clarificar la problemática por la que está pasando la mujer, saber cuándo y cómo intervenir, conocer el tipo de información que va a proporcionar y delimitar las alternativas para la solución de los problemas motivo de consulta.

¿Cuáles son las características de la Consejería?

- Objetiva. La consejería busca solución a las situaciones reales de la usuaria, no en respuesta a las inquietudes o necesidades de quien realiza la consejería.
- Cara a cara. El proceso de la consejería requiere de un encuentro personal para generar confianza que permita obtener información necesaria para la intervención que requiere la usuaria.
- Confidencial: Garantía de que la información proporcionada no se dará a conocer a ninguna persona, incluyendo familiares. Por lo que la usuaria puede sentirse segura para identificar y hablar sobre sus pensamientos, actitudes y comportamientos.
- No Condenatoria. La persona que realiza la consejería debe asumir una actitud que no condene el estilo de vida de la usuaria, es decir, mantener excluidos del proceso sus valores, actitudes y opiniones propias, aceptando y respetando a la otra persona.
- No directiva. La consejería es un proceso que no da opiniones ni consejos, más bien facilita el darse cuenta, para que la usuaria llegue a tener una mejor comprensión de la situación.

¿Qué características debe tener la persona que realiza la Consejería?

Es importante que la persona que realiza la consejería tenga ciertas cualidades que contribuirán a facilitar el proceso, tales como:

- Empatía: Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entendiendo lo que la otra persona pueda estar sintiendo.
- Respeto: Aceptación en todo momento de lo que expresa, piensa y sienta la otra persona, sin juicio alguno sobre la manera de vivir su vida.
- Honestidad: Decir siempre la verdad a la usuaria sobre su situación real, evitando minimizar los hechos para no generar falsas expectativas.
- Tolerancia: Aceptar a las personas en su forma de pensar, sentir y actuar.
- Sensibilidad: Es la capacidad de sentir y vivenciar las emociones y sentimientos que genera el otro (ternura, tristeza, enojo).
- Discreción: Reservar la información que se le confía.

Comunicación con las Usuarías

¿Por qué debemos mostrar interés en la Usuaría?

Porque entonces ella podrá hablar y confiar, facilitando una intervención con mejores resultados, por lo que es importante que la persona que realiza la consejería cuide el lenguaje corporal propio, por la información que de esta manera se puede recibir o transmitir.

Uso eficaz de preguntas

A través de preguntas eficaces se fomenta y estimula la exploración de sentimientos, pensamientos y actitudes; por lo que al estar con la usuaria es importante realizar:

- Preguntas abiertas
- Sólo una pregunta a la vez
- Evitar preguntas cerradas de sí o no
- Evitar preguntas que empiecen con por qué...

¿Cómo es la escucha activa?

- Prestar atención a lo que dice la usuaria y a la manera en que se dice
- No pensar en lo que vamos a responder, sino mostrar interés en lo que la usuaria está diciendo en cada momento.

*“Algo que me gusta mucho de mi doctor es que sabe oír, a lo mejor ocupa su tiempo ¿no?, que puede ser para otro paciente, pero tiene eso, oír a uno. Entonces él me dice ‘mire, no se estrese, llévese las cosas con calma, todo tiene solución’. Para mí es muy reconfortante que mi médico me escuche y tengo la suficiente confianza con él para decirle ‘pues ay doctor, fijese que tuve este disgusto con mis hijos, pasó esto, pasó el otro’ y me dice ‘mire, usted tranquila, todo tiene solución’ y ya. O sea, hay una disposición de él.
Ana, 37 años, 4 hijos negativos, empleada doméstica, 2 años de diagnóstico.*

- Repetir de vez en cuando lo que hemos oído y preguntarle si lo estamos entendiendo correctamente, así ella sabrá que comprendemos lo que ha dicho.

Uso apropiado del silencio

El silencio brinda a la usuaria una oportunidad para:

- Reflexionar
- Explorar una idea
- Integrar información nueva
- Contactar sus emociones y sentimientos.

Es importante que aún siendo incómodo para la persona que realiza la consejería, no se interrumpa el silencio.

Suministro de información

La información deber presentarse con las siguientes características:

- Clara, sencilla y de fácil comprensión
- Concreta, sólo lo que la usuaria necesite saber
- Suficiente
- En el momento oportuno
- Basada en evidencia

Es común que una vez que las mujeres conocen su diagnóstico, se enfrenten a una serie de dificultades para lograr una red de apoyo, tan necesaria para el cuidado de la salud y la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con VIH. Ante todo, la comunicación del mismo se vive con temor de ser rechazadas, primero que nada por la familia inmediata. De hecho, y en sintonía con la cultura de género dominante, no es raro que si ambos miembros de la pareja son positivos, se le acuse a ella de haber mantenido relaciones sexuales extramaritales y por tanto de infectar al compañero. Sin embargo, y a pesar de una reacción inicial de reserva, muchas mujeres entablan nuevas y satisfactorias relaciones de pareja, inclusive con hombres cuyo status es seronegativo. En este contexto, la prevención es crucial para ambos miembros de la pareja.

¿Qué información se debe proporcionar en la Consejería para las Mujeres con el VIH?

Es importante reforzar día a día la información, los cuidados generales, indicar las medidas de autocuidado, y resolver las dudas que surjan en las mujeres con el VIH en relación con el padecimiento y su salud sexual y reproductiva. Esta información se dará de acuerdo con las recomendaciones internacionales y atendiendo las necesidades de cada mujer.

Habrán mujeres a quienes se les dificulte comprender la información que proporcionamos, por lo que se debe ser paciente y utilizar un lenguaje sencillo, esto nos permitirá explicar lo no entendido y disipar las dudas.

Las mujeres con VIH, sin síntomas, con un diagnóstico reciente de infección, en ocasiones se niegan a reconocer su estado, probablemente por el temor al rechazo, al estigma y a la discriminación. En este caso el apoyo psicoterapéutico será de

utilidad para resolver sus miedos, y angustias y para favorecer las condiciones emocionales para el inicio de tratamiento antirretroviral.

El temor al personal de salud puede ser un obstáculo para que las mujeres expongan sus dudas, por lo que generar confianza, tratarlas con respeto y cordialidad, creará un ambiente favorable para brindar la atención.

¿Qué hacer cuando se le comunica el diagnóstico de VIH a una mujer?

Dentro de los factores de vulnerabilidad habituales en una mujer que se detecta con VIH son: baja escolaridad, ocupación sin remuneración económica (ama de casa), madre de al menos dos hijos, antecedente de violencia física, psicológica, económica y/o sexual por parte de la pareja que transmitió la infección, detección tardía de la infección, entre otros aspectos. Las pérdidas familiares que una mujer con VIH enfrenta al momento del diagnóstico no son poco frecuentes, incluso, pueden llegar a saberse con la infección justo después del fallecimiento de la pareja estable o del hijo que desarrolla sida en el transcurso de su primer año de vida (Population Council, 2008). Todas estas características son de vital importancia a considerar, para lograr que las mujeres con VIH recién diagnosticadas ingresen al servicio y se queden, de modo que se pueda llevar a cabo el manejo y control de la infección.

*“Aquí pues obviamente me dijeron ‘mira, VIH no significa que te vas a morir en un mes, si tomas tus medicamentos, si cuidas tu dieta, si cuidas tu salud es como si tuvieras el azúcar alta, diabetes y cosas así, hipertensión, y pues yo me he dado cuenta que sí”
Mónica, 25 años, soltera, bachillerato, 6 meses de detección, un bebé de un mes en espera de diagnóstico, labores domésticas.*

Desde la perspectiva del servicio de salud mental, se sugiere evaluar lo siguiente cuando se da el diagnóstico de VIH:

- Valorar de forma general el contexto individual, familiar y social de la usuaria, con la finalidad de adaptar la forma de brindar la información en el nivel que corresponda.
- Procurar no usar términos complejos o discursos muy elaborados en el momento de explicar qué significa tener VIH y cuáles son los cuidados que deben seguirse.
- Si así lo desea la usuaria, incorporar a un miembro de su familia a la consulta de psicoeducación acerca del diagnóstico de VIH.
- Asegurarse de que comprendió los aspectos básicos de vivir con VIH y los cuidados que eso implica. Esto se puede hacer pidiéndole que repita la información proporcionada.
- Ofrecer la prueba de VIH a los hijos de la usuaria, explicando los beneficios de un diagnóstico oportuno.
- Si existe un profesional en salud mental en el lugar del diagnóstico (psicólogo/a, psiquiatra), evaluar su estado de salud mental en visitas posteriores al diagnóstico, con la intención de valorar la presencia de algún

padecimiento mental que requiera algún tipo de intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica. Son de importancia clínica y tratamiento los siguientes padecimientos mentales:

- Trastorno depresivo mayor.
 - Trastorno de ansiedad generalizada.
 - Trastorno por uso de sustancias.
 - Trastornos mentales graves, tales como diagnóstico previo de esquizofrenia.
 - Trastorno bipolar.
 - Discapacidad cognitiva.
- Si la usuaria tiene baja escolaridad, analfabetismo o primaria incompleta, se sugiere vigilarla estrechamente, sobre todo en el aspecto de la comprensión de la información que se relacione con los cuidados necesarios por el VIH.
 - Acompañar, en la medida de lo posible, a la mujer en el proceso de inicio y seguimiento del tratamiento médico.
 - Es importante derivarlas con personal de trabajo social o enfermería para que sean el contacto directo con todas las mujeres recién diagnosticadas y para resolver dudas acerca de los procesos de atención de la institución de salud.

“Nos toca un trabajo bien complicado porque la mayoría de las mujeres llega a pedirte apoyo económico, despensas, zapatos, ropa, para el transporte, para la alimentación... Muchas de las mujeres a veces traen al niño que también está viviendo con VIH. Entonces venir dos a una consulta, pues es más complicado, que es doble pasaje, es doble alimento y ellas viven en una angustia terrible... O sea, ‘si no tengo para mí pasaje, pues ya no voy a venir por mi medicamento o voy a suspenderlo, pero yo soy el sostén de la casa’, porque muchas de ellas ya no tienen pareja o son madres solteras, o la pareja ya falleció. Entonces el estar ellas con toda la carga familiar es bien complicado”.

Trabajadora social, CAPASITS

Servicios Específicos de Prevención en Mujeres Negativas al VIH

Cada vez acudirán con mayor frecuencia a los servicios de detección y consejería mujeres que deseen conocer su estado serológico ya sea porque han estado expuestas a algún riesgo, por indicación médica o como resultado de intervenciones de prevención realizadas por organizaciones de la sociedad civil o dependencias de salud.

El marido de Teresa fue hospitalizado en estado crítico y fue detectado positivo al VIH, por lo cual ella también se hizo la prueba. Al salir del laboratorio decidió no abrir el sobre de inmediato y se acercó a un grupo de asesores pares que conoció en el CAPASITS local, quienes le indicaron que había muchas probabilidades de que ella también estuviera infectada. Sin embargo, la prueba salió negativa, con el consecuente asombro y alivio. Aún así, el tema de VIH “no le preocupaba, pues sabía que era tratable”, sino más bien la salud de su marido y la unión familiar, ya que tenía dos hijos muy pequeños. A pesar de que su pareja no lo hizo, Teresa participó a partir de entonces en las reuniones del grupo de pares, “para tratar de entender lo que él sentía”.

Teresa sospechó que su pareja había tenido actividad sexual homoerótica, ya que sabía que tenía varios amigos gays, pero él siempre lo negó. Sin embargo, ella recordó un episodio anterior en el que durante una “parranda” su esposo quedó inconsciente y alegó haber sido abusado sexualmente. Él insiste en que contrajo VIH cuando fue infiel con una mujer. Antes nunca usaron condón pues ella no sintió que estuviera en riesgo, ya que al ser casada y monógama, suponía el mismo trato de su marido. “Quiero saber, ahora sí: si aquí lo tienes todo, explícame por qué, ¿en qué he fallado?”.

Ahora a solicitud de ella tienen una vida sexual activa, pues él no quería tener contacto cuando conoció su diagnóstico. Siempre usan condón a pesar de que ella se queja de incomodidad, porque su marido insiste en protegerla. En todo caso, para Teresa lo importante actualmente es que él siga su tratamiento. “¿Qué voy a ganar con correrlo de la casa?”.

Desde el punto de vista biológico las mujeres presentan mayor riesgo toda vez que hay una superficie mayor de mucosa expuesta, que está sujeta a cambios fisiológicos en cada mujer, como los provocados por las bacterias que habitan de manera habitual, cambios producidos por los ciclos menstruales, por la toma de anticonceptivos, alteraciones del pH de la vagina, presencia de infecciones de transmisión sexual, eversión glandular etc. Aunado a esto la exposición por cuestiones socioculturales incrementa de manera radical el riesgo para adquirir el VIH (Allen y Torres, 2008). Evaluar las prácticas de riesgo es fundamental, toda vez que el riesgo de exposición no es igual para todas y las intervenciones de prevención variarán de acuerdo al mismo y a las condiciones de cada una.

