



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



Maestría en Epidemiología 2004-2006

Tesis para optar al Título de Maestra en Epidemiología

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS RELACIONADOS
CON EL VIH/SIDA EN EMBARAZADAS, SILAIS RAAS,
FEBRERO – MARZO, 2006**

Autora: Gina Johanna Hodgson Acevedo MD

Tutor: Manuel de Jesús Martínez M. MSc

Managua, Nicaragua Junio 2006

INDICE

DEDICATORIA	<i>i</i>
AGRADECIMIENTO	<i>ii</i>
RESUMEN	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVOS	9
VI. MARCO DE REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	26
VIII. RESULTADOS	31
IX. DISCUSIÓN	37
X. CONCLUSIONES	42
XI. RECOMENDACIONES	44
XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	47
ANEXOS	
a. Operacionalización de variables	
b. Tablas de Características sociodemográficas	
c. Encuesta	
d. Prospecto de pruebas rápidas	

DEDICATORIA

A DIOS:

Sobre todas las cosas fuente de amor y sabiduría. Por que me permitió llegar al final de ésta etapa tan importante en mi vida e ilumino mi camino.

A MI FAMILIA:

A mis padres por su apoyo incondicional, gracias por hacer de mi lo que ahora soy y convertirme en una persona de buenos principios.

AGRADECIMIENTO

La realización del presente trabajo no pudo haber sido posible sin la colaboración y apoyo de diferentes personas e instituciones. Así, quiero dar a conocer a través de estas sencillas pero sinceras palabras mi agradecimiento

Al Proyecto Horizonte 3000, por haberme dado su autorización para utilizar las pruebas rápidas para diagnóstico de VIH, realizadas en embarazadas de los diferentes municipios del SILAIS RAAS.

A mi coordinadora de maestría Martha González PhD y tutor Manuel Martínez MSc quienes con sus conocimientos y experiencias realizaron revisiones y señalamiento oportunas con los cuales logré mejorar cada vez más el contenido de la investigación.

A la Dra. Yaneth López (responsable del programa de ITS/VIH/SIDA por su apoyo incondicional sobre todo para establecer coordinaciones con los municipios para la recolección de muestras y con el hospital para la atención especializada de las pacientes que resultaron ser positivas.

A todo personal de salud que me apoyo de forma incondicional ofertando la prueba, brindando consejería pre y post y procesando las pruebas de las embarazadas.

A todas las mujeres embarazadas de los municipios que aceptaron realizarse la prueba.

RESUMEN

El presente estudio describe los comportamientos de riesgo así como la prevalencia de período para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentes en las embarazadas que asisten al Control Prenatal, en el área urbana de los municipios del SILAIS - RAAS, entre los meses de Febrero a Marzo del 2006.

El diseño del estudio realizado es descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron como sitios centinelas los 7 municipios atendidos por el SILAIS RAAS, a las cuales se les asignó un número de embarazadas a muestrear el cual se calculó a través del programa de Epi-Info. El muestreo fue por conveniencia, escogiéndose 345 embarazadas de las que acudían a su control prenatal y que posterior a la pre-consejería, oferta y aceptación de la prueba de VIH se les llenó ficha epidemiológica y realizó prueba rápida (Capillus / Hexagón). El procesamiento de las pruebas fue en cada unidad de salud enviándose al laboratorio Regional el 100% de los positivos y el 10% de los negativos, el análisis estadístico se hizo en el programa Epi – info 3.3.2

Entre las características sociodemográficas se encontró que el 32.4% eran adolescentes, un 62.6% inicio su vida sexual activa entre lo 15 a 19 años, el 69.9 % mantienen una relación de hecho estable, el 82.9% son amas de casa, y un 59.9% pertenecen a la etnia mestiza.

Entre los comportamientos de riesgo se encontró un 53% de embarazadas con historia de múltiples parejas sexuales, el no uso de preservativo en un 67.8%, un 27.8% reportó haber tenido Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y un 2.8% refirió haber sido abusada sexualmente.

Se encontró una prevalencia de VIH en la RAAS de 0.6% (2/345). La prevalencia para el municipio de Bluefields de 0.5% y para Laguna de Perlas 8.3%. Por grupo étnico fue 1.4% para la etnia Creole y de 1.9% para los Miskitus.

INDICE

DEDICATORIA	<i>i</i>
AGRADECIMIENTO	<i>ii</i>
RESUMEN	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVOS	9
VI. MARCO DE REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	26
VIII. RESULTADOS	31
IX. DISCUSIÓN	37
X. CONCLUSIONES	42
XI. RECOMENDACIONES	44
XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	47
ANEXOS	
a. Operacionalización de variables	
b. Tablas de Características sociodemográficas	
c. Encuesta	
d. Prospecto de pruebas rápidas	

DEDICATORIA

A DIOS:

Sobre todas las cosas fuente de amor y sabiduría. Por que me permitió llegar al final de ésta etapa tan importante en mi vida e ilumino mi camino.

A MI FAMILIA:

A mis padres por su apoyo incondicional, gracias por hacer de mi lo que ahora soy y convertirme en una persona de buenos principios.

AGRADECIMIENTO

La realización del presente trabajo no pudo haber sido posible sin la colaboración y apoyo de diferentes personas e instituciones. Así, quiero dar a conocer a través de estas sencillas pero sinceras palabras mi agradecimiento

Al Proyecto Horizonte 3000, por haberme dado su autorización para utilizar las pruebas rápidas para diagnóstico de VIH, realizadas en embarazadas de los diferentes municipios del SILAIS RAAS.

A mi coordinadora de maestría Martha González PhD y tutor Manuel Martínez MSc quienes con sus conocimientos y experiencias realizaron revisiones y señalamiento oportunas con los cuales logré mejorar cada vez más el contenido de la investigación.

A la Dra. Yaneth López (responsable del programa de ITS/VIH/SIDA por su apoyo incondicional sobre todo para establecer coordinaciones con los municipios para la recolección de muestras y con el hospital para la atención especializada de las pacientes que resultaron ser positivas.

A todo personal de salud que me apoyo de forma incondicional ofertando la prueba, brindando consejería pre y post y procesando las pruebas de las embarazadas.

A todas las mujeres embarazadas de los municipios que aceptaron realizarse la prueba.

RESUMEN

El presente estudio describe los comportamientos de riesgo así como la prevalencia de período para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentes en las embarazadas que asisten al Control Prenatal, en el área urbana de los municipios del SILAIS - RAAS, entre los meses de Febrero a Marzo del 2006.

El diseño del estudio realizado es descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron como sitios centinelas los 7 municipios atendidos por el SILAIS RAAS, a las cuales se les asignó un número de embarazadas a muestrear el cual se calculó a través del programa de Epi-Info. El muestreo fue por conveniencia, escogiéndose 345 embarazadas de las que acudían a su control prenatal y que posterior a la pre-consejería, oferta y aceptación de la prueba de VIH se les llenó ficha epidemiológica y realizó prueba rápida (Capillus / Hexagón). El procesamiento de las pruebas fue en cada unidad de salud enviándose al laboratorio Regional el 100% de los positivos y el 10% de los negativos, el análisis estadístico se hizo en el programa Epi – info 3.3.2

Entre las características sociodemográficas se encontró que el 32.4% eran adolescentes, un 62.6% inicio su vida sexual activa entre lo 15 a 19 años, el 69.9 % mantienen una relación de hecho estable, el 82.9% son amas de casa, y un 59.9% pertenecen a la etnia mestiza.

Entre los comportamientos de riesgo se encontró un 53% de embarazadas con historia de múltiples parejas sexuales, el no uso de preservativo en un 67.8%, un 27.8% reportó haber tenido Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y un 2.8% refirió haber sido abusada sexualmente.

Se encontró una prevalencia de VIH en la RAAS de 0.6% (2/345). La prevalencia para el municipio de Bluefields de 0.5% y para Laguna de Perlas 8.3%. Por grupo étnico fue 1.4% para la etnia Creole y de 1.9% para los Miskitus.

I. INTRODUCCIÓN

La diseminación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa en la mayoría de los países del mundo. Si bien cada vez se conoce más sobre el virus, aún no se ha logrado documentar muchos aspectos de la epidemia relacionados con el comportamiento.

Esta enfermedad ha tomado dimensiones de epidemia que varía en diferentes regiones, siendo de carácter concentrada (menor de 1% en embarazadas) en la mayoría de países de Centro América, pero Honduras y Belice presentan una epidemia generalizada en muchas regiones del país¹.

Esta diferencia de epidemia de bajo nivel a generalizada va de la mano con el grado de feminización de la misma, en Nicaragua a principios de la década de los 90, la relación hombre mujer para el VIH era 15:1 y para finales del 2005 pasó a 2.5:1, lo que evidencia el grado de vulnerabilidad de la mujer, especialmente la mujer en edad fértil y por consiguiente de la niñez².

La principal fuente de infección del VIH en los niños menores de 15 años es la transmisión materno infantil (Transmisión Vertical o Perinatal), este virus puede transmitirse durante el embarazo (en las etapas tardías principalmente), el parto o la lactancia.

En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que un recién nacido contraiga el virus a través de una madre infectada oscila entre el 15% y el 25% en los países industrializados, y entre el 25% y 35% en los países en desarrollo. Esa diferencia se debe principalmente a las prácticas de alimentación donde la lactancia materna es más frecuente y suele mantenerse durante más tiempo, aumentando a más del 40% si ésta es exclusiva, y se mantiene hasta los 2 años de edad como sucede en países tercer mundistas².

Las intervenciones más eficaces para prevenir la transmisión materno infantil dependen del conocimiento que tenga la mujer embarazada respecto al VIH, lo que a su vez, depende de la disponibilidad de servicios de información, consejería y diagnóstico a través de pruebas voluntarias del VIH, así como la disponibilidad de antirretrovirales para reducir el riesgo en el bebé.

La población de embarazadas es una de las más indicadas para monitorear el estadio de la epidemia del VIH/SIDA en la población general, además este grupo constituye una buena representación de la población sexualmente activa, con una vulnerabilidad similar a la de la población general.

Por tal motivo, y considerando la feminización que lleva la epidemia en Nicaragua y aún más en la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), donde la razón hombre mujer es de 1:1, se realizó este estudio con metodología de sitio centinela para embarazadas, que permitió aportar información epidemiológica para caracterizar mejor la epidemia de VIH/SIDA, así como a identificar los comportamientos de riesgos que pueden estar asociados a la prevalencia e instaurar tratamiento a lo inmediato para disminuir la transmisión del VIH madre-hijo.

II. ANTECEDENTES

En la actualidad el VIH/SIDA es una de las enfermedades que está cobrando muerte en los habitantes de todo el mundo, según el informe de ONUSIDA en el 2005 el número de personas que vivían con el virus alcanzó 40.3 millones de personas, de las cuales 17. 5 millones eran mujeres, y en el mismo año hubo 4.9 millones de nuevas infecciones, falleciendo 3,1 millones ¹.

En Haití las últimas encuestas de vigilancia en mujeres embarazadas indican que la prevalencia del VIH varía entre el 1,8% y casi el 7% en diferentes partes del país, en Jamaica se mantuvo en 1.4% a nivel nacional en el 2002³. En Nicaragua de 0.2% para el 2004.

Las mujeres que contraen la infección por VIH lo hacen a edades más tempranas que los varones, y la diferencia en la prevalencia del VIH entre ambos sexos continúa estrechándose. A comienzos de la epidemia en África subsahariana, los varones superaban de forma desproporcionada a las mujeres que vivían con el VIH, pero actualmente hay un promedio de 13 mujeres infectadas por cada 10 varones infectados, (un ulterior crecimiento respecto a la relación de 12:10 constatada en 2002). La diferencia entre los niveles de infección es más pronunciada en las zonas urbanas (14 mujeres por cada 10 varones) que en las rurales (12 mujeres por cada 10 varones)³.

Existe una enorme diversidad en todo el subcontinente africano en lo que respecta a niveles y tendencias de la infección por el VIH . África meridional sigue siendo la región más afectada del mundo; así, datos de dispensarios prenatales seleccionados demostraron que en 2002 la prevalencia del VIH superaba el 25%, después de un incremento rápido desde tan sólo el 5% en 1990. En 2002, la prevalencia entre mujeres embarazadas de zonas urbanas era del 13% en África oriental, lo que supone un descenso considerable respecto al

20% constatado a principios de los años de 1990. Durante el mismo período, la prevalencia en África central y occidental ha permanecido estable.³

En Brasil aunque la prevalencia nacional del VIH entre embarazadas ha permanecido por debajo del 1%, en algunos estados se ha encontrado una alta prevalencia, hasta del 3-6% en lugares del estado de Rio Grande do Sul, al sur del país³.

En Honduras aproximadamente una tercera parte de la población vive con el VIH. Con una prevalencia nacional estimada de poco menos del 2% en la población adulta, ya en 1999, los niveles medios de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas iban del 2,9% en zonas urbanas al 3,6% en algunas zonas rurales.

En Guatemala la información disponible sugiere una propagación desigual del VIH. Entre las mujeres embarazadas, los niveles de VIH han variado de casi el 0% a más del 1% en Retalhuleu y San Marcos.

Nicaragua contribuye a la pandemia que afecta principalmente a la población económicamente activa. En 1987 se detectó el primer caso de SIDA en Nicaragua, reportándose para diciembre del 2005, 2,031 personas infectadas, ocupando los tres primeros lugares en tasa de prevalencia el departamento de Chinandega (74.1x100,000 habitantes), Managua (65.7x 100,000 hab.) y la RAAS con 49 casos (45.24 x 10,000 hab.). Hace 10 años se captaban a 4 personas al mes con VIH ahora 1.3 persona al día⁴.

En 1990 se realizó un estudio CAP en estudiantes de secundaria del distrito IV de Managua en dos colegios públicos (maestro Gabriel y Experimental México) llegando a la conclusión de que la respuesta a la encuesta sobre conocimiento actitudes y prácticas sobre el VIH/ SIDA tenían similitud, por lo que los resultados fueron presentados juntos. Un 86% tenían conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH, la actitud que tenían frente al uso del condón

fue de un 84% en los varones y sólo un 26% de las mujeres exigían el uso del condón. En cuanto a la percepción de riesgo y cambio de conducta un 58% de los varones tenía preocupación frente al SIDA y un 61 % correspondía a las mujeres, un 28% de los hombres se consideraban en riesgo de contraer el SIDA frente a un 25% de las mujeres.