Algunas mujeres acudirán específicamente a realizarse la prueba de detección porque tienen un riesgo alto de infección sobre todo cuando se enteran que su pareja vive con VIH, otras lo harán porque:

- Su pareja falleció por causas relacionadas a la infección.

- El recién nacido después del parto o cesárea presenta datos clínicos de infección.
- Cursan con alguna Infección de Transmisión Sexual que las hace “sospechar” del diagnóstico.
- Cuando son referidas por otras instituciones para confirmar el diagnóstico.

Los estudios señalan que la transmisibilidad hombre-mujer es aproximadamente el doble que la transmisión mujer-hombre (Dworkin, 2013).

En estas situaciones la realización del diagnóstico inmediato es vital ya que de acuerdo al resultado de la prueba se realizarán las intervenciones específicas. Si el resultado de la prueba de VIH es positivo se realizarán los trámites necesarios para que la usuaria reciba atención médica a la brevedad y así prevenir que no regrese a la unidad de atención, prestándole servicios de asistencia en los trámites administrativos y para interconsultas dentro de la unidad.

Es recomendable que las unidades cuenten con un equipo de salud multidisciplinario para fortalecer las actividades de prevención y retención de las mujeres en el servicio de salud.

¿Qué hacer cuando una mujer tiene un resultado negativo a la prueba de VIH y alto riesgo de adquirir la infección?

Cuando la usuaria acude por primera vez al servicio a realizarse la prueba de detección de VIH y el resultado es negativo, es necesario identificar el riesgo o motivo por el que acude. Si identificamos un riesgo alto que la expone a adquirir la infección, debemos utilizar las herramientas a nuestro alcance para retener a la usuaria en los servicios a través del seguimiento periódico, y ofrecer los servicios disponibles de atención si es necesario.

Si la unidad de atención no cuenta con estos recursos es recomendable ubicar otras instituciones del sector salud u organizaciones que presten servicios con calidad y calidez.

“A veces yo he notado que la paciente, por ejemplo, no se mueve de su silla y entonces hay una apertura por ellas mismas para el diálogo, y en ese momento hacemos una exploración más verbal, y empiezan a platicarte problemas, ‘tengo este problema, mi esposo no trabaja, estoy preocupada porque no hay dinero’, porque ellas se preocupan por el pasaje, por el dinero, porque tienen hijos... Entonces, aquí es muy marcada la presencia de estas personas de alto riesgo. Yo las denomino de alto riesgo porque si no logras tener un lenguaje con ellos no haces la empatía suficiente, puede suceder que abandonen así de fácil el tratamiento...”
Doctora, CAPASITS

La entrevista de primera vez es crucial, toda vez que será el momento más oportuno para clarificar dudas y hacer un “enganche” adecuado con la usuaria, y que fortalezca la asistencia a las visitas subsecuentes

El objetivo del seguimiento en estas usuarias está encaminado a:

- Evitar nuevas infecciones por VIH
- Proporcionar información clara y precisa sobre los mecanismos de transmisión de la infección por virus
- Informar sobre la importancia del autocuidado en las prácticas sexuales
- Ofrecer los servicios de salud mental disponibles
- Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva
- Informar sobre la periodicidad de las pruebas de detección según sea el caso (seguimiento) con la menor pérdida posible de asistencia a los servicios
- Si la usuaria presenta síntomas de alguna ITS, ofrecer los servicios de atención médica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del padecimiento
- Ofrecer pruebas de detección para Sífilis, Hepatitis B, C, Papanicolaou y colposcopia
- Proporcionar condones
- Evitar embarazos no planeados a través de los servicios de salud sexual y reproductiva

Algunas de las poblaciones de mujeres que probablemente acudan y que requiere mayor atención por el riesgo alto que representan son:

- Mujeres negativas con pareja positiva al VIH (parejas serodiscordantes)
- Mujeres en situación de violencia (sexual, familiar, psicológica)
- Mujeres con múltiples parejas sexuales sin uso de protección durante la práctica sexual
- Mujeres con antecedentes de infecciones de transmisión sexual
- Mujeres migrantes
- Mujeres en situación de calle
- Mujeres trabajadoras sexuales
- Mujeres parejas de hombres dedicados al trabajo sexual
- Mujeres usuarias de drogas
- Mujeres privadas de la libertad

¿Qué hacer cuando la mujer es negativa al VIH y su pareja sexual vive con el virus?

Parejas serodiscordantes

Cada vez se acercarán más a la consulta mujeres negativas al VIH con pareja sexual masculina con diagnóstico previo o reciente de la infección, con la finalidad de

recibir información y asesoría sobre los cuidados que deben tener para evitar la infección. Este es un momento de oportunidad para realizar intervenciones de prevención que serán más efectivas si se trabajan con la pareja.

La información que se debe proporcionar estará encaminada a:

- Informar a la mujer negativa sobre la recomendación de iniciar tratamiento antirretroviral en la persona que vive con VIH ya que reduce el riesgo de transmisión del virus. El tratamiento antirretroviral puede prevenir hasta en un 96% la transmisión sexual entre parejas heterosexuales en las cuales uno de los miembros está infectado. Por ello, además de enfatizar los beneficios de la adherencia para el paciente, se deben señalar otras cuestiones, como el hecho de que los antirretrovirales reducen el riesgo de infección a la pareja (Lancet, 2011). Sin embargo, es imprescindible insistir en el uso del condón.
- La OMS recomienda que se ofrezca dicho tratamiento a las personas que viven con el VIH en las relaciones serodiscordantes, incluso a pesar de que las parejas sexuales actuales no lo requieran. El objetivo se centra en mantener la carga viral de la pareja indetectable, con lo que el riesgo de transmisión se reduce considerablemente.

Realizar la intervención con la pareja es clave para el éxito de la intervención (OMS, 2012)

- Informar sobre la importancia de tener prácticas sexuales protegidas, con el uso de condón masculino y/o femenino para disminuir al máximo los riesgos, este es el momento para proporcionarlos
- Proveer de servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo planificación familiar, con la finalidad de evitar embarazos no planeados.
- Si la pareja desea servicios de control de la fertilidad informar sobre los métodos existentes y que elijan el que más conviene a cada situación.
- En caso que la pareja planee un embarazo, informar sobre los riesgos potenciales de transmisión al feto.
- Asesoramiento con información veraz en caso de planeación de un embarazo.
- Realizar el seguimiento periódico con las pruebas de detección disponibles para VIH y otras ITS (que incluyan toma de Papanicolaou y, si se cuenta con el servicio de colposcopia, ofrecer el procedimiento)
- Apoyo con el área de salud mental.

La manera más efectiva para reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH puede ser la intensificación de estrategias preventivas dirigidas a hombres heterosexuales (Hirsch, Meneses, Thompson, et al, 2007).

- Si la mujer está embarazada, realizar el control prenatal en la unidad, que debe incluir los exámenes de laboratorio (BH, QS, EGO, VDRL, USG) y agendar fechas para el seguimiento serológico

Mantener en seguimiento a las pareja serodiscordantes contribuirá a evitar nuevas infecciones por VIH y otras ITS

¿Qué hacer si la mujer ha sido víctima de violencia sexual?

Las estrategias de prevención en estas circunstancias están basadas en:

1. Prevenir la infección por VIH

Es recomendable que las mujeres víctimas de violencia sexual inicien profilaxis antirretroviral antes de las 72 horas de ocurrido el evento de violencia sexual. La profilaxis se realiza con la utilización de medicamentos antirretrovirales, previa evaluación del riesgo e información sobre los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales para evitar que se suspendan.

Al momento de acudir a la unidad se informa sobre las pruebas que se van a realizar. Se tomará la prueba basal de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, y anticuerpos Antitreponema. La prueba se realizará con consentimiento informado. Es recomendable hacer el seguimiento a los 3, 6 meses y un año.

Si el evento de violencia es mayor a las 72 horas, días, meses, o incluso años, se deben realizar las pruebas de detección para VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y anticuerpos Antitreponema, y evaluar si la usuaria requiere seguimiento o, no dependiendo del tiempo en que ocurrió el evento.

Si el resultado de la prueba de VIH es positivo (cuando se realiza dentro de las 72 horas), investigar factores de riesgo previos, y de acuerdo al interrogatorio, informar a la usuaria que el resultado positivo no es resultado de la violencia sexual. En estos casos realizar la apertura del expediente clínico y continuar el manejo establecido acorde a la Nom 010 para personas con VIH.

La violencia sexual es un importante factor de riesgo para que las mujeres adquieran VIH. Este tipo de violencia implica “la violación, el abuso sexual de menores y el hostigamiento sexual, las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, la prostitución forzada y la trata de personas, los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres –como la mutilación genital- y las inspecciones obligatorias de virginidad” (Riquer y Castro, 2012:23).

Biológicamente, la violencia sexual expone directamente a la infección de VIH tanto a mujeres adultas y jóvenes, como a niñas. El riesgo aumenta durante la infancia, puesto que el abuso a las niñas ni siquiera se denuncia. La precariedad socio-económica y educativa de muchas mujeres que sufren violencia puede dificultar que acudan a un servicio de atención médica donde puedan recibir tratamiento profiláctico y evitar la infección, así como recibir

2. Prevención de las ITS (infecciones de transmisión sexual)

Al igual que para la prevención del VIH, la profilaxis para la prevención de las ITS debe realizarse antes de las 72 hrs., con el fin de evitar infecciones de transmisión sexual. Debe iniciarse el esquema de tratamiento profiláctico a base de:

- Metronidazol 500 mg en dosis única
- Ceftriaxona sol inyectable de 1 gr en dosis única
- Azitromicina 500 mg 1 gramo en dosis única
- Vacuna para el virus de la Hepatitis B, si el resultado de las pruebas para Hepatitis B es negativo

3. Prevención del Embarazo

Iniciar la profilaxis con la anticoncepción de emergencia como máximo hasta 120 horas después de ocurrido el evento, si hubo penetración vaginal. (Ver cuadro de AE en el capítulo de decisiones reproductivas).

¿Qué puntos se deben abordar con mujeres cuya pareja hombre se dedica al trabajo sexual?

Probablemente las mujeres en estas situaciones no están enteradas del trabajo de su pareja sexual por diferentes razones y acudan a los servicios referidas por los mismos usuarios. Cuando en la unidad se realice detección a los hombres dedicados al trabajo sexual; por los consejeros que trabajan directamente con la evaluación de riesgo, o por organizaciones de la sociedad civil que trabajen en prevención en trabajo de campo o directamente en una unidad de atención médica.

Algunos grupos de trabajo con hombres dedicados al trabajo sexual incorporan estrategias de prevención que abarcan al trabajador sexual, la pareja estable y el cliente.

Algunos hombres dedicados al comercio sexual, probablemente tengan prácticas sexuales con hombres y mujeres, situación que favorece más riesgo de adquirir el VIH e ITS, si las prácticas sexuales no son protegidas

El objetivo de la intervención será en dos vertientes,

En el hombre:

- Mantenerlo negativo a VIH.

- Si el trabajador sexual vive con VIH, integrarlo a los servicios de atención de la unidad.
- Si cursa con alguna ITS tratarlo.
- Proporcionar información clara y precisa sobre los mecanismos de transmisión del virus.
- Informar sobre la importancia del autocuidado en las prácticas sexuales
- Ofrecer los servicios de salud mental disponibles.
- Proporcionarle condones

En la mujer:

- Si la prueba de VIH es negativa, realizar el seguimiento de acuerdo a la última fecha de exposición al riesgo.
- Si se realiza el diagnóstico de infección por VIH, integrarla a los servicios de atención de la unidad.
- proporcionar información clara y precisa sobre los mecanismos de transmisión del VIH y otras ITS.
- Informar sobre la importancia del autocuidado en las prácticas sexuales con el uso consistente del condón.
- Ofrecer el servicio de salud mental.
- Ofrecer pruebas de detección para Sífilis, Hepatitis B, C, sífilis, Papanicolaou y colposcopia.
- Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva.
- Si la usuaria presenta síntomas de alguna ITS, ofrecer los servicios de atención médica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del padecimiento.
- Proporcionar condones.

¿Qué servicios se deben ofrecer a Mujeres Trabajadoras Sexuales?

Las mujeres dedicadas al trabajo sexual representan un grupo importante para prevenir nuevas infecciones por VIH e ITS. Los riesgos de exposición que presentan son mayores por el número y frecuencia de las prácticas sexuales. (Navarrete, s/f).

Las mujeres pueden acudir a solicitar servicios de salud como parte de programas específicos dedicados a prevenir la infección por VIH/ITS, por decisión propia cuando escuchan hablar de los programas, a través de organizaciones de la sociedad civil con trabajo de campo, o quizá dentro de las mismas unidades de atención médica. Algunas otras por miedo al estigma y discriminación no informarán al personal de salud sobre la actividad que realizan.

Al igual que con otras poblaciones, los servicios de salud estarán encaminados no solamente a ofrecer servicios de prevención y atención de VIH e ITS, salud sexual y reproductiva, sino incorporarlas a otros servicios con los que cuente la unidad, con el fin de facilitar acceso a la atención integral. La atención integral debe proporcionarse a todas las mujeres independientemente del trabajo que realicen, pues el miedo al estigma, la discriminación y el rechazo son factores que pueden ser causa de alejamiento de los servicios de salud.

Las acciones de prevención estarán encaminadas a:

- Si la prueba de VIH es negativa realizar el seguimiento de acuerdo a la última fecha de exposición al riesgo.
- Si se realiza el diagnóstico de infección por VIH, integrarla a los servicios de atención de la unidad.
- Proporcionar información clara y precisa sobre los mecanismos de transmisión del VIH y otras ITS.
- Informar sobre la importancia del autocuidado en las prácticas sexuales con el uso consistente del condón.
- Ofrecer los servicios de salud mental.
- Ofrecer pruebas de detección para Sífilis, Hepatitis B, C, sífilis, Papanicolaou y colposcopia, y si la usuaria es mayor de 40 años, ofrecer mastografía.
- Ofrecer servicios de control de la fertilidad y hacer énfasis en la anticoncepción de emergencia.
- Si la usuaria presenta síntomas de alguna ITS, ofrecer atención médica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del padecimiento.
- Proporcionar condones y enseñar su uso.

Las trabajadoras sexuales son un grupo particularmente vulnerable a la infección por VIH debido a múltiples condiciones, como la precariedad económica, la violencia que viven y la dificultad de acceso a los servicios de salud y educativos. Sin embargo, las intervenciones dirigidas a este grupo han favorecido un alto nivel de uso del condón y por tanto cierta estabilidad en la prevalencia, de modo que a pesar de lo que se cree, el trabajo sexual no constituye el motor de la epidemia en México (Torres, Zarco y Allen, 2010). Aún así, el estigma, la desigualdad y la falta de reconocimiento de sus derechos laborales y sociales hacen que las mujeres que se dedican al trabajo sexual sigan estando en riesgo.

Los servicios de prevención y atención serán proporcionados a las mujeres independientemente de su actividad laboral, el objetivo se centrará en la retención de las usuarias y fortalecer en cada asistencia los cuidados para la prevención.

Decisiones Reproductivas

Los servicios de consejería con calidad en salud sexual y reproductiva tanto como los métodos de planificación familiar se encuentran sustentados en:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- La Ley General de Salud.
- La Ley General de Población.
- La Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.
- El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006.

¿Qué métodos anticonceptivos se recomiendan para mujeres con VIH?

Los servicios de planificación familiar deben ofrecerse siempre a todas las mujeres en edad reproductiva, como lo establece la NOM 005-SSA2-1993, independientemente de si las mujeres tienen diagnóstico de infección por VIH.

Un 50% de los 33.3 millones de personas que viven con VIH son mujeres en edad reproductiva, por lo que el control de la fertilidad es importante para evitar embarazos no deseados y disminuir la morbilidad y mortalidad materna relacionada al embarazo...

¿Qué se debe informar a las mujeres antes de la selección de un método?

La información que proporcione el personal de salud en relación a los métodos anticonceptivos debe ser clara y precisa, por otro lado, no hay que suponer que la usuaria conoce los métodos así como sus ventajas y desventajas. No utilizar términos técnicos facilitará la comprensión. Si la mujer no conoce o no ha oído hablar de los métodos anticonceptivos, es preciso explicarle sobre los diferentes métodos con los que contamos.

Posiblemente durante la primera visita, cuando se da información sobre salud reproductiva, queden algunas dudas respecto al tema y la mujer no se decida por algún método en particular. En estos casos es recomendable revisar en las consultas subsecuentes las dudas que no se hayan aclarado, pues de esta manera la decisión en cuanto a la selección de un método será más sencilla. Si detectamos que la

“Se le da consejería para procreación, si es pareja, se les da a los dos. Se les habla de las ventajas y desventajas y la decisión es personal, ellos deciden si quieren tener bebé o no. Y es muy importante contactarlos con sus médicos para que valoren sus tratamientos que tienen, que se vea si la pareja está con cargas indetectables, no tiene infecciones de transmisión sexual y puede. Si deciden tener al bebé pues que lo hablen con su médico, que ellos también tengan esa parte de consejería con sus médicos, porque muchas veces con el psicólogo tienen más confianza y a nosotros nos dicen mucho, llegan y preguntan que qué pueden hacer, que quieren tener bebés. Yo prefiero que lo hagan, porque así nosotros sabemos que hay decisiones. Porque al final de cuentas se embarazan”.

Enfermera, CAPASITS

usuaria está en riesgo de embarazo, se debe ofrecer un método temporal en lo que toma la decisión.

Cuando alguna mujer acepta un método del control de la fertilidad, es importante explicar sobre los posibles efectos secundarios del método, por si se presenta alguno, para tratar de evitar que se angustie y deje de usarlo.

Una vez que aclaramos dudas y temores relacionados con los métodos anticonceptivos, debemos conocer cuáles son sus principales características e indicaciones, en especial aquellos que se encuentran en alguna categoría que contraindique su uso.

DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH
Libertad reproductiva (Art. 4º constitucional)
Componente básico de los derechos reproductivos
Derecho a decidir libre y responsablemente sobre su maternidad, incluyendo a satisfacer su deseo de tener hijos
Información y elección de métodos anticonceptivos

¿Cuáles son los criterios clínicos para elegir los métodos anticonceptivos?

La Federación Internacional de planificación de la familia y otros organismos han colaborado con la OMS en el desarrollo de criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos, llegando a la siguiente clasificación:

Categoría 1	Condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo
Categoría 2	Condición en las que las ventajas de usar el método generalmente supera a los riesgos técnicos o probados
Categoría 3	Condición en la que los riesgos técnicos o probados usualmente sobrepasan a las ventajas de usar el método
Categoría 4	Condición que acepta un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el anticonceptivo

Generalidades e indicaciones de los métodos anticonceptivos

Hormonales orales

Este método proporciona anticoncepción segura y efectiva a las mujeres, es sistémico y se basa en la combinación de un progestágeno con un estrógeno o con un progestágeno solo, los hormonales orales incluyen:

- Anticonceptivos orales combinados
- Píldoras de progestágenos solo
- Inyectables de progestágeno solo
- Anticonceptivos inyectables combinados
- Implantes subdérmicos.

Existen dos tipos de anticonceptivos orales:

- Monofásicos: se denominan así ya que todas las píldoras tienen la misma concentración de estrógeno y progestágeno. Los anticonceptivos disponibles en la actualidad son una combinación de etinilestradiol -en dosis que varía entre 15 y 50 ug-, y un progestágeno.
- Multifásicos: para cada ciclo hay dos o tres variantes en las concentraciones de estrógeno o de progestágeno.

Mecanismo de acción: el efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación, además de que provocan un aumento en la viscosidad del moco cervical.

No deben usarse en los siguientes casos:

- Condición actual o antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Consumo de 15 o más cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o más.
- Presión arterial elevada (sistólica 160 / diastólica 100 mmHg)
- Hipertensión arterial con enfermedad vascular.
- Migraña con aura.
- Diabetes mellitus con complicación vascular incluyendo hipertensión arterial (nefropatía, retinopatía y neuropatía), o con más de 20 años de duración.
- Evidencia pasada o presente de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Enfermedad cardiovascular complicada.
- Cáncer de mama en los últimos 5 años.
- Hepatitis Viral Activa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Cirrosis descompensada severa.

Categoría 3. En general no deben usarse en presencia de:

- Consumo de hasta 15 cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o más
- Presión arterial alta (sistólica 140/159) o diastólica 90/99 mmHg

- Antecedentes de hipertensión (cuando la presión arterial no puede ser evaluada) o hipertensión controlada adecuadamente
- Hiperlipidemia
- Migraña sin aura en mujeres de 35 años o más de edad (si la migraña se desarrolla durante el uso de la anticoncepción)
- Antecedente de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad en los últimos 5 años
- Lactancia materna de seis semanas, menos de 6 meses postparto
- Menor de 21 días postparto
- Cirrosis compensada leve
- Antecedente de colestasis relacionada con el uso previo de anticonceptivos orales
- Enfermedad sintomática de la vesícula biliar
- Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina, y fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, timidona, topiramate.

Categoría 2. En general los anticonceptivos orales pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Consumo de cigarrillos en una mujer con menos de 35 años de edad
- Migraña sin aura en una mujer menor a 35 años de edad
- Diabetes mellitus sin complicación vascular
- Antecedentes familiares de Tromboembolia pulmonar/embolia pulmonar
- Tromboflebitis superficial
- Antecedentes de hipertensión arterial en el embarazo (cuando la presión arterial es normal)
- Enfermedad cardiovascular no complicada
- Sangrado vaginal inexplicable
- Abultamiento en las mamas sin diagnóstico
- Enfermedad asintomática de la vesícula biliar
- Falciformismo o enfermedad celular falciforme
- Obesidad con un índice de masa corporal de 30 kg/m² o más
- Tratamiento con griseofulvina
- Terapia antirretroviral

Píldoras con sólo progestágeno (PPS)

Estos anticonceptivos solamente contienen un progestágeno, en una dosis menor de 10 a 50% que la utilizada en la píldora combinada estrógeno/progestágeno. Por lo tanto, dependiendo del tipo de progestágeno la PPS puede contener solamente 30 ug. A 60 mcrg de progestágeno

Mecanismo de acción:

El efecto del progestágeno es sobre el moco cervical que se torna viscoso y escaso impidiendo la penetración de los espermatozoides. Suprime la elevación de la hormona luteinizante sobre el hipotálamo y la hipófisis.

Criterios de elegibilidad:

Las PPS no tienen efecto en la presión arterial o en los factores de coagulación pero si poca acción en el metabolismo de lípidos y en la función hepática. Tienen menos restricciones de elegibilidad médica que los anticonceptivos orales combinados.

Categoría 4

- Las PPS no deben utilizarse en presencia de Cáncer de mama en los pasados 5 años

Categoría 3. En general las PPS no deben utilizarse en:

- Padecimiento actual de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Hepatitis Viral activa
- Tumor hepático maligno o benigno
- Cirrosis descompensada severa
- Antecedentes de cáncer de mama, sin evidencia de la enfermedad en los últimos 5 años
- Lactancia materna y menos de 6 semanas postparto
- Tratamiento con medicamentos que afecte las enzimas hepáticas: rifampicina y fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbacepina.

Categoría 2. Las PPS pueden ser usadas generalmente con precaución en:

- Padecimiento actual o antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía
- Antecedente de hipertensión arterial en lugares en donde no puede evaluarse la presión arterial
- Presión arterial elevada sistólica mayor a 160 o diastólica a 100 mmHg
- Presión arterial elevada con enfermedad vascular
- Migraña con aura o desarrollo de migraña sin aura a cualquier edad durante el uso de PPS
- Diabetes con o sin complicaciones
- Antecedentes de embolia pulmonar
- Cirugía mayor con movilización prolongada

- Cirrosis compensada leve
- Enfermedad de vesícula biliar
- Masa en mama no diagnosticada
- Embarazo ectópico previo
- Hiperlipidemia
- Sangrado vaginal irregular abundante o prolongado o sangrado vaginal inexplicable, que causen sospecha de una condición subyacente previa antes de la evaluación correspondiente
- Tratamiento con griseofulvina
- Terapia antirretroviral

Anticonceptivos inyectables sólo de progestágeno

Se componen de esteroides sintéticos de progesterona que son liberados lentamente en el torrente circulatorio después de su aplicación. Una sola dosis proporciona protección durante 1,2 o 3 meses, los más utilizados son:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito cada dosis de 1 ml contiene 150 mg de AMPD
- Enantato de noretisterona cada dosis de 1 ml contiene 20 mg de EN-NT

Mecanismo de acción:

Efecto del progestágeno sobre el moco cervical el cual se torna viscoso y escaso inhibiendo la penetración de los espermatozoides. Sobre el hipotálamo y la hipófisis suprimiendo la liberación de la LH responsable de la ovulación.