En 1996 se realizó un estudio en Managua por Johanna Pauw sobre conocimientos actitudes y prácticas que tenían los habitantes de los barrios Hilario Sánchez y Rigoberto López Pérez, que eran de un estatus económico bajo, Bello Horizonte y Ciudad Jardín de estatus económico mas alto, llegando a la conclusión que ambos grupos tenían un 99% de conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH ⁵.

En la RAAS, el primer caso de VIH se diagnosticó en 1991, y hasta Marzo del 2006 se han diagnosticado 58 casos, la prevalencia se ha ido duplicando cada año, de Junio a Diciembre del 2004 se diagnosticó a 1 persona por mes, y en los primeros tres meses del 2005 se ha diagnosticado 1.6 personas por mes ⁶

A pesar de que el VIH/SIDA es un problema latente en nuestra sociedad, muy pocos investigadores se han dado a la tarea de estudiar este tema en la Región, siendo los organismos no gubernamentales los más interesados, basando sus estudios en conocimientos sobre la transmisión del VIH / SIDA, actitudes al cambio según conocimientos y las prácticas al uso de condones, y muy poco sobre seroprevalencia en comunidades representativas de la población general como son las embarazadas.

En la población de Bluefields se han realizado tres estudios CAP sobre VIH SIDA.

En el estudio de 1991, se encontró que la mayoría de la población de Bluefields tenía buenos conocimientos y cambio de actitudes sin embargo se hacia un mal uso de los preservativos.

En el estudio CAP de 1994 resultó que, paradójicamente, aún después de campañas de prevención y educativas en salud, cada uno de los indicadores evaluados habían disminuido, a excepción del uso del condón.

Para 1997, en otro estudio CAP, se encontró que cada uno de los parámetros medidos habían modificaciones e incluso mejorados dichos parámetros, con relación al primer estudio CAP ⁷.

Otro estudio realizado con adolescentes y jóvenes en una escuela secundaria en el año 2000, por las Brs. Gladis Siu y Dania Jarquín, encontraron buenos conocimientos, sin embargo en cuanto a actitudes y prácticas la respuesta no fue satisfactoria ⁸.

A finales del 2004 se realizó en Bluefields un estudio sobre comportamientos y seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas, atendidas en clínicas de atención primaria del área urbana, encontrando una prevalencia de cero, sin embargo los resultados sobre comportamientos no fueron publicados ⁹.

III. JUSTIFICACIÓN

A menudo los programas nacionales de prevención se diseñan sin conocer el tamaño de los grupos de población vulnerable a la infección por VIH, ni la naturaleza ni factores determinantes de riesgo que los afectan.

Hasta cierto punto estos vacíos de conocimiento son característicos de la infección por VIH. El virus se transmite principalmente como causa de comportamientos privados, a veces ilícito, sobre los que no se puede hablar francamente, como la conducta sexual y el uso de drogas, etc. Por otra parte, estos comportamientos son muy dinámicos; a veces cambian drásticamente y rápidamente a medida que surgen cambios sociales y económicos en los países. No obstante, los comportamientos son el motor de la epidemia y, a no ser que se haga un esfuerzo por entenderlos mejor y cuantificarlos más exactamente, no será posible medir los riesgos que afectan a la población, determinar cuáles son los grupos cuyo riesgo es mayor ni los cambios del comportamiento que pueden aumentar o reducir los riesgos del VIH o la vulnerabilidad al virus. Como resultado, los recursos se usarán de manera deficiente y la respuesta generada solo tendrá una eficacia limitada.

Por ello es que el presente estudio da a conocer el comportamiento de riesgo ante el VIH/SIDA en las mujeres embarazadas del SILAIS RAAS, y la prevalencia de VIH en este grupo. Esto permite definir el estadio de la epidemia, para dirigir mejor el diseño de estrategias de intervención para establecer programas dirigidos a modificar los comportamientos de riesgo y disminuir la transmisión vertical, también es una herramienta para realizar abogacía con el sector político, líderes religiosos, entre otros que motive el apoyo económico y participativo en la lucha contra la epidemia.

IV. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

De acuerdo con los diferentes aspectos mencionados anteriormente, se planteó la siguiente pregunta de estudio:

¿Cuáles son los comportamientos de riesgo y la prevalencia de VIH en las embarazadas que asisten al Control Prenatal, en el área urbana de los municipios del SILAIS - RAAS, en el período de Febrero a Marzo del 2006?

Derivada de la pregunta del estudio, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características sociales y demográficas de la embarazadas en estudio?

¿Cuáles comportamientos de riesgo de las embarazadas que puedan estar relacionadas a la transmisión del VIH?

¿Cuántas de las embarazadas que asisten al control prenatal, en el área urbana de los municipios del SILAIS RAAS, están infectadas con el VIH/SIDA?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

Describir los comportamientos de riesgo y la prevalencia de VIH en las embarazadas que asisten al Control Prenatal, en el área urbana de los municipios del SILAIS - RAAS, en el período de Febrero a Marzo del 2006.

5.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las embarazadas seleccionadas para el estudio.
2. Describir los comportamientos de riesgo de las embarazadas que puedan estar relacionadas a la transmisión del VIH.
3. Estimar la seroprevalencia de VIH en las embarazadas estudiadas.

VI. MARCO DE REFERENCIA

El despliegue de la epidemia del VIH inició a finales de los años 70 e inicio de los 80. En 1983 se aisló el VIH1 (Virus de inmunodeficiencia Humana 1), el VIH2 fue aislado a mediados de los años 80. Las poblaciones más afectadas inicialmente fueron: Heterosexuales del este y centro de África y hombres homosexuales de áreas urbanas de América, Europa y Australia.

La proporción de mujeres, entre las personas infectadas, está aumentando a nivel mundial, principalmente las mujeres en edad fértil, teniendo como consecuencia el incremento del número de recién nacidos que contraen el virus a través de sus madres.

Los efectos de la epidemia entre los niños pequeños son graves y de largo alcance, amenazando la supervivencia de los niños que se ha logrado en los últimos años.

6.1 Formas de transmisión del VIH

a. Horizontal vía contacto sexual

Es la forma de transmisión más común, 75-85% de los casos. De estos el grupo heterosexual (hombre-mujer).

Factores que incrementan el riesgo de transmisión:

- Uno en la pareja con alta carga viral
- Enfermedades de transmisión sexual
- Promiscuidad
- Ducha rectal o vaginal previo a la penetración
- Sequedad o irritación vaginal

Las infecciones de transmisión sexual no tratadas incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de relaciones sexuales no protegidas. La mayoría de estas infecciones puede prevenirse utilizando preservativos y buscando tratamiento de inmediato. Además, muchas infecciones bacterianas (por ej., sífilis, blenorragia e infección por clamidias) y parasitarias (por ej., infección por *Trichomonas*) de transmisión sexual pueden tratarse de manera fácil y barata con antibióticos.

b. Horizontal vía secreciones o sustancias en contacto con membranas mucosas, piel no intacta o torrente sanguíneo

En este grupo se encuentran en riesgo los adictos a drogas intravenosa, trabajadores de salud, receptores de sangre, subproductos de sangre y órganos. La proporción de adictos infectados varía de región en región, siendo mayor el número en países desarrollados que en países en vías de desarrollo.