Indicadas para mujeres que:

- Estén amamantando
- Deseen la conveniencia de no tomar anticonceptivos orales
- Problemas para recordar la toma de anticonceptivos orales
- Que no deban utilizar anticonceptivos que contengan estrógenos

Criterios de elegibilidad:

Categoría 4. No se recomienda en mujeres:

- Que han tenido cáncer de mama durante los últimos 5 años

Categoría 3. En general no deben usarse en presencia de:

- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar

- Antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía
- Presión arterial elevada sistólica 160 o diastólica de 100 mmHg
- Hipertensión con enfermedad vascular
- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares incluyendo hipertensión, nefropatía, retinopatía o neuropatía o más de 20 años de duración
- Hepatitis Viral Activa
- Cirrosis descompensada severa
- Tumor benigno o maligno en el hígado
- Antecedentes de cáncer de mama con evidencia de la enfermedad por al menos 5 años
- Lactancia materna y menos de 6 semanas postparto
- Sangrado vaginal inexplicable que cause sospecha de una condición subyacente seria, antes de la evaluación correspondiente

Categoría 2. Por lo general pueden usarse con precaución en presencia de:

- Presión arterial elevada sistólica 140-159 mmHg o diastólica 90-99 mmHg
- Antecedentes de hipertensión arterial,
- Diabetes mellitus, si se desarrolla durante el uso de la IPS la diabetes mellitus se considera categoría 3
- Migraña con o sin aura a cualquier edad
- Si la migraña con aura se desarrolla durante el uso de los IPS se considera

Categoría 3. En general no deben usarse en presencia de:

- Hiperlipidemia
- Antecedente de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Cirrosis compensada leve
- Enfermedad de la Vesícula Biliar
- Tumoración en mama
- Sangrado vaginal irregular, abundante o prolongado
- Tratamiento con medicamentos que afecten las enzimas hepáticas: rifampicina, fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramate y oxcarbacepina
- Terapia antirretroviral

Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados contienen un estrógeno de acción corta y un progestágeno de acción prolongada. La preparación inyectada se libera lentamente durante 28 días desde el lugar donde se inyecta. Se administra una inyección al mes. Las dos preparaciones disponibles son: 25 mg de acetato de

medroxiprogesterona y 5mg de cipionato de estradiol, 50 mg de Enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol.

Mecanismo de acción:

Suprime la ovulación, el moco cervical se ve afectado lo que lo hace inhóspito para la penetración de los espermatozoides.

Indicaciones

- Dificultad para tomar a diario las píldoras anticonceptivas
- Para quienes quieran aplicar el anticonceptivo en forma mensual

Implantes subdérmicos

El implante se coloca vía subdérmica en la parte superior del antebrazo a través de un procedimiento quirúrgico y anestesia local. Después de la inserción es posible de palpar. Liberan progestágeno de manera controlada proporcionando dosis diaria para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

Los implantes incluyen:

Norplan de larga duración, reversible, consiste en seis cápsulas delgadas blandas y contienen 365 mg de Levonorgestrel, se liberan aproximadamente 30 mg al día y la vida útil efectiva es de 7 años.

Implanon es una cápsula que libera etonogestrel tiene una vida útil de 3 años mide 40 mm de longitud y 2 mm de diámetro, y contiene 68 mg etonogestrel.

Criterios de elegibilidad:

Son similares a los existentes para anticonceptivos orales combinados y para los inyectables que sólo contienen progestágeno. El efecto anticonceptivo se obtiene por la liberación lenta y constante de progestágeno, con la difusión a través de la membrana silastic en el torrente sanguíneo.

Mecanismo de acción:

El efecto del progestágeno en el moco cervical es el factor principal de su eficacia anticonceptiva. El moco se torna viscoso y escaso inhibiendo la penetración de los espermatozoides. El progestágeno actúa sobre el hipotálamo y la hipófisis

“Me pusieron el implante, lo traigo desde hace 5 meses, me lo puse casi después de que nació mi bebé... por el miedo de volverme a embarazar y más que nada por el miedo de que fuera a nacer mi bebé contagiado. Si yo lo hubiera sabido antes de embarazarme de mi niña pues tal vez no lo hubiera hecho, pero pues me enteré después y ya no podía hacer nada, más que estar en tratamiento, cuidarme para que mi bebé estuviera bien”.
Estrella, 18 años, pareja actual negativa, ama de casa, bebé negativo, recibió tratamiento para prevención vertical.

suprimiendo la elevación de la LH responsable de la ovulación. La ovulación se bloquea en por lo menos la mitad de los ciclos.

Indicaciones

- Mujeres que elijan un método anticonceptivo de larga duración
- Que prefieran un método que no deban tomar a diario
- Que tengan el número de hijos que desean
- Que estén valorando la posibilidad de cirugía y que aún no se decidan
- Que haya contraindicación para los estrógenos
- Problemas para recordar la toma de pastillas

Categoría 4. Los implantes de progestágeno sólo deben ser evitados en presencia de:

- Cáncer de mama en los últimos 5 años

Categoría 3. No indique el uso de implantes con progestágeno a mujeres con:

- Evidencia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Hepatitis viral activa
- Cirrosis descompensada severa
- Tumor benigno o maligno en el hígado
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad en los últimos 5 años
- Lactancia materna de 6 semanas y menos de 6 meses postparto
- Sangrado vaginal e inexplicable, sospechoso de una condición seria antes de la evaluación
- Tratamiento con medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina, fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbacepina.

Categoría 2. En general los implantes de progestágeno deben ser usados con precaución en:

- Presión arterial elevada sistólica mayor a 160 o diastólica mayor de 100 mmHg
- Cualquier antecedente de hipertensión
- Hipertensión con enfermedad vascular
- Condición actual o antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía
- Diabetes mellitus con o sin complicaciones, antecedente de enfermedad gestacional es categoría 1

- Migraña con o sin aura (si la migraña se desarrolla durante el uso del implante se convierte en categoría 3)
- Hiperlipidemia
- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Sangrado vaginal irregular sin sangrado abundante o sangrado abundante y prolongado (incluye patrones regulares o irregulares)
- Cirrosis compensada leve
- Enfermedad de vesícula biliar
- Masa en mama no diagnosticado
- Tratamiento con griseofulvina
- terapia antirretroviral

Dispositivo intrauterino

Es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo. Entre los dispositivos que contienen cobre están la T de cobre 380 A (TCu380A), la T de cobre 220C (TCU220C) el multiload de cobre 375 (MLCu375) y la Nova T. Duración de uso: la TCU 380^a ha demostrado ser altamente efectiva por un período de 12 años, la 220 por 12 años, la ML375 por 10 años, la Nova T 200 por 3 años. La T380 es efectiva por 5 años.

Mecanismo de acción:

Inhibición de la migración de los espermatozoides en la parte alta del tracto genital. Inhibición del transporte del óvulo. Inhibición de la fertilización. El DIU que libera Levonorgestrel provoca cambios en la cantidad y la viscosidad del moco cervical, inhibiendo así la penetración de los espermatozoides.

Indicaciones:

- En mujeres que ya han tenido hijos y que necesiten un método efectivo, reversible y de larga duración.
- Mujeres que prefieran un método que no requiera toma diaria de anticonceptivos orales.
- Mujeres que estén amamantando.
- Mujeres que pudieran obtener anticonceptivas con regularidad.
- Mujeres que no tengan privacidad, lo que dificulta el uso de algunos otros métodos.
- Mujeres que no desean más hijos pero no desean Salpingoclasia.

Categoría 4. No se recomienda el uso de DIU a mujeres con:

- Embarazo confirmado o sospecha

- Sepsis puerperal o post-aborto que haya ocurrido dentro de los últimos tres meses
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual (si se desarrolla durante el uso de DIU se convierte en categoría 2)
- Infecciones de Transmisión Sexual actual (como gonorrea y clamidiasis)
- Cervicitis purulenta
- Confirmación o sospecha del tracto genital
- Sangrado vaginal inexplicable (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2)
- Cáncer cervical en espera de tratamiento (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2)
- Anormalidades congénitas uterina o tumores benignos del útero
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna
- Tuberculosis pélvica confirmada (si se desarrolla durante el uso de DIU se convierte en categoría 3).

Categoría 3

- Cáncer ovárico
- Alto riesgo de contraer ITS
- Mujeres con VIH (si se desarrolla durante el uso de DIU se convierte en categoría 2)
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna (hay riesgo de perforación)

Categoría 2. En general, el DIU puede ser usado con precaución en los siguientes casos:

- Mujeres con menarquía a los 20 o menos años de edad.
- Mujeres nulíparas
- Menos de 48 horas post aborto
- Post aborto después del segundo trimestre
- Anormalidades uterinas (incluyendo estenosis cervical que no distorsionen la cavidad uterina)
- Enfermedad cardíaca valvular complicada
- Miomatosis uterina sin distorsión de la cavidad uterina
- EPI
- Vaginitis sin cervicitis purulenta, clamidiasis o gonorrea
- Dismenorrea severa
- Sangrado abundante prolongado
- endometriosis

Métodos de barrera

Estos métodos evitan el embarazo bloqueando la entrada de los espermatozoides a la cavidad uterina ayudan a proteger además con las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. Tienen ventajas dada su inocuidad y pocos efectos colaterales. Los trabajadores de la salud deben dar una mayor educación y consejería a la mujer y su pareja para que el método tenga mayor efectividad. No es necesaria una evaluación del estado de salud. Sin embargo debe aprovecharse su visita como una oportunidad para ofrecerle otros servicios disponibles de salud sexual y reproductiva (si se cuenta con ellos).

Condón masculino

El condón de látex se usa para cubrir el pene erecto, detiene el semen actuando como barrera que impide el paso de los espermatozoides a la vagina.

Condón femenino

El condón está hecho de poliuretano prelubricado, está provisto de un anillo interno utilizado para su inserción y uno externo que cubre los labios mayores y menores durante el coito.

Los estudios de laboratorio han demostrado que el condón femenino es una barrera efectiva no sólo contra el esperma, sino también contra las ITS y el VIH.

Criterios de elegibilidad

Categoría 4: No hay contraindicación para su uso.

Categoría 3:

- Alergia o sensibilidad al látex, si esto ocurre se debe recomendar:
Cambio de marca de condón
Un condón sin espermicida
- Si la alergia es severa recomendar otro método del control de la fertilidad.

Oclusión tubaria bilateral OTB (Salpingoclasia)

Es el método anticonceptivo disponible más efectivo para las mujeres que no desean tener más hijos, siendo uno de los más seguros, con tasas más bajas de mortalidad y de complicaciones. El procedimiento consiste en ligar y bloquear las salpinges para evitar que el espermatozoide y el óvulo se unan. Se deben plantear los siguientes puntos de la consejería:

- Que el procedimiento es quirúrgico

- Que hay posibilidades de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia
- Los beneficios del método
- Que existe un riesgo de falla
- Que es un procedimiento permanente
- Que la decisión de realizarla es voluntaria
- Que la mujer tiene derecho a cambiar de opinión si así lo desea
- Que no previene contra las ITS y el VIH
- Que se realiza bajo consentimiento informado
- Que además se debe identificar factores que puedan hacer que la mujer se arrepienta; si existen, darle tiempo para decidirse

El consentimiento informado debe obtenerse para:

- Documentar que la elección fue informada y voluntaria
- Servir como autorización legal para la cirugía

Una vez que se plantearon los riesgos y beneficios del procedimiento, el personal médico hará la historia clínica para conocer el estado general de la mujer, así como para ordenar los exámenes de laboratorio requeridos para el procedimiento y evitar complicaciones.

¿Cuándo sugerir la Anticoncepción de Emergencia?

La anticoncepción de emergencia es de primera elección para prevenir el embarazo en:

- Mujeres sin y con VIH que no usaron un condón después de una práctica sexual.
- Mujeres con y sin VIH que usaron un condón durante la práctica sexual y éste se rompió.
- En caso de violencia sexual por vagina.

Es fácilmente disponible, altamente efectiva y con mínimos efectos secundarios. El procedimiento debe seguirse antes de cumplirse los primeros cinco días de la práctica sexual riesgosa.

La AE no se contrapone con el tratamiento antirretroviral, por lo que éste debe continuarse de manera rutinaria. A continuación se señalan los diferentes esquemas disponibles en México de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar.

Nombre genérico	Nombre comercial	Primera dosis durante las 72 horas	Segunda dosis, 12 horas después de la primera dosis
Estrógeno progestina	Ovral Eugynon Nordiol Neogynon	2 pastillas	2 pastillas
Estrógeno +progestina	Lo-femenal Nordet Microgynon	4 pastillas	4 pastillas
Progestina	Vika Vika (dosificación alternativa)	1 comprimido 2 comprimidos dosis única	1 comprimido
Levonorgestrel	Postinor	1 pastilla	1 pastilla
Levonorgestrel	postday	2 comprimidos en dosis única	

Es importante aclarar que:

- La anticoncepción de emergencia no interrumpe el embarazo
- Todos los métodos están disponibles en cualquier farmacia, sin receta médica
- No tiene contraindicación alguna y su efectividad es de 75% después de las 72 horas su efectividad es menor, pero no desaparece y puede utilizarse hasta cinco días después.
- Si hay vómito dentro de las dos horas posteriores a la toma hay que repetirla
- Los anticonceptivos de emergencia no deben tomarse con los antirretrovirales por la posibilidad de vómito, por lo que es mejor ingerir antes los antirretrovirales y después la anticoncepción de emergencia.
- Tomar pastillas de más no aumenta la efectividad del método, pero sí las molestias como la náusea y el vómito.
- Explicar que el ciclo menstrual siguiente puede empezar antes o después de lo esperado.

Al igual que existen criterios clínicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos, se han definido criterios de acuerdo a recomendaciones de la OMS que de manera similar establece criterios de elegibilidad en mujeres bajo tratamiento antirretroviral y se dividen por categorías. Con base en estas revisiones ninguno de los grupos de medicamentos antirretrovirales se clasifica en la categoría 4 (no hay contraindicación absoluta), por tanto se pueden administrar a mujeres con VIH que requieran de un método del control de la fertilidad.

En la categoría 3 de contraindicaciones relativas se encuentran las pacientes con tratamiento antirretroviral con inhibidores de la proteasa, así como los dispositivos intrauterinos (DIU) de Cobre y el de levonorgestrel que pueden situarse en la categoría 3 de forma inicial, ya que las pacientes que ya cuentan con estos métodos se clasifican como categoría 2. En la Tabla 1 se describen los métodos de planificación, la familia de antirretrovirales y las categorías para cada método.

Las mujeres que viven con VIH pueden iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales sin restricciones (OMS)

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	No hay restricción para el uso del método anticonceptivo	Si se puede usar el método
2	Las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados	
3	Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método	No se debe usar el método
4	Riesgo de Salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo	

Es recomendable revisar los criterios de elegibilidad de acuerdo a los parámetros clínicos, la siguiente tabla nos ayudará a hacer una selección del método del control de la fertilidad en relación con la toma de medicamentos antirretrovirales.

Tabla 1. Categorías de los métodos de planificación familiar en relación con la terapia antirretrovirales

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
	Hormonales orales combinados Parche, anillo	Hormonales inyectables combinados	Hormonales orales de progestina	Acetato de medroxiprogesterona de depósito Enantato de noretisterona	Implantes de levonorgestrel /etonogestrel	DIU de cobre
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1	1	1	1	1	I C
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2	2	2	Acetato de medroxiprogesterona	2	2/3 2
Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	3	3	1 Enantato de noretisterona 2	2	2/3 2

I: Inicio. C: Continua

Manejo de la Infección por VIH en mujeres

Blanca, de 57 años, originaria de una pequeña ciudad, acude al médico (después de sufrir violación por dos hombres desconocidos), quien le recomienda realizarse la prueba de detección de VIH, la cual sale positiva. En ese tiempo también sufría de miomas y buscó operarse, opción que rechazó el personal médico que la atendía porque “de todos modos se iba a morir”. Decidió acudir al servicio público especializado de VIH, donde recibió regaños por no estar llevando el tratamiento adecuado para la infección.

Su vida sexual con su esposo fue muy activa pero nunca usó condón. Hace trece años decidió separarse de él porque la golpeaba casi cada ocho días, por celos. Esperó hasta que sus hijos estuvieran más grandes antes de tomar esa decisión. Hoy sus cuatro hijos ya son adultos. Cuando se separó y conoció su diagnóstico, detuvo su actividad sexual. Hace nueve años que toma regularmente sus medicamentos. Actualmente es indetectable. Su familia conoce su estatus serológico y la apoya.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de la infección por VIH a través de las pruebas de laboratorio, la usuaria deberá pasar al servicio de medicina interna para estadificar la infección y realizar la evaluación clínica, lo cual incluye la solicitud de los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios para el seguimiento.

Si la usuaria es candidata a iniciar el tratamiento antirretroviral, es menester informarle sobre las ventajas de hacerlo y sobre los efectos secundarios ocasionados por los fármacos para evitar situaciones de mal apego al tratamiento o su suspensión.

Los criterios para inicio del tratamiento antirretroviral son:

- Cuenta de linfocitos T CD4 (Menor a 350 células)
- Carga viral (100,000 copias)
- Estado Clínico de la infección por VIH (Consultar la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH ,México 2012)
- Prevenir nuevas infecciones (OMS)

En ocasiones la intervención de atención y prevención, por situaciones específicas, no se puede realizar como comúnmente se recomienda, es decir, si las condiciones generales de las mujeres no permiten un abordaje adecuado, por lo que el acompañamiento de un familiar, un tutor, un amigo o una autoridad, serán necesarios para proporcionar la información y responsabilizarse de la usuaria y así obtener mejores resultados durante el seguimiento, este es el caso de:

- Mujeres usuarias de drogas con secuelas neurológicas por el uso de sustancias.
- Mujeres con alteraciones mentales.
- Mujeres con trastornos psiquiátricos.

Hace dieciséis años Magali inició el tratamiento, pero sufrió de efectos secundarios, especialmente lipodistrofia, por lo cual ella pide que se incluya a las mujeres en los protocolos de investigación: “que tomen en cuenta a las mujeres para que se hagan los medicamentos, porque se hacen con hombres, y nuestros cuerpos se van haciendo como de hombre.”

- Mujeres en situación de calle.
- Mujeres con secuelas neurológicas secundarias a infecciones oportunistas.
- Mujeres que por alguna situación económica no puedan asistir a los servicios de salud.
- Mujeres con capacidades diferentes.

El equipo multidisciplinario juega un rol importante en la asistencia de estas usuarias, por lo que la disponibilidad de los siguientes servicios deben ser proporcionados para el mejor control del padecimiento.

- Salud mental (psiquiatría, psicología)
- Ginecología
- Nutrición
- Estomatología
- Trabajo social

Por otro lado, probablemente a algunas mujeres se les dificulte entender la información que proporcionamos durante la consulta, sobre todo en la primera, cuando se enteran del diagnóstico de VIH, por lo que es recomendable preguntar en las consultas subsecuentes si tienen dudas y si la respuesta es afirmativa aclarar las dudas.

Los servicios de salud reproductiva son fundamentales para prevenir:

- Embarazos no planeados.
- Ofrecer servicios de control de la fertilidad acorde con el tratamiento antirretroviral prescrito y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.
- Informar sobre los servicios de Interrupción legal del embarazo en la Entidad Federativa (GIRE, 2013).
- Informar sobre la disponibilidad de la pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE o píldora del día siguiente) y cuándo utilizarla.
- Infecciones de Transmisión Sexual.

Es recomendable prestar servicios de acompañamiento al interior de las unidades médicas, toda vez que facilitará realizar los procesos administrativos para la apertura del expediente clínico, así como informar sobre los servicios

Si bien en México el acceso a tratamiento antirretroviral está reconocido como derecho, la vulnerabilidad social específica de las mujeres afecta también sus posibilidades de acceso a los servicios de salud en VIH, tanto en términos de detección oportuna como de inicio del tratamiento. En primer lugar, aquellas que acuden a los servicios de salud representan solamente una parte del universo de mujeres infectadas, dado que una proporción no ha sido aún cuantificada sea porque no se saben infectadas o que no se reconocen en riesgo. En todo caso, a las condiciones de pobreza, violencia social y familiar o la presencia de relaciones de pareja inestables o dependientes, se suma la escasez de acciones específicas para mujeres en prevención y atención, y las dificultades de acceso al sistema de salud, especialmente si no están aseguradas. Sobresale el hecho de que no existen en el país suficientes médicos especializados en la atención específica a mujeres con VIH (Volkow y Baladrán, 2010).

que se proporcionan, y realizar la referencia a otras unidades de atención o de asistencia social en caso de requerirse.

El acompañamiento adecuado por parte del personal de la unidad disminuirá la probabilidad de pérdida de usuarias

Los programas de beneficio social juegan un papel muy importante, sobre todo si la usuaria no dispone de recursos para acudir a su consulta, o para otros gastos generados por el padecimiento. Si la unidad cuenta con programas, inscribir a las usuarias para recibir el beneficio, y de manera secundaria, esto permitirá que permanezcan en la unidad de atención.

La implementación de servicios integrados en el tema de salud sexual y reproductiva es esencial en el caso de las mujeres afectadas por el VIH. Necesidades específicas de atención, como la exposición a violencia sexual, la proliferación de ITS y la libertad reproductiva (tanto para embarazarse como para interrumpir un embarazo de manera legal y segura), son imprescindibles para esta población.

El acceso a atención médica por parte de muchas mujeres se ve dificultado por una serie de factores, entre ellos:

- Condiciones socioeconómicas, geográficas y educativas (costos de traslado, tiempos, comprensión de la información médica, etc.)
- Su lugar central en el trabajo de cuidado de la familia
- La prioridad que otorgan, por las normas de género, a la atención de los demás miembros del grupo
- El temor a la divulgación de su diagnóstico

¿Qué hacer si la usuaria está embarazada?

El inicio de tratamiento Antirretroviral Altamente Activo en la mujer embarazada con VIH ha mostrado los beneficios para reducir el riesgo de transmisión de la infección al feto 98% de los casos. Es recomendable que ante la sospecha de embarazo en mujeres que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral, se realice una prueba para confirmar o descartarlo, y debe acompañarse de un ultrasonido de hueco pélvico que permitirá calcular la edad gestacional. La misma conducta deberá tomarse si la mujer aún no se encuentra en tratamiento antirretroviral por diferentes circunstancias, informándole los beneficios de iniciar el tratamiento.

DERECHOS HUMANOS

En caso de embarazo, la usuaria tiene derecho a:

Realizarse la prueba de VIH y, en su caso, a tratamiento profiláctico para prevenir la transmisión vertical
Recibir antirretrovirales durante la gestación

Parto por cesárea (dependiendo de la carga viral)

Sustitución de lactancia por fórmula láctea

Si se confirma el embarazo a través de las pruebas, comunicar a la usuaria los resultados e informarle sobre los riesgos de transmisión del VIH al feto, para que tome la decisión de continuar o no con la gestación de manera informada.

Si decide no continuar y tiene una edad gestacional menor a 12 semanas, se recomienda referirla al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE) más próximo a su domicilio, para la resolución y de acuerdo a la disponibilidad del servicio en la entidad federativa.

Si la decisión es continuar con la gestación, evaluar el esquema tratamiento antirretroviral para retirar los fármacos antirretrovirales con mayor riesgo de toxicidad al feto y continuar con las recomendaciones establecidas en el manejo de la mujer embarazada descritas en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH 2012 y la NOM-010-SSA2

El tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas se justifica por las siguientes razones:

- Reduce la transmisión del VIH en más del 98 % de los casos
- Retrasa la progresión de la infección
- Reduce la probabilidad de resistencia a los antirretrovirales

El control prenatal es similar al realizado en mujeres sin VIH y los exámenes de laboratorio que deben llevarse a cabo son:

- Bh completa
- Química sanguínea
- Examen General de orina
- Determinación de anticuerpos para Hepatitis B y C
- VDRL
- Papanicolaou
- Colposcopia
- Cultivo de secreciones vaginales

Es necesario referir a la usuaria para atención obstétrica al servicio hospitalario informándole sobre la importancia de iniciar la profilaxis en el recién nacido, como lo establece la NOM-SSA2-1993.

Mónica tiene 25 años, fue diagnosticada con VIH hace seis meses y tiene un bebé de un mes, quien ha sido sometido a tratamiento antirretroviral. Los médicos del CAPASITS le informaron que debía nacer por cesárea. En la unidad de salud correspondiente uno de los médicos le dijo: “va a ser lo mejor para tu bebé y si tu bebé puede aguantar un parto normal, vas a hacerlo por parto normal”. “Y me querían provocar dolores y le dije ‘mi información está mal porque dice que tengo 40 semanas y no las tengo. Y aparte dice que tengo síndrome de desgaste y yo no sé qué sea’”. Fue enviada de nuevo a piso, donde descubrió que en el expediente “me pusieron VIH así grandote en color rojo. Yo les dije que por favor lo quitaran porque mi suegro no sabía, pero no lo quitaron... Después de tres días en piso por fin me hicieron la cesárea”

Atención obstétrica

Desde que tenemos a la usuaria en control prenatal debemos informarla sobre las medidas que debe tomar para el momento del nacimiento.

- En lugares de bajos recursos se debe ofrecer el nacimiento por cesárea si las unidades cuentan con este recurso.
- Las cesáreas electivas se recomiendan a mujeres que reciben tratamiento antirretroviral y que tienen niveles de VIH-ARN superiores a 1000 copias/ml al acercarse al momento del parto.
- Las cesáreas electivas no deberían practicarse rutinariamente en mujeres bajo tratamiento antirretroviral con niveles de VIH-RNA menores a 1000 copias/ml, a menos que elijan este procedimiento luego de un asesoramiento sobre beneficios inciertos.
- Las embarazadas bajo tratamiento antirretroviral con niveles de VIH-ARN menores a 1000 copias/ml deben ser asesoradas sobre el bajo índice inicial de transmisión por parto

vaginal y sobre los beneficios inciertos y riesgos conocidos de la cesárea electiva.

- Si la usuaria fue detectada durante el trabajo de parto la resolución del embarazo es por cesárea.

Posterior al nacimiento, se precisa ofrecer, con consentimiento informado, los métodos del control de la fertilidad recomendados según el caso de cada usuaria, e informar sobre la importancia de la revisión y control de los métodos.

¿Cuáles son las recomendaciones para el recién nacido?

“Todo se les tiene que explicar, lo mismo el tipo de cesárea, cómo es la cesárea, dónde va a ir, qué es lo que debe de llevar, dónde le van a hacer la incisión, qué es lo que debe de preguntar, si tienen dudas. Que estén concientizadas de que deben de acudir a las consultas, al hospital a donde se les refiere, porque a veces llegan en el momento ya con el trabajo de parto y entonces pues complican a los médicos para que se les pueda hacer su operación. Se les hacen las cuentas, qué día es la fecha en que ellas cumplen las cuarenta semanas y luego hacemos la resta para decir ‘bueno, si tú cumples cuarenta semanas tal fecha, le quitamos catorce días y esta fecha aproximadamente es donde tú debes de pedir tu operación cesárea’, a pesar de que se les haga la referencia. Tienen que ir al hospital con esa referencia o ese documento para que su médico tratante ahí les haga su programación de cirugía”.