La transmisión por transfusión sanguínea se estimó a finales de 1996 en 3-5%, pero con los métodos actuales han reducido significativamente este riesgo. La transfusión de sangre contaminada es, lamentablemente, una forma sumamente eficiente de transmisión del VIH. Según las estimaciones de la OMS, las transfusiones sanguíneas pueden ser responsables del 5-10% de todas las infecciones acumuladas en el mundo.

Se estima que un 5% de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, y un 2,5% en África subsahariana, están causadas por el uso de agujas o jeringas no esterilizadas en ámbitos sanitarios como hospitales y dispensarios ¹¹.

Para prevenir la transmisión del VIH u otras enfermedades de contagio sanguíneo, los trabajadores de salud deberían atenerse a las «precauciones universales», un planteamiento que presupone que todas las personas son potencialmente infecciosas. Estas medidas exigen llevar guantes, si es posible,

al exponerse a cualquier líquido corporal y utilizar batas, mascarillas y gafas si existe peligro de salpicadura

c. Vertical de madre a hijo

Es la forma de transmisión responsable de más del 90% de las infecciones VIH en infantes.

Esta puede ocurrir en las siguientes circunstancias:

- Durante el embarazo
- Durante el parto
- Lactancia materna

El virus puede transmitirse durante el embarazo (en las etapas tardías principalmente), el parto o la lactancia. En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que un recién nacido contraiga el virus a través de una madre infectada oscila entre el 15% y el 25% en los países industrializados y entre el 25% y el 35% en los países en desarrollo. Esa diferencia se debe principalmente a las prácticas de alimentación: la lactancia materna es más frecuente y suele mantenerse durante más tiempo en los países en desarrollo que en el mundo industrializado.

- ❑ **El virus del VIH puede ser transmitido por pacientes aun así tengan terapia antiviral de alta efectividad o carga viral no detectable**

6.4 Historia natural del VIH

La infección por VIH induce una insidiosa y progresiva pérdida de la función inmune que eventualmente resulta en infecciones oportunistas que son definidas como SIDA que posteriormente conduce a la muerte.

El tiempo desde la transmisión a la muerte varía considerablemente entre los individuos (el promedio es de aprox. 10 -12 años en ausencia de tratamiento antiviral).

La historia natural de la infección es fácilmente descrita en términos de estadios o etapas cada uno relacionado con particulares niveles de defensas en términos de función de estas, cantidad de virus y síntomas. Estos estadios son herramientas que describen un continuo y activo proceso de interacción entre el virus y nuestros sistemas.

Estos estadios o etapas son:

Transmisión viral: El modo de transmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad: así el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de 7 años para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de 8 a 12 años para quienes se infectaron por relación sexual, de acuerdo a la definición del CDC de 1987, siendo un poco menor si se usa el criterio de <200 células CD4/ml, mencionadas en la definición de 1993. En éste período no es detectable la infección por laboratorio. Aún no hay anticuerpos formados.

Infección primaria: La cual puede ocurrir asintomático o como un síndrome agudo de seroconversión el cual se da en aproximadamente un 50% de los pacientes, ocurre usualmente dentro de 2 a 6 semanas de la transmisión siendo los síntomas más frecuentes: fiebre, linfadenopatía, faringitis, rash cutáneo, mialgias, artralgias, diarrea, cefalea, náusea, vómito y rara vez síntomas neurológicos serios. En esta etapa puede diagnosticarse la infección con una alta sospecha clínica acompañada de Carga Viral y Antígeno P-24.

Seroconversión: El inicio de una respuesta inmunitaria contra el virus se cree que incrementa brevemente los síntomas del síndrome agudo y ésta ocurre al final de infección primaria y conduce a una rápida reducción en la cantidad de

virus en la sangre (Carga Viral) y resolución de los síntomas de la etapa previa. A partir de este momento ya se pueden detectar anticuerpos contra el VIH.

Etapa temprana: (Infección por VIH): Es definida por un conteo de células CD4+ mayor de 500/mm³ regularmente es asintomático y ocasionalmente puede encontrarse linfadenopatía generalizada persistente y algunos problemas dermatológicos como dermatitis seborreica o psoriasis.

Etapa intermedia: Dentro de la cual entran los individuos que tienen un CD4+ entre 200 y 500 células/mm³ y no presentan síntomas o son moderados como Herpes simple, varicela zoster, diarrea ocasional, fiebre intermitente, pérdida de peso sin explicación, candidiasis oral o vaginal y síntomas constitucionales.

Etapa avanzada (SIDA): Se define como pacientes con conteos de CD4+ de 50 a 200 células /mm³. Las infecciones oportunistas son entonces mas frecuentes y aumenta la variedad y puede esperarse: Neumonía por P. Carinii, Toxoplasmosis, Linfomas, Neutropenia, Trombocitopenia, Sarcoma de Kaposi, Candidiasis esofágica, y otros síntomas constitucionales y neurológicos.

Etapa terminal: Que puede definirse por un conteo de CD4+ menos de 50 células/mm³ y el riesgo de adquirir otras infecciones oportunistas aumenta siendo estas las más frecuentes: Micobacterium Avium Complex (MAC), Meningitis por Criptococo, Citomegalovirus, Leucoencefalopatías, Histoplasmosis diseminada, etc.

6.5 Diagnóstico del VIH

El diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se basa usualmente en la detección de anticuerpos contra el VIH. Los test serológicos para detectar anticuerpos son clasificados generalmente como test INICIAL (screening) o test CONFIRMATORIOS (suplementario). El test inicial provee la identificación presuntiva de anticuerpos para VIH y el o los test

suplementarios son usados para confirmar que el espécimen encontrado como positivo también reacciona como positivo ante estos otros test de diferente principio.

6.6 Precisión o fiabilidad de la prueba

- **Altamente Sensibles:** capacidad de detectar anticuerpos en cantidades ínfimas
- **Altamente Específico:** capacidad de identificar correctamente todos los resultados negativos

Tipos de Test:

- Las pruebas ELISA
- Pruebas sencillas y rápidas
- Pruebas de inmunoelectrotransferencia o Western Blot y las inmunovaloraciones por marcado de líneas.

Pruebas Sencillas y Rápidas

Se dice que son rápidas si tardan menos de 10 minutos y sencillas si tardan mas. Algunas de ellas no necesitan un equipo especial o un personal altamente calificado. Son apropiadas para utilizarse en laboratorios pequeños y para efectuar análisis de emergencia tanto en los países en desarrollo como en los industrializados

Clasificación por principios de las PRUEBAS SENCILLAS Y RAPIDAS

- Pruebas por aglutinación por látex(Capillus)
- Pruebas con tiras reactivas con pocillos
- Pruebas de membranas de flujo continuo (Determine, Hexagon HIV)
- Pruebas de membranas de flujo lateral (HIV Spot)

Prueba (Test) de Elisa

Prueba de inmunoabsorción enzimático, hasta hace poco fue el tipo de prueba más usado en el diagnóstico inicial, actualmente se está utilizando como prueba confirmatoria en muchos países.