Médico, CAPASITS

Las recomendaciones implementadas para la prevención del VIH en los lactantes son:

- Suspensión de la lactancia materna.
- Alimentación con fórmulas.
Cuando se ha garantizado tratamiento antirretroviral por más de cuatro semanas a la madre, el lactante debe recibir doble terapia con Zidovudina+ lamivudina vía oral a partir de la 6a hora de vida por siete días; en caso de intolerancia a la vía oral se recomienda Zidovudina intravenosa cada seis horas.
- Si la madre recibió un esquema menor de cuatro semanas se recomienda terapia triple con Lopinavir/r-Zidovudina-lamivudina durante cuatro semanas para el recién nacido, ya que en estos casos existe mayor posibilidad de transmisión.
- En los casos en que la madre recibió tratamiento antirretroviral y su carga viral al nacimiento es <50 copias se considera que el tratamiento en el niño pudiera NO ser necesario, pero se recomienda ofrecer profilaxis al recién nacido con lamivudina por siete días.

El recién nacido debe ser evaluado por el servicio de Pediatría para la realización de pruebas de detección y seguimiento para el VIH, hasta darle de alta.

¿Qué se recomienda durante el puerperio?

Es recomendable informar a las mujeres que si presentan cualquiera de los siguientes síntomas deben acudir al servicio de urgencias para valoración:

- Fiebre
- Sangrado transvaginal maloliente
- Dolor, enrojecimiento y salida de secreción de la herida quirúrgica

Se debe informar a la usuaria que debe continuar con tratamiento antirretroviral y efectuar la visita con el médico para indicaciones posteriores.

¿Cuál es el riesgo que tienen los trabajadores de la salud para adquirir la infección por VIH?

Hablando específicamente del riesgo laboral, está documentado que el mayor riesgo de exposición a la infección por VIH en personal de salud que labora en las instituciones, se da a través de accidentes punzocortantes.

El personal de salud que frecuentemente se expone más a estos riesgos son: el personal de enfermería, químicos, técnicos de laboratorio, médicos internos de pregrado, médicos residentes y personal de intendencia, aunque no significa que

cualquier otro trabajador de la salud esté exento de riesgos. Diversas publicaciones estiman que el riesgo de adquirir la infección por VIH es bajo y este riesgo varía con el tipo y la gravedad de la exposición.

El riesgo de transmisión después de una exposición percutánea con sangre con una persona con VIH es de 3 por cada 1000 accidentes, las salpicaduras con sangre o secreciones potencialmente infectadas o piel lesionada tiene un riesgo de 0.09%, mientras que la exposición mucocutánea el riesgo es menor de 1 en 1000. (Panlilio, Cardo, Heinene, et al, 2005)

Las prácticas que tienen mayor riesgo de exposición en un accidente generalmente se deben a las siguientes razones:

- Reencapuchamiento de aguja posterior a su uso
- Desecho de material punzocortante en el piso, escritorios, tarjas, botes de basura, bolsas para manejo de residuos no peligrosos
- Carencia de contenedores rígidos para depósito de material punzocortante
- Procedimientos punzantes o cortantes en pacientes intranquilos o niños

Para la realización de procedimientos como cirugía menor o cirugía mayor (cesárea), es recomendable llevar a cabo las precauciones universales o precauciones estándar que incluyen: lavado de manos, uso de guantes, cubre bocas, uso de goggles o lentes, depósito de material punzocortante en los contenedores recomendados para el manejo de residuos peligrosos biológico infecciones y uso de bata.

De llevar a cabo estas medidas y realizando los procedimientos, sin prisas, y tomando el tiempo que necesite, la probabilidad de tener un accidente disminuye drásticamente.

De acuerdo con el tipo de exposición, se evaluará el inicio de profilaxis con medicamentos antirretrovirales de acuerdo a la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH 2012, sin olvidar:

- Suspender la actividad que se está realizando
- Realizar el lavado de manos o zona expuesta con abundante agua y jabón.
- Exprimir la herida en accidentes punzantes.
- Avisar al jefe inmediato.
- Realizar toma de muestras para Hepatitis B, Hepatitis C.
- Realizar el trámite de accidente laboral en el sitio donde ocurrió el accidente.
- Iniciar la profilaxis con medicamentos antirretrovirales, informando sobre los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral seleccionado para evitar que los suspenda.

- Cita a los 8 días para evaluar los efectos secundarios de los antirretrovirales y verificar la toma de los mismos.
- Realizar el seguimiento a los 3 y 6 meses, y al año.

Infecciones de transmisión sexual en mujeres

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública por las complicaciones que van de leves a graves, mismas que surgen cuando no se diagnostican y tratan oportunamente. Estas infecciones deben buscarse durante la consulta toda vez que un porcentaje elevado (70%) son asintomáticas.

¿Las mujeres embarazadas (con o sin VIH), pueden infectarse de una ITS?

Las mujeres -embarazadas o no embarazadas, con o sin VIH- pueden adquirir alguna ITS durante las prácticas sexuales no protegidas, a través de la práctica sexual oral, vaginal o rectal. El embarazo no ofrece a las mujeres ni al feto protección adicional contra ellas. Algunas no tienen síntomas, por lo que las mujeres no saben que están infectadas (ej. sífilis).

Realizar la detección de las ITS durante la consulta permitirá dar un tratamiento oportuno y disminuye la probabilidad de transmisión a su pareja (s) o si está embarazada al feto.

Recordar a la mujer que a excepción del uso de condón, los métodos del control de la fertilidad NO previenen contra la infecciones de transmisión sexual

Las pruebas de detección de ITS deben realizarse desde la primera consulta e incluyen:

- Detección para Sífilis
- Detección de Hepatitis B
- Detección de Hepatitis C

Si la unidad cuenta con pruebas para detección de otras ITS como infección por *Neisseriae gonorrhoeae* y *chlamydia trachomatis*, realizar estas pruebas será de gran utilidad toda vez que un porcentaje de estas infecciones son asintomáticas y las repercusiones en la salud son frecuentes.

Es recomendable que el personal de salud aplique el manejo sindromático para el diagnóstico de las ITS cuando carece de estudios de laboratorio específicos.

La utilización del manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual constituye una herramienta recomendada, sobre todo en aquellas unidades de salud o localidades que no cuentan con servicio de laboratorio

para realizar un diagnóstico etiológico.

Una ventaja que tiene el manejo sindromático es que desde la primera consulta se puede dar un tratamiento de acuerdo con el síndrome diagnosticado.

Las ITS pueden dividirse en:

- Ulcerativas: sífilis, herpes simple, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal
- Secretoras: Uretritis gonocócica y no gonocócica (ej. gonorrea, clamidiosis)
- Tumorales: condilomas acuminados y moluscos contagiosos

Si refiere durante la consulta síntomas relacionados a alguna ITS, se debe realizar la exploración física, y de acuerdo al síndrome encontrado establecer un diagnóstico sindrómico para dar tratamiento en el momento.

Se recomienda apoyarse en el Cuadro 1 para establecer un diagnóstico más preciso y un tratamiento adecuado

Cuadro 1. Etiología de las ITS más frecuentes

Patógenos	Agente etiológico	ITS	Período de Incubación
Bacterias	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	21 días
	<i>Nessiseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	3 a 5 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
	<i>Chlamydia trachomatis L₁, L₂, L₃</i>	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancroide	3 a 5 días
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
	<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
	<i>Shigella sp</i> <i>Campilobacter sp</i>	Enteritis Enteritis	Variable, depende la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mobiluncus sp</i>)*	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección
Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 y 1 (VHS) Virus del herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus)	Herpes simple genital Úlceras genitales	2 a 10 días 4 a 8 semanas a más
	Virus del herpes humano tipo 8 Virus del papiloma humano (VPH)	Sarcoma de Kaposi Condilomas acuminados	Variable (en SIDA) 1 a 3 meses
	Virus de la Hepatitis B (VHB) y C	Hepatitis B y C	4-26 semanas (media 6 a 8)
	Virus del <i>Moluscum contagiosum</i> (VMC) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Moluscos contagiosos SIDA	1 a 2 meses Variable
	Protozoarios	<i>Trichomonas vaginales</i>	Tricomoniasis vaginal
<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Giardia lamblia</i>		Uretritis, Úlceras genitales, Enteritis	2 a 4 semanas

	<i>Candida albicans y sp.</i>	Candidiasis vaginal*, Balanopostitis, Uretritis	2 a 4 semanas
Ectoparásitos	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna	2 a 4 semanas
	<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis del pubis	8 a 10 días

*Vaginosis bacteriana y candidiasis no son consideradas ITS

La revisión de las mujeres con sospecha de alguna ITS, debe realizarse con la asistencia del personal de enfermería y aclararle a la usuaria los siguientes puntos:

- El tipo de procedimiento que se vaya a realizar
- Informarle que el material esta esterilizado
- Si el espejo vaginal es desechable informarle que sólo se utilizará una sola vez.

Durante la exploración física es recomendable:

- Pasar a la usuaria a un sitio privado donde pueda realizar el cambio de ropa.
- Tener batas disponibles para la revisión.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica, si cursa con alguna discapacidad motriz ayudarla a recostarse en la mesa de exploración con el apego del personal de enfermería o del acompañante de la usuaria.
- Introducir el espejo vaginal con suavidad siguiendo la anatomía de la vagina.
- Tomar las muestras (papanicolaou o tomas de muestras de secreción).
- Retirar el espejo vaginal con suavidad

Si durante la exploración física se detecta cualquiera de las siguientes situaciones referir a la usuaria al servicio de urgencias para su atención:

- Dolor abdominal intenso
- Antecedente de aborto reciente acompañado de fiebre
- Palpación de masas pélvicas
- Sospecha de embarazo ectópico
- Datos de enfermedad pélvica inflamatoria

Dar un tratamiento oportuno evitará la presencia de complicaciones secundarias que ponen en peligro la vida de la usuaria y complicaciones para el feto si es que está embarazada. Es recomendable revisar la Guía de Diagnóstico y Tratamiento de las ITS para su manejo particular.

Cáncer cervicouterino y VIH

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de los cánceres en las mujeres en México y surge por el crecimiento anormal e incontrolable de células que se multiplican en el cérvix. Algunos tipos de Virus de Papiloma Humano se han considerado como responsables en la evolución a cáncer, cuando están de manera latente. Se estima que afectan a 50 u 80% de las mujeres con actividad sexual por los menos una vez en sus vidas.

El riesgo de contraer la infección por VPH en toda la vida puede ser de 80% pero sólo menos del 2% de las mujeres con VPH desarrollarán cáncer.

Con el surgimiento de la infección por VIH se identificó un incremento en el riesgo de presentar lesiones como NIC en mujeres con infección solamente por VPH. La inmunosupresión se ha considerado un factor en la persistencia y evolución de las lesiones. Diversos estudios han demostrado una alta prevalencia de infección por el virus en mujeres con VIH, comparadas con mujeres sin VIH.

El impacto de la inmunosupresión en la historia natural del VPH incluye la reactivación de lesiones latentes y el establecimiento de lesiones crónicas persistentes. El tratamiento Antirretroviral ha demostrado que al mejorar la inmunosupresión en una persona con VIH el pronóstico mejora, ya que las lesiones no evolucionan. Esto significa que mientras una mujer con VIH se encuentre bajo tratamiento la probabilidad de evolución de lesiones hacia cáncer disminuye. Las mujeres con VIH presentan mayor recurrencia de lesiones no solo subclínicas sino también de lesiones clínicas como son los condilomas acuminados.

¿Qué hacer en la primera visita?

Al momento de realizar la historia clínica y la exploración física debemos informar a la usuaria sobre los procedimientos de diagnóstico que se realizarán. Esto implica comentarle sobre la importancia de la revisión ginecológica con la intención de buscar lesiones de ITS que requieran tratamiento y toma de muestras, específicamente papanicolaou. El formato de datos de la usuaria debe contener su nombre y firma de consentimiento del procedimiento.

Este momento puede ser difícil para la usuaria, ya que como es la primera visita, la vergüenza o el temor pueden ser factores que dificulten la revisión. Disipar las dudas que tenga en relación al procedimiento es fundamental para tener éxito en la revisión. Si se encuentra en su ciclo menstrual se requiere diferir el procedimiento hasta que el sangrado haya pasado, es recomendable que personal de enfermería nos acompañe durante el procedimiento.

“Apenas me lo hizo porque ya tenía año y medio que no me lo hacían el Papanicolaou, pero no es porque ellos no me lo dijeran sino porque yo no lo quería, precisamente porque soy muy estrecha me lastiman mucho, entonces me da pánico...”
Graciela, 36 años, 5 años de diagnóstico, dos hijos negativos, ama de casa, pareja negativa.

De primera intención se debe realizar la toma de papanicolaou como lo establece la norma de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero.

Si durante la exploración física detectamos lesiones de Condiloma Acuminado en vulva, vagina, fondos de saco o cérvix, informar a la usuaria que estas lesiones son producidas por el VPH y que recibirán tratamiento (Revisar la guía de prevención diagnóstico y tratamiento de las ITS). Algunos centros de salud realizan pruebas de detección por biología molecular.

¿Qué hacer cuando tenemos los resultados del Papanicolaou?

La conducta a seguir dependerá de los resultados del estudio y si se trata de una usuaria que tiene VIH.

Si la usuaria es negativa al VIH, y el Papanicolaou reporta solamente cambios inflamatorios sin evidencia de Infección por VPH, NIC o carcinoma in situ, el control por esta prueba de tamizaje deberá seguirse como se establece en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención y control del cáncer cervicouterino, en su centro de salud.

Si el resultado del Papanicolaou reporta como diagnóstico IVPH, NIC I, II o III, carcinoma in situ, se referirá a la usuaria a la clínica de displasia para su atención, si durante la evaluación por colposcopia la usuaria amerita biopsia de lesión, se realizará la biopsia dirigida por colposcopia.

La clínica de displasias determinará si de acuerdo al diagnóstico colposcópico, la usuaria se queda en esa unidad para su tratamiento, la refiere al centro de salud para control con Papanicolaou o se refiere a un centro oncológico.

Si la usuaria es positiva al VIH, y el Papanicolaou reporta solamente cambios inflamatorios sin evidencia de Infección por VPH, NIC o carcinoma in situ, el control por este método deberá seguirse como lo establece en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención y control del cáncer cervicouterino, en la unidad de atención, toda vez que la probabilidad de evolución del virus si está presente, es alta.

Si el resultado del Papanicolaou reporta como diagnóstico IVPH, NIC I, II o III, carcinoma in situ, y la unidad de atención dispone de una clínica de displasias, se enviará al servicio para corroborar el diagnóstico y tomar la biopsia dirigida, de ser el caso, para tomar la conducta a seguir. Si la unidad no cuenta con el servicio, referir a la usuaria al centro hospitalario que cuente con este recurso para su atención.

Debemos recordar a la usuaria la importancia que tiene tomar el tratamiento antirretroviral para fortalecer el sistema inmunológico, de esta manera la persistencia o recurrencia de lesiones será más baja.

¿Qué recomendar a las mujeres con VPH?

- Proveer de información sobre la importancia de realizar el papanicolaou
- Si tiene vida sexual informar sobre la importancia del uso de condón masculino o femenino para adquirir otras ITS
- Proporcionar condones
- Si hay síntomas de secreción vaginal realizar el diagnóstico y dar el tratamiento acorde a los hallazgos clínicos (revisar la Guía de Prevención Diagnóstico y Tratamiento de las ITS) (Cruz, 2011)
- No fumar.

Mujer Adolescente con el VIH y Salud Reproductiva

La adolescencia ha sido definida por la OMS como el período durante el cual:

- La persona presenta aparición de los caracteres sexuales secundarios que se desarrollarán hasta la madurez sexual y reproductiva.
- Se inician los procesos psicológicos que harán que la persona evolucione de niño a adulto.
- Se dará la transición de un estado de dependencia socioeconómica a otro de relativa independencia.

Debido a que el mayor número de casos de mujeres con el VIH e ITS se encuentra focalizado entre las etapas productivas y reproductivas cada vez es mayor el número de mujeres adolescentes con el VIH. Además, en este grupo en particular se concentran las tasas más elevadas de embarazos no deseados que terminan en abortos ejecutados en condiciones de riesgo.

- Es necesario reforzar estrategias encaminadas a prevenir la reinfección por el VIH, la adquisición de infecciones de transmisión sexual y el embarazo en mujeres adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud indica "que las adolescentes son elegibles para utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas, sin que la edad constituya una razón médica para negar cualquier método anticonceptivo a la adolescente".

El diálogo que necesitamos establecer con las mujeres adolescentes debe ser:

- Sincero.
- Respetuoso.
- Con buena comunicación.
- Franco acerca de la sexualidad.
- Encaminado a dirigir la información de acuerdo con la edad de la mujer.
- Sin regaños
- Sin juicios.

¿Qué beneficios se logran en Adolescentes con la Consejería?

Del total de casos notificados de SIDA entre mujeres hasta 2013, una tercera parte corresponde a edades entre 15 y 29 años. Sin embargo, el riesgo de infección entre las jóvenes crece consistentemente, dado que la razón de contagios masculinos es mayor entre jóvenes de 15 a 29 años (3.4) que entre mayores de 30 años (4.2) (SS/INSP/CENSIDA, 2008). Estas cifras están relacionadas con las condiciones que dificultan el uso de condones entre los jóvenes de nuestro país: en una encuesta realizada en 2012 entre mujeres entre 12 y 19 años de edad, la mitad de las que habían tenido relaciones sexuales ya había estado embarazada en alguna ocasión (INSP, 2013)

- Promoción de relaciones sexuales placenteras, seguras y responsables.
- Ayudar a que la población adolescente elabore proyectos de vida.
- Ayudar a prevenir embarazos no planeados.
- Prevenir la práctica de abortos inseguros.

¿Qué tipo de información debemos proporcionar?

La información estará encaminada a abordar la problemática más común en esta etapa de la vida acerca de:

- Conocimientos básicos sobre el VIH y las ITS.
- Riesgos y consecuencias de las relaciones sexuales desprotegidas.
- Comportamientos sexuales de riesgo.
- El uso de los anticonceptivos, incluyendo los de emergencia.
- Apego al tratamiento antirretroviral.
- Tratamiento de las ITS a través del manejo sindromático.

Consideraciones especiales sobre los anticonceptivos

Los criterios de elegibilidad anticonceptiva son similares a los comentados en la sección de métodos anticonceptivos en adultas.

1. En una condición en la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo puede usarse el método en cualquier circunstancia.
2. En una condición en la que las ventajas de usar los métodos generalmente sobrepasan los riesgos comprobados o teóricos se puede usar el método.
3. En una condición en la que los riesgos comprobados o teóricos generalmente sobrepasan las ventajas de usar el método no se recomienda el uso del método. Se requiere la decisión clínica de un médico porque se necesita vigilancia y seguimiento regulares.
4. En una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo éste no se debe usar.

Según las guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes con el VIH en los Estados Unidos de América, los anticonceptivos hormonales pueden interactuar incrementando o disminuyendo las concentraciones sanguíneas de antirretrovirales como amprenavir, efavirenz, lopinavir, nelfinavir, nevirapina o ritonavir. Estos fármacos antirretrovirales pueden disminuir la efectividad de los métodos anticonceptivos orales. Por lo que ante esta situación hay que considerar un método adicional o alternativo a los anticonceptivos orales; por ejemplo, el uso correcto y consistente del condón masculino y femenino que evitan un embarazo no planeado y previenen la reinfección por el VIH y otras ITS.

Debido a que ningún método se contraindica en adolescentes, la OMS coloca el DIU y los métodos definitivos (vasectomía y ligadura de trompas de Falopio) en la categoría 2. En cuanto al DIU, una adolescente que no ha tenido hijos tiene más riesgo de presentar mayores tasas de expulsión y de efectos colaterales, así como del riesgo de infecciones en el tracto reproductivo alto (útero, trompas de Falopio y ovarios) durante su inserción, por la presencia o antecedente de ITS.

Respecto a los métodos permanentes (en los que su aplicación no permite el retorno a la fertilidad), la OMS recomienda su uso con consejería y consentimiento informado. Asimismo, indica que ningún método para las adolescentes se encuentra en categoría 3 o 4, recomendando la consejería y el seguimiento médico en mujeres que se encuentren en categoría 2, ofreciendo otras opciones anticonceptivas.

En México, a través de los instrumentos legales nacionales e internacionales que el gobierno mexicano ha firmado y ratificado, se reconoce que las y los adolescentes menores de 18 años de edad pueden adquirir, a través de la evolución de sus capacidades, la suficiente madurez para responsabilizarse de sus decisiones, pudiendo acudir a un servicio de planificación familiar y solicitar un método anticonceptivo en igualdad de condiciones que una persona adulta, *sin ser necesaria la presencia de los padres y tutores*, y respetándose así su derecho a la confidencialidad.

En la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993 de técnicas para la prestación de los servicios de los Servicios de Planificación Familiar se encuentran la anticoncepción en adolescentes en México y sus disposiciones generales así como sus especificaciones.

*DERECHOS HUMANOS DE LAS
JÓVENES Y NIÑAS
Educación sexual
Servicios de salud sexual y
reproductiva
Mecanismos de protección contra
infecciones sexualmente
transmisibles
Métodos anticonceptivos
Ley Federal de Protección de los
Derechos de los Niños, niñas y
adolescentes*

CLIMATERIO Y VIH

El climaterio se define como el período de transición que se presenta antes y después de la menopausia, tiene una duración variable en años y ocurre como resultado de la disminución en la producción de estrógenos. Durante esta etapa ya se han utilizado todos los folículos ováricos y no se producen las hormonas responsables de regular el ciclo menstrual, lo cual produce cambios en aparatos y sistemas que ponen en situaciones difíciles la salud de la mujer.

Actualmente con el tratamiento antirretroviral la expectativa de vida en las mujeres ha aumentado, por lo que tendremos usuarias en la consulta que sobrepasen los 50 años de edad y que demandarán de atención específica.

¿Las mujeres durante el climaterio pueden adquirir la infección por VIH o alguna ITS?

La forma de transmisión más común del VIH y las ITS es a través de las prácticas sexuales desprotegidas. Muchas mujeres que se encuentran en esta etapa de la vida pueden tener poca o nula percepción de riesgo, e incluso escasa información sobre el tema. Además, el riesgo biológico es mayor ya que al haber una disminución fisiológica en la secreción de estrógenos la mucosa vaginal inicia un proceso de atrofia que favorece una mucosa reseca e irritada con mayor crecimiento bacteriano local, lo cual incrementa el proceso inflamatorio local. Estas situaciones tendrán como consecuencia dolor vaginal durante las prácticas sexuales, lo cual incrementa el traumatismo e implica mayor riesgo de adquisición.

¿Cuáles son los síntomas que se presentan en esta etapa?

Los síntomas que se presentan son variados y dependerán de cada mujer, los síntomas más comunes son:

- Inicio de períodos menstruales irregulares, la mujer refiere que su ciclo menstrual se va retrasando y que la cantidad de sangrado es menor, así como la duración, comparado como se presentaban en otros años.
- “Bochornos” u oleadas de calor en la parte superior del cuerpo que se acompañan de enrojecimiento de cara y cuello. Estos síntomas sólo duran algunos segundos y la frecuencia de presentación es variable. Los bochornos deben diferenciarse de las sudoraciones nocturnas que ocurren con frecuencia en mujeres con VIH por lo que pueden confundirse.
- Resequedad vaginal acompañada de ardor o dolor en la vagina, molestias frecuentes para orinar
- Dolor durante las prácticas sexuales
- Alteraciones del sueño
- Cambios de humor

- Cansancio, fatiga
- Depresión
- Aumento de grasa a nivel de la cintura abdominal con pérdida de la elasticidad de la piel
- Atrofia de las mamas
- Osteopenia (detectada a través de los exámenes de Osteodensitometria)
- Osteoporosis (detectada a través de los exámenes de Osteodensitometria)

Si al momento de realizar la prueba de detección para el VIH tenemos un resultado negativo y la usuaria se encuentra en período de ventana, se debe realizar el seguimiento de acuerdo al último riesgo y trabajar las intervenciones de prevención con el equipo multidisciplinario de la unidad, donde el equipo de salud mental tendrá un papel importante para la prevención. Si la usuaria refiere síntomas de climaterio es importante derivarla al servicio de ginecología para su control.

¿Qué hacer si se confirma un resultado positivo?

Si el resultado es positivo a la prueba de VIH es preciso hacer la evaluación por el servicio de medicina interna. Si la hay síntomas descritos se recomienda enviar al servicio de ginecología.

Las publicaciones actuales refieren que no hay cambios entre los síntomas del climaterio en mujeres con el VIH y mujeres negativas. No hay evidencia que la infección por VIH y el inicio de tratamiento antirretroviral modifiquen esta etapa en la mujer.

¿Los síntomas del climaterio se pueden confundir con síntomas producidos por el VIH?

Algunos síntomas pueden confundirse durante estas etapas, sobre todo si la mujer cursa con algún padecimiento de fondo como Diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias u otros trastornos metabólicos y depresión. La evaluación inicial de la usuaria debe ser integral y debe tratar de identificar si los síntomas son secundarios a la infección por VIH, o por los padecimientos descritos o por el climaterio. El tratamiento antirretroviral debe iniciarse en la mujer de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Manejo de Personas con VIH del CENSIDA.

¿Qué efectos pueden tener los antirretrovirales durante el climaterio?

En el caso de la mujer que está cursando la etapa de climaterio, los efectos secundarios pueden incrementarse, de modo que si se presentan, debe llevarse a cabo una la vigilancia por parte del servicio de medicina interna y ginecología.