Se consideran las más eficientes para analizar un alto número de muestras diarias. Requieren un personal técnico experimentado, mantenimiento del equipo y suministro eléctrico regular. No se recomiendan para hospitales, dispensarios o laboratorios más pequeños o más aislados. El mantenimiento regular del equipo es fundamental para obtener resultados fiables, así como la utilización de ELISA de cuarta generación.

La Prueba de Inmunolectrotransferencia o Western Blot: Se utilizan para confirmar resultados positivos.

6.7 Protocolo de diagnóstico:

Las estrategias a seguir para la realización del diagnóstico varían en cada país, inicialmente en todo el mundo, se utilizaba el ELISA como test inicial y el Western Blot como test confirmatorio. Los altos costos que ambos generan en los países en desarrollo especialmente, llevó a la OMS, a buscar estrategias más accesibles y con menores costos. Con la aparición de las pruebas rápidas/sencillas, se inició una serie de estudios para comprobar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada una de estas pruebas; a partir de estos resultados la OMS recomienda 3 estrategias diferentes. Cada una de ellas basadas en la prevalencia de la epidemia, así la **Estrategia I**, se recomienda para países de más alta prevalencia (>30%), esta solamente utiliza un test rápido/sencillo o solo un ELISA, si es positivo, ya se considera un diagnóstico confirmado. La **II Estrategia** se recomienda para países con prevalencia >10% y ≤30%, se hace una prueba inicial con un test rápido/sencillo,

si es positivo se hace la prueba confirmatoria, ya sea con un ELISA o con un test rápido/sencillo de distinto principio. La **III Estrategia** es para países donde la prevalencia es <10%; esta recomienda un test rápido/sencillo como prueba inicial, si es positivo se realiza un segundo test rápido/sencillo con diferente principio y después se confirma con ELISA o con un tercer test de distinto principio a los dos anteriores.

Actualmente, en Nicaragua se está estudiando la posibilidad de aplicar la III Estrategia, ya que aún se utiliza el ELISA como prueba inicial y el Western Blot como confirmatorio.

En la RAAS, desde hace 4 años se empezó (fuera del MINSA) como un proyecto piloto, el diagnóstico con pruebas rápidas, aunque siempre se hizo el Western Blot al 100% de las pruebas positivas para confirmación y para control de calidad al 10% de las pruebas negativas. Con el ingreso del programa a las unidades de salud del MINSA en la región, se está utilizando la III Estrategia, con dos pruebas rápidas de distinto principio (Hexagon y Capillus) y ELISA como prueba confirmatoria, aunque aun se siguen mandando a Managua las pruebas positivas para su confirmación con Western Blot por normas nacionales.

6.8 Seroprevalencia de VIH.

Es la proporción de la población que es positiva a la infección de VIH captada a través de la determinación de anticuerpos anti VIH con prueba serológicas rápidas, en el periodo a estudio, teniendo como denominador la población a estudio.

Existen factores y comportamientos de riesgo que pueden estar relacionados con la adquisición del VIH/SIDA, entre ellas están: ser adolescente, edad de IVSA, la ocupación, usuaria de drogas intra venosa, tatuaje, presencia de ITS, entre otros. Abordándose algunas de ellas a continuación.

En la actualidad, los adolescentes inician relaciones cóitales a una temprana edad. El porcentaje de jóvenes activos sexualmente aumenta gradualmente durante los años de la adolescencia. La prevalencia varía considerablemente de una población a otra. Algunos estudios en Brasil Trinidad y Tobago, informan que entre 20 y 75% de los adolescentes alrededor de los 15 años de edad tienen relaciones cóitales y menos de la quinta parte reportó uso consistente del condón, un número importante de ellos desde el mismo inicio de la pubertad, de los 10-12 años de edad.

En relación con el género y el inicio de actividades sexuales existe cierta controversia. No obstante, algunos señalan que no existen diferencias en las edades de inicio de actividad sexual entre hombres y mujeres. Asimismo, los hallazgos sugieren que los muchachos son más activos sexualmente que las muchachas, se informa que las relaciones sexuales son dos veces más probables en hombres que en mujeres.

El uso de condón es bajo e inconsistente entre los adolescentes, esta conducta guarda relación con un alto número de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. En Brasil el uso de condón en la primera relación sexual varía entre 20 y 70%, en el Perú, el 50 por ciento de varones sexualmente activos y el 70 por ciento de mujeres sexualmente activas reportaron nunca haber usado un condón. Sin embargo, se observa en la mejor de las situaciones que un porcentaje cercano a 65% usa condón en todos sus contactos sexuales.

En general, los adolescentes y los jóvenes de hoy tienen un mayor número de parejas sexuales que sus progenitores. Además, un número importante de ellos tiene su primera relación sexual con un compañero casual, es decir, poco conocido. Los adolescentes tienen dificultades con los compañeros sexuales para dialogar sobre sexo seguro, lo cual se constituye en riesgo importante para enfermedades de transmisión sexual¹².

En cuanto a la ocupación se ha encontrado en la ciudad chilena de Quillota, que las amas de casa representan casi dos tercios de las mujeres infectadas por el VIH/SIDA, en cambio, no hay ninguna prostituta registrada como portadora del virus causante del SIDA.

A juicio de expertas, las prostitutas presentan menos riesgos de infección debido a que, por su misma actividad, se controlan regularmente y manejan abundante información sobre el SIDA, por lo cual adoptan todas las medidas preventivas, especialmente exigiendo a sus ocasionales compañeros el uso de condón. En cambio, las amas de casa carecen del mismo nivel de información y, por lo tanto, mayoritariamente no toman conciencia de los riesgos y mantienen su vida sexual sin prevenciones. Siendo el grupo de mayor contagio, ante la falta de información y educación¹³.

En cuanto a la presencia de ITS, según El Programa de Prevención del VIH/SIDA del ICAS esta aumenta el riesgo de transmisión del VIH con un factor de tres a cinco o más. Además, el riesgo de infección por un solo contacto es aumentado de 10 a 30 veces en la presencia de una ulcera genital. Estos datos han conllevado a una llamada de atención a mejorar los servicios de control de las ITS como una mayor medida de prevención del SIDA. Programas dirigidos a grupos altamente vulnerables para adquirir ITS y VIH y que operan como los puntos de entrada de la epidemia de SIDA hacia la población¹⁴.

Definiciones, componentes y formación de las actitudes

El concepto de actitud es probablemente el más utilizado que cualquier otro en la Psicología Social y también al que la gente le da varios significados. Hasta cierto punto las personas tienen una idea general de lo que son las actitudes sociales. Cuando decimos que tenemos ciertas actitudes hacia algo o alguien es una forma abreviada para expresar que tenemos pensamientos y sentimientos de cosas y de conductas que nos gustan o nos disgustan; que aprobamos o desaprobamos, por las que sentimos atracción o rechazo.