Un problema común descrito en la literatura es que la patogénesis de la osteoporosis en personas con VIH no ha sido completamente aclarada. Sin embargo hay factores de riesgo como el hipogonadismo, peso bajo, tabaquismo, uso de alcohol y otras drogas que se usan frecuentemente en jóvenes con VIH y que se asocian a este problema.

La pérdida ósea con el VIH también se relaciona con otras alteraciones metabólicas como la intolerancia a la glucosa, dislipidemia, lipoacumulación central y descenso de grasa corporal total.

Las mujeres que viven con VIH, con síndrome de desgaste y bajos niveles de testosterona, presentan reducción de la Densidad Mineral Ósea, lo que favorece la aparición más temprana de osteopenia y osteoporosis.

El tratamiento antirretroviral induce una marcada y clínicamente significativa reducción en la densidad mineral ósea (2%–6%), independientemente del tipo de esquema de tratamiento antirretroviral que se inicie.

¿Qué exámenes de control se recomiendan?

El apoyo con los exámenes de laboratorio y gabinete nos ayudarán a evaluar el grado de afectación, si es que existe, y permitirán realizar el seguimiento del padecimiento.

La detección inicial incluye:

- Biometría Hemática
- Química sanguínea
- Examen general de orina
- Detección de otras coinfecciones como Hepatitis B y C
- VDRL
- Mastografía anual después de los 40 años
- Osteodensitometria central (columna y cadera)
- Papanicolaou
- Colposcopia
- Ultrasonido de hueco pélvico
- Ultrasonido mamario
- Perfil hormonal
- Determinación de electrolitos

- Cultivos vaginales
- Evaluación de riesgo cardiovascular
- Evaluación de depresión por el servicio de salud mental
- Determinación de CD4 y CV
- Calcio, fósforo y magnesio

Los exámenes de seguimiento se realizarán de acuerdo a la evolución del padecimiento y a las condiciones de la usuaria.

¿Qué manejo se debe dar en estas pacientes?

Guías Generales para la Salud Ósea

Es importante enfocarse en factores que mejoren la salud ósea como la ingesta de calcio y vitamina D. Dada la elevada prevalencia de deficiencia de vitamina D entre la población con VIH, se recomienda un suplemento de 1000–1500 mg de calcio y 800–1000 UI de vitamina D diariamente. Particularmente en mujeres postmenopáusicas, mejora la densidad mineral ósea y reduce la posibilidad de fracturas. Se recomiendan 30 minutos de ejercicio con peso al menos 3 días a la semana, para mantener la fuerza muscular y el balance como medidas de prevención de caídas, y suspender el consumo de tabaco y alcohol.

Si se identifica una causa secundaria, se debe proporcionar el tratamiento específico. En caso de medicamentos preferentemente suspenderlos y modificar la terapia a una droga de menor riesgo o sin riesgo, considerando los factores adicionales para riesgo de fracturas y osteoporosis franca.

¿Qué recomendaciones generales debemos dar a las usuarias?

- Proveer de información sobre los riesgos de reinfección si vive con VIH y tiene pareja con diagnóstico de VIH
- Promocionar el uso de condón durante las prácticas sexuales
- Recordar que probablemente será difícil el abordaje por las condiciones socioculturales de las mujeres a esta edad, ya que pueden no estar familiarizadas con el condón ni con el uso, así como enseñarles a usarlo correctamente
- Si hay síntomas de resequeidad vaginal, recomendar el uso de lubricante a base de agua y dar tratamiento con estrógenos locales para disminuir los síntomas
- No fumar
- Evitar tomar bebidas alcohólicas
- Realizar ejercicio
- Llevar una dieta baja en calorías y grasas (interconsulta con el servicio)

de nutrición)

- Evitar el sobrepeso
- Evitar ingerir bebidas alcohólicas
- Control de los padecimientos agregados como la hipertensión arterial, diabetes mellitus
- Control de los triglicéridos e hipercolesterolemia

Intervenciones farmacológicas específicas

Bisfosfonatos (Terapia de primera línea).

Estos se unen a la matriz ósea e inhiben la resorción osteoclástica. Reducen el riesgo general de fractura y particularmente fracturas vertebrales cuando son administrados semanales (alendronato) o mensuales (risedronato e ibandronato). Los bisfosfonatos intravenosos incluyen ibandronato (dado cada 3 meses) y ácido zoledrónico (dado anualmente).

Terapias de Segunda línea para osteoporosis.

En mujeres postmenopáusicas la osteoporosis puede ser tratada con terapia hormonal de remplazo estrogénico. Sin embargo, dado el riesgo de cáncer (mama y endometrial), riesgo cardiovascular y trombosis venosa profunda, no se recomiendan como terapia de primera línea. En este contexto el raloxifeno puede ser una alternativa razonable a los bisfosfonatos ya que no incrementa el riesgo de cáncer de mama. La calcitonina intranasal tiene eficacia relativamente baja comparada con los bisfosfonatos. La Teriparatide (análogo de PTH) estimula la formación de hueso nuevo por incrementar el número y/o actividad de osteoblastos formadores de hueso, pero debe reservarse para aquellos pacientes que han empleado bisfosfonatos.

Cambios de la terapia antirretroviral.

No existe evidencia que sugiera una modificación de la terapia antirretroviral en el contexto de densidad mineral ósea baja.

Monitoreo del tratamiento de la osteoporosis.

Se debe realizar DEXA cada 1-2 años después del inicio de la terapia para la osteoporosis. Si la densidad mineral ósea se estabiliza o mejora, debe considerarse monitoreo menos frecuente. Los marcadores de recambio óseo se reducen en un 30%–50% dentro de las primeras 6 semanas del inicio de terapia con bisfosfonatos, aunque estos marcadores no son de uso rutinario en el monitoreo de la osteopenia/osteoporosis en el contexto del VIH.

Referencia al especialista.

Debe considerarse la valoración por un Endocrinólogo o reumatólogo cuando:

- La osteoporosis es grave en el primer diagnóstico
- Existen causas secundarias significativas que contribuyen a la baja densidad mineral ósea
- En casos de falla terapéutica o intolerancia.

Bibliografía y referencias

Agboghoroma, Chris (2011) "Contraception in the context of HIV/AIDS: A review", *African Journal of Reproductive Health*, 15:3, pp. 15-23.

Allen, Betania y Pilar Torres Pereda (2008) "Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias", en Córdoba Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (2008) (eds.) *25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos*, Secretaría de Salud, SS/INSP/CENSIDA, México, pp. 275-287

Casique, Irene y Roberto Castro (2012) *Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2011*, Cuadernos de Trabajo 35, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 144-213, México.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2004) *Atención médica a personas violadas*.
<http://bvs.insp.mx/articulos/9/personasvioladas.pdf>, consultado el 20 de noviembre de 2013.

Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA)/Secretaría de Salud. (2004) *Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático en las Infecciones de Transmisión Sexual*, México.

Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA)/Secretaría de Salud (2009a) "El VIH/SIDA en México",
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf, consultado el 8 de diciembre de 2013.

---- (2009b). Casos acumulados por edad y sexo
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_grupoedad_ysexo.pdf, consultado el 22 de julio de 2013.

Cohan, Deborah y Abner Korn (2001) "Gynecologic care of women infected." *Am J Epidemiology*, 44:2, 226-242.

Comisión Nacional de Derechos Humanos/CNDH (2012) *Las mujeres, el VIH y los derechos humanos*, México.

Córdoba Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (2008) (eds.) *25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos*, Secretaría de Salud, SS/INSP/CENSIDA, México

Cornejo Juárez, Patricia, Patricia Volkow Fernández y Alejandro Mohar Betancourt (2008) "Neoplasias y SIDA", en Córdoba Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (eds.) *25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos*, Secretaría de Salud, SS/INSP/CENSIDA, México, pp. 231-238.

Cruz Palacios Carlos, Ubaldo Ramos Alamillo y Andrea González Rodríguez (2011) *Guía de Prevención, Diagnóstico y tratamiento de las ITS*, Fundación Mexicana para la Salud, México

De Keijzer, Benno (1997) "El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva", en Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa.

Dworkin, Shari L (2013) "Who is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic? Gender, sexuality and intersectionality in public health", *Culture, Health and Sexuality*, 7:6, 615-623.

Grupo de Información en Reproducción Elegida/GIRE (2013) "Legislación estatal", https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content%20&view=article&id=%20409&Itemid=1154&lang=es, consultado el 13 de diciembre de 2013.

Hirsch, Jennifer, Sergio Meneses, Brenda Thompson, Mirka Negroni, Blanca Pelcastre, and Carlos del Rio (2007) "The Inevitability of Infidelity: Sexual Reputation, Social Geographies, and Marital HIV Risk in Rural Mexico", *American Journal of Public Health*, 97:6, pp. 986-996.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2013) *Encuesta Nacional de Salud. Resultados nacionales 2012*, <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>, consultada el 19 de diciembre de 2013.

Kendall, Tamil (2009) "Reproductive rights violations reported by mexican women with HIV", *Health and Human Rights*, 11:2, pp. 77-87

Liguori, Ana Luisa y Marta Lamas (2003) "Commentary: Sexual citizenship and HIV/AIDS", *Culture, Health and Sexuality*, Vol. 5:1, pp. 87-90.

Magis Rodríguez, Carlos, Marcelo De Luca, Tyler Martz, Enrique Bravo García y Patricia Volkow, "Panorama epidemiológico", (2010) en Torres Pereda, María del Pilar (ed.) *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*. Serie Ángulos del SIDA, Volumen 10, CENSIDA, INMUJERES / INSP.

Martin-Onraet, Alexandra, Andrea González Rodríguez, M Guerrero Almeida, Carlos Magis Rodríguez, Patricia Volkow Hernández, V. Álvarez Hernández y Juan Sierra Madero (2012) *Oportunidades perdidas de diagnóstico y presentación en etapas avanzadas en mujeres mexicanas con VIH*, Inédito, México.

Medilex/Consultoría Médico Legal, SA de CV (bajo la dirección de Pedro Isabel Morales Aché) (2006) *Manual para la atención jurídica de casos de violación a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA*, Letra S. Salud, Sexualidad. SIDA, México.

Navarrete, Cynthia (s/f) *Guía para la Prevención y atención del VIH/SIDA e ITS en mujeres Trabajadoras Sexuales*. Navarrete, APROASEA, México.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>, consultada el 13 de noviembre de 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>, consultada el 13 de noviembre de 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>, consultada el 13 de noviembre de 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>, consultada el 13 de noviembre de 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>, consultada el 13 de noviembre de 2013.

Organización de las Naciones Unidas, “ONUSIDA: la violencia de género aumenta posibilidades de que las mujeres contraigan el VIH”, en Centro de Noticias ONU, disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=28083#.UpV7ZdJL00f>, consultado el 24 de noviembre de 2013.

Organización Mundial de la Salud (2003) *Aborto sin riesgos. Guía Técnica y políticas para Sistemas de Salud*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2013.

Panlilio A. Cardo D. Gohskopf L, Heneine N, Roos C (2005) *Update U.S Public Health Service Guidellines for the management of occupational exposures to HIV and Recommendations for postexposure prophylaxis*. 54 :RR09, pp. 1-17.

Population Council (2008) “Evaluación de talleres para mujeres que viven con VIH/SIDA”, Inédito, México, citado en *Modelo de atención y prevención del VIH para las mujeres de la ciudad de México*, GDF/Sedesol/Inmujeres DF/Balance.

Rao Gupta, Geeta, Justin O Pankhurst, Jessica A Ogden, Peter Aggleton and Ajay Mahal (2008) “Structural approaches to HIV prevention”, *The Lancet*, 372: 9640, pp. 764-775.

Riquer, Florinda y Roberto Castro (coords.) (2012) *Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. Presentación y síntesis de resultados*, Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, México.

Rivas Zivy, Martha, Ana Amuchástegui y Adriana Ortiz-Ortega (1999) “La negociación de los derechos reproductivos en México”, *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, en Adriana Ortiz-Ortega (comp.) EDAMEX/UAM, México.

Ruiz Argüelles, Alejandro (2008) “Aspectos Inmunológicos de la Infección por VIH/SIDA”, en Córdoba Villalobos, José Ángel, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (2008) (eds.) *25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos*, Secretaría de Salud, SS/INSP/CENSIDA, México, pp. 161-180.

The Lancet, (2011) “HIV treatment as prevention –it works. Editorial”, Vol. 377: 9779, p. 1719.

Torres, Pilar, Ángel Zarco Mena, y Betania Allen Leigh (2010) “Prevención”, en Torres Pereda, María del Pilar (ed.) *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*. Serie Ángulos del SIDA, Volumen 10, CENSIDA, INMUJERES / INSP, México

World Health Organization/WHO (2012) *Hormonal contraception and HIV. Technical statement*, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/hc_hiv/en/, consultado el 15 de noviembre de 2013.

World Health Organization/WHO (2009) *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 4th ed, www.cdc.gov/std/spanish, consultado el 10 de diciembre de 2013.