Definiciones

El significado etimológico de actitud se deriva de la palabra italiana *attitudine*. Con este término los críticos italianos de arte se referían a las posturas que los artistas daban al cuerpo humano de las estatuas y pinturas con las cuales pretendían despertar ciertas disposiciones anímicas ¹⁵.

El concepto de actitud social fue introducido en la Psicología Social por Thomas y Znaniecki en 1918 para explicar las “diferencias conductuales en la vida cotidiana existentes entre los campesinos polacos que residían en Polonia y en los Estados Unidos de Norteamérica”¹⁵. Estos autores definieron actitud social como “estado de ánimo del individuo hacia un valor” ¹⁶. Desde entonces, diferentes psicólogos sociales la han definido de diferentes maneras.

Componentes de las actitudes sociales

Entre los psicólogos sociales existió un desacuerdo con respecto a los componentes necesarios para afirmar que una persona tiene una determinada actitud. Unos explicaron que las actitudes son una estructura unidimensional, otros como una estructura bidimensional y quienes la consideran como tridimensional ¹⁶.

Los psicólogos sociales que conciben las actitudes como estructuras bidimensionales toman en cuenta lo cognitivo y lo afectivo. Por ejemplo, Rosenberg. Para este autor, cuando una persona tiene una tendencia relativamente estable a evaluar un objeto con un afecto positivo o negativo, ésta se encuentra vinculada con una estructura cognitiva que incluye creencias acerca del objeto¹⁷.

En esta línea de pensamiento, Sherif y Sherif afirmaron que cualquier separación de los componentes sea en la teoría como en la investigación tiende a ser arbitraria y a distorsionar la naturaleza de las actitudes. Con relación a la teoría,

estos psicólogos sociales expresaron que las actitudes son comportamientos y que pueden ser de naturaleza verbal o no verbal y mediante los cuales se pueden inferir las actitudes ¹⁸.

Componente cognitivo. Incluye los conocimientos, creencias e ideas que tiene la persona acerca de un objeto: persona, ideología, organización, ITS/VIH/SIDA etc.; las ideas pueden ser más o menos objetivas y por eso se prefiere hablar de creencias, lo que importa para comprender una actitud es lo que la persona cree acerca de un objeto¹⁶.

Componente afectivo. Está referido a los sentimientos o emociones ligados al objeto de la actitud.

Componente comportamental. Incluye las tendencias e intenciones hacia el objeto, igualmente las acciones dirigidas hacia él. Se denomina a este componente intenciones conductuales¹⁹.

Formación de las actitudes

Afirmar que las personas nacen con las actitudes que manifiestan abiertamente, pocas personas contestarían que sí, fundamentado su argumento en los procesos de socialización. La mayoría diría que las actitudes se adquieren a través de la experiencia, es decir, se aprenden.

La formación de las actitudes intervienen principalmente el aprendizaje social, la comparación social, y actualmente un creciente número de investigaciones sugiere que ciertas actitudes pueden estar influidas por factores genéticos¹⁶.

Aprendizaje social. Las actitudes las adquirimos de otras personas. Muchas de nuestras actitudes las construimos en situaciones en donde interaccionamos con los otros o simplemente observamos sus comportamientos.

Comparación social. Otro proceso de formación de las actitudes se fundamenta en nuestra tendencia a compararnos con otras personas para determinar si nuestra evaluación de la realidad es correcta. En la medida que nuestras evaluaciones coinciden con las de las demás, concluiremos que nuestras actitudes son correctas; si las demás personas tienen las mismas evaluaciones, éstas deben ser correctas.

Factores genéticos. Pensar que la genética contribuya en la manifestación de ciertas actitudes nos parece insólito. Sin embargo, los primeros datos sugieren que los factores genéticos pueden jugar algún papel en las actitudes.

Un experimento realizado para determinar las actitudes laborales participaron varios centenares de gemelos idénticos y no idénticos residentes en Suecia a quienes los investigadores les solicitaron que contestaran diversas escalas de actitudes hacia las organizaciones en las que laboraban y también las actitudes hacia el clima laboral en sus organizaciones¹⁷.

Conocimiento: Conocer por el intelecto y la naturaleza las relaciones de las cosas. El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El termino conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también como comprensión; la especie humano ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y los ha logrado sintetizar. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, esencial para que la persona haga conciente los razione para adoptar o modificar una determinada conducta.

El comportamiento esta formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones es decir todo lo que le acontece al individuo y de lo que participa, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común¹⁷.

Prácticas o comportamientos de riesgo con relación al VIH SIDA:

Es el uso o costumbre habitual de relaciones sexuales sin tomar en cuenta la necesidad de utilizar medidas de protección o de prevención, relacionadas con el conocimiento y la actitud de evitar el VIH SIDA, como es el caso de la promiscuidad, esto está relacionado con actitudes como la fidelidad a la pareja o la abstinencia. Las prácticas de riesgo implicarían el no uso del condón, por parte de la pareja varón, o la no exigencia del uso del condón, por parte de la pareja mujer. Otro ejemplo es el uso de drogas por vía intravenosa por compartir agujas de jeringuillas.

La vulnerabilidad especial de las mujeres y niñas está bien documentada. Por ejemplo, en el conjunto de África subsahariana, la probabilidad de contraer el VIH es un 30% mayor en las mujeres que en los varones. Entre los jóvenes son especialmente acusadas las desigualdades por razón de sexo en las tasas de infección. En encuestas por hogares efectuadas en siete países de África subsahariana se comprobó que las mujeres de 15-24 años tenían una probabilidad 2,7 veces mayor de estar infectadas por el VIH que sus homólogos masculinos, a pesar de que era mucho menos probable que hubieran tenido parejas no conyugales o no cohabitantes durante los últimos 12 meses¹⁹.

Parejas casadas y en cohabitación

Las parejas casadas o que cohabitan tienen relaciones sexuales más a menudo que las personas que no viven juntas, pero utilizan preservativos con menor frecuencia. Por supuesto, este uso limitado de los preservativos se debe en parte a la confianza, pero también refleja la falta de poder de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras, aun en el caso de que sospechen que sus esposos han tenido relaciones sexuales de alto riesgo antes o durante el matrimonio²⁰.

Preservar la seguridad siendo fiel a la pareja es un componente integral de la estrategia ABC, pero la idea de que ya no se necesita protección con la pareja habitual puede ser peligrosa. La fidelidad sólo protege cuando ninguno de los miembros de la pareja está infectado por el VIH y ambos se mantienen siempre fieles. Por ejemplo, un estudio efectuado en Tailandia en 1999 comprobó que, aunque las tres cuartas partes de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas muy probablemente por sus esposos, casi la mitad pensaban que tenían un riesgo mínimo o nulo de infección por el VIH. Las relaciones sexuales con sus esposos eran el único factor de riesgo de VIH comunicado por estas mujeres²¹.

Profesionales del sexo

Como norma, la prevalencia del VIH es más alta entre los profesionales del sexo que en la población general. Entre 1998 y 2002, diversas encuestas sobre profesionales del sexo de diferentes zonas urbanas encontraron tasas extraordinariamente elevadas de infección: 74% en Etiopía, 50% en Sudáfrica, 45% en Guyana y 36% en Nepal (ONUSIDA, 2002). Los niveles crecientes del VIH entre los profesionales del sexo pueden constituir un primer aviso de la probabilidad cada vez mayor de que la epidemia se propague entre la población general.

Consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales

El uso de equipos contaminados para la inyección de drogas es una vía de transmisión del VIH sumamente eficaz, y sigue desempeñando un papel importante en las epidemias de VIH en varias regiones del mundo. A nivel mundial hay más de 13 millones de consumidores de drogas intravenosas, y en algunas regiones más del 50% de ellos están infectados por el VIH. En la actualidad, la inyección de drogas con equipos contaminados es la principal vía de transmisión en muchos países de Europa, Asia y América Latina, y también está impulsando la transmisión del VIH en el norte de África y Oriente Medio. En

los últimos años, la transmisión entre consumidores de drogas intravenosas ha sido la responsable de la propagación de la infección por el VIH más rápida del mundo, en Europa oriental y Asia.

Sin embargo, la experiencia demuestra que es posible prevenir grandes epidemias entre consumidores de drogas intravenosas mediante una combinación de intervenciones, e incluso invertir su curso. Ciudades como Londres (Reino Unido) y Dhaka (Bangladesh) han logrado mantener la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas por debajo del 5%. En Nueva York (Estados Unidos), Edimburgo (Escocia) y varias ciudades del Brasil se han registrado descensos en la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

Prevención de la transmisión maternoinfantil

Se estimó que en 2003, 630000 lactantes en todo el mundo contrajeron la infección por el VIH, la inmensa mayoría de ellos durante la gestación y el parto o como consecuencia del amamantamiento materno. Asimismo, el pasado año fallecieron unos 490000 niños por causas relacionadas con el SIDA.

Al menos una cuarta parte de los neonatos infectados por el VIH fallecieron antes de cumplir el primer año de vida, y hasta el 60%, antes de llegar al segundo aniversario. En general, la mayoría falleció antes de los cinco años de edad²⁰. En 1999, en Botswana, el SIDA fue el causante del 40% de todos los fallecimientos de niños menores de cinco años. Otras cifras comparables en el mismo grupo de edad son el 35% en Zimbabwe; 25% en Namibia y Swazilandia, y más del 20% en Kenya, Sudáfrica y Zambia²².

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

Corresponde a un estudio descriptivo, transversal, acerca de los comportamientos de riesgo y la prevalencia de VIH/SIDA en embarazadas del SILAIS RAAS, en el período de Febrero a Marzo del 2006.

Área de Estudio

El presente estudio se realizó en el área urbana de las cabeceras municipales de los siete municipios de la Región Autónoma del Atlántico Sur, ubicado a 392 km² de la capital de Nicaragua, Managua.

La Región Autónoma del Atlántico Sur (en adelante RAAS) cuenta con una población de 106,095 habitantes, de los cuales el 55.5% de la población es urbana (58,882 habitantes), ésta es atendida por 33 unidades de salud (7 Centro de salud cabecera las cuales funcionan como sitios centinelas para VIH en embarazadas). Existe además un hospital de referencia regional que brinda atención pública y diferenciada con una clínica provisional. El municipio de Bluefields, que es la cabecera regional, cuenta además con 5 clínicas privadas que brindan atención general y especializada, entre estos servicios el de control prenatal. Con esta red de servicios se atendieron para el año 2004 un total de 4,222 embarazos.

La población de la región es de predominio joven en 40%, con una población multiétnica donde el 76% de ésta es mestiza e hispanoparlante, seguida de creoles, miskitos, garifunas y ramas, como en el resto de Nicaragua la unión de hecho estable predomina en la región²⁴

La investigación se realizó en las unidades de salud estatales definidos como (sitios centinelas) para el MINSA - RAAS que brindan atención prenatal a embarazadas, en el área urbana de los 7 municipios administrados por el SILAIS RAAS.q

Universo

Todas las embarazadas atendidas en las clínicas de control prenatal en las unidades de salud cabeceras de los siete municipios del SILAIS RAAS, en el período de Febrero a Marzo del 2006.

Según INEC para el 2006 se esperaba un total de 4,599 embarazos para la RAAS, esto incluye área urbana y rural. Para determinar los embarazos esperados del área urbana, a cada municipio se le aplicó el porcentaje asignado correspondiente a la población urbana del municipio, obteniéndose 2,723 embarazos esperados para la población urbana en el 2006.

El estudio se realizó en un período de 2 meses correspondientes a febrero marzo 2006, durante el cual se esperaba atender a 450 embarazos, que componen el universo.

Muestra

Se calculó apartir del universo de la población de embarazadas (450), utilizando el programa de Epi-info 2002, aplicando el 1% de prevalencia de VIH en embarazadas, la cual es mayor que la nacional dada la alta prevalencia de ITS y VIH en la Región, se calcula un 0.5% de error estimado y un 95% de nivel de confianza. Correspondiendo la muestra a 350 embarazadas distribuidas según los embarazos esperados del área urbana de cada municipio. Se logro muestrear a 345 embarazadas, ya que 3 municipios no lograron cumplir con su programación; esta se distribuyó de la siguiente manera:

Población de embarazadas por municipio

Corn Island	29
La Cruz de Río Grande	23
Bluefields	185
Laguna de Perlas	12
Kukra Hill	28
Tortuguero	28
Karawala	<u>44</u>
SILAIS	345

Criterios de inclusión:

- ◆ Toda mujer embarazada que asistió a consulta de atención prenatal en las unidades de salud del MINSA, y que aceptó participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- ◆ Embarazadas menores de 15 años no emancipadas y sin la autorización escrita de los padres de familia.
- ◆ Personas que rehúsen ser entrevistadas
- ◆ Persona con discapacidades que le impida dar información
- ◆ Embarazadas de tránsito en el municipio
- ◆ Cualquier otro fuera de lo consignados en los de inclusión

Fuente de información:

Primaria: entrevista directa a embarazadas y resultados de test para VIH.

Instrumento de recolección de la Información:

Los datos se recogieron con un instrumento prediseñado sobre vigilancia de comportamientos, específico para embarazadas, utilizado en el estudio de

seroprevalencia de VIH en embarazadas por el Ministerio de Salud, Programa VIH/SIDA del nivel central (ver anexo).

Se utilizó un código en el instrumento de colecta de datos y fichas de laboratorio a fin de garantizar la confidencialidad de la persona participante del estudio. Ver en anexo ficha recolección datos de comportamiento, ficha de laboratorio y consentimiento informado.

Validación del instrumento

Se realizó en el municipio de Bluefields por tener una población con características similares al del resto de los municipios de la Región.

Análisis y procesamiento de la información:

Los datos recolectados se procesaron por medio electrónico utilizando el programa Epi Info 2002, los resultados se presentaron en tablas y gráficos para facilitar su discusión, se utilizó distribución de frecuencia, medidas de tendencia central.

El suero obtenido de los participantes fueron procesados con pruebas rápidas (Capillus/ Hexagon) a los cuales se les realizó control de calidad con la técnica de ELISA al 10% de los negativos, los suero positivos por Capillus también se les realizó un ELISA y se confirmaran con Wester Blot.

ETICA: Se solicitó el **consentimiento informado** y escrito de los participantes para el llenado de las encuestas y la toma de muestras. A las participantes se les informó sobre sitios donde acudir en caso de detectarse una Infección de transmisión sexual activa y como acceder a tratamiento. A los casos positivos al VIH se les garantizó profilaxis.

Prevención de Sesgos

Los sesgos de información se controlaron mediante la capacitación de los encuestadores sobre el instrumento de recolección y sobre como brindar consejería para ofertar la prueba.

Las variable potenciales distractores o modificadores de efecto en el estudio se les aplicó análisis estratificado: edad

VARIABLES DEL ESTUDIO (Ver operacionalización en anexo)

- Características sociodemográficas de la población estudiada.
 - Edad
 - Escolaridad
 - Religión
 - Ocupación
 - Estado Civil
 - Etnia
 - Procedencia

- Comportamientos de riesgo relacionados a la transmisión de VIH en embarazadas.
 - Preferencia sexual de la embarazada
 - Número de compañeros sexuales de la embarazada
 - Uso o no del preservativo por la embarazada en sus relaciones sexuales
 - Prácticas de riesgo del compañero
 - Prácticas de riesgo de la paciente
 - IVSA de la entrevistada

- Seroprevalencia de VIH en embarazadas.
 - Resultado de prueba para estimar la prevalencia de VIH en la población de estudio
 - Distribución por municipio

VIII. RESULTADOS

La obtención de los resultados presentó algunas limitaciones en el estudio debido a que en algunos municipios como Corn Island, Laguna de Perlas y La Cruz de Río Grande, no todas las embarazadas aceptaron realizarse la prueba y la encuesta, motivo por el cual no se logró cumplir con el estimado muestral requerido para la investigación. Esta limitación probablemente se debe a problemas de consejería de parte del personal del Programa de ITS SIDA, lo que permite establecer que la mayoría de embarazadas en estos municipios, desconocen el riesgo de adquirir el VIH/SIDA y la importancia de la prevención de la transmisión vertical.

Otro problema presentado fue la especificidad del reactivo ELISA para VIH utilizado para control de calidad, el cual fue reactor tanto a pruebas positivas y negativas con capillus, motivo por el cual se decidió controlar al 100% de pruebas positivas y al 40% de los negativos, con el fin de dar un margen de seguridad y confiabilidad a los resultados, igualmente estas fueron controlados con western blot en el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR).

8.1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

- De las 345 embarazadas estudiadas, el grupo etáreo predominante está comprendido entre los 20 a los 24 años, y representa un 35% (121/345), seguido del grupo de 15 a 19 años con un 32.4% (112/345). Es importante mencionar que un 2.3% (8/345) embarazadas correspondieron al grupo de las menores de 15 años. La media de edad fue de 22.7 años, el mínimo de edad es de 13 años, el máximo de 42 años; la mediana de 21 y la moda de 19 años.

(Ver tabla 1).

- Con relación al inicio de vida sexual activa, se encontró que el 62.6% (216/345) de las embarazadas, tuvieron relaciones sexuales entre las edades de 15 a 19 años y el 31% (107/345) antes de los 15 años. La media de edad para el IVSA fue de 15.8 años, el mínimo de 8 años y el máximo de 27 años; la mediana fue de 16 y la moda de 15 años. (Tabla 2).

- Con respecto a la escolaridad de las embarazadas en estudio el 38.6% (133/345) cursaron con algún grado de primaria, seguida de un 34.5% (119/345) con educación secundaria, es notorio que el 14.5% de las embarazadas son analfabetas (Tabla 3).

- El 66.9% (231/345) de las embarazadas en estudio, mantienen una relación de unión de hecho estable, el 22% (79/345) son casadas y el 10.1% (35/345) refirieron ser solteras (Tabla 4).

- El 59.9% (206/345) de las embarazadas estudiadas pertenecen a la étnia mestiza, el 20% (69/345) a la étnia creole y el 15.1% (52/345) al miskitu (Tabla 5).

- El 35.4% (122/345) de las embarazadas estudiadas profesan la religión católica, y el 19.1 (67/345) la morava. (Tabla 6).

- El 82.9% (286/345) de las embarazadas estudiadas son amas de casa y el 8.7% estudiantes (Tabla 7).

8.2. Comportamientos de riesgo relacionado a la transmisión de VIH

- Del total de embarazadas estudiadas el 27.8% (96/345) reportaron haber cursado con algún tipo de Infección de Transmisión Sexual, de éstas el 1% fue positiva a pruebas para determinación de anticuerpos para VIH, sin embargo según el test exacto de Fisher la presencia de ITS no es estadísticamente significativa para la transmisión de VIH en estas embarazadas estudiadas (Tabla 8).

- Del total de mujeres con ITS el 40.9% refieren haber tenido tres ó más parejas sexuales y el 23.3% dos parejas. (Tabla 9).

- Del total de embarazadas con ITS que refirieron tener historia de multiples parejas sexuales el 43.1% (22/51) refirio que su compañero sexual tiene historia de multiples párejas sexuales. El 48.9% (22/45) de las mujeres con ITS que niegan historia de múltiples parejas sexuales, refieren que su compañero si ha tenido historia de multiples parejas sexuales. (Tabla 10).

- El 67.8% (234/345) de las embarazadas estudiadas refirieron nunca usar preservativo en sus relaciones sexuales y el 30.4% refirio usarlo a veces. (Tabla 11).

- El 27.8% (96/345) del total de embarazadas reportó haber tenido alguna ITS y dentro de estas figuran Candidiasis con un 34.4% (33/96), Tricomoniasis, el 27.1% (26/96), vaginosis, el 20.8% (20/96) y gonorrea , el 12.5% (11/96) (Tabla 12).

- El 30.8% de las emabrazadas que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años refirieron haber tenido tres o más parejas sexuales y un 24.3% haber tenido 2 parejas. (Tabla 13).

- Del total de embarazadas con ITS que refirieron haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años el 52.9% refirio haber tenido tres o más parejas sexuales, un 17.6% de estas mismas mujeres dos parejas. El 32.8% (19/58) de las mujeres con ITS que iniciaron su vida sexual entre 15 – 19 años, tambien refieren haber tenido tres o más parejas sexuales. (Tabla 14).

- Del total de embarazadas con ITS que refirieron nunca usar preservativo, el 40.7% (24/59) refirio haber tenido tres o mas parejas sexuales y el 22% (13/51) dos parejas. El 41.2% (14/34) de las mujeres con ITS que refirieron usar a veces

el preservativo tienen historia de haber tenido tres o más parejas sexuales. (Tabla 15).

- El 7.2% (25/345) de las embarazadas estudiadas reportaron que sus parejas sexuales tienen tatuajes. (Tabla 16).

- Un 0.3% (1/345) refirió tener o haber tenido una pareja bisexual y un 0.6% (2/345) que su pareja ha sido usuario de droga intra venosa. (Tabla 17, 18).

- El 2.8% (8/345) refirió haber sido abusada sexualmente y un 0.3% (1/345) que su pareja sexual ha sido abusado sexualmente (Tabla 19).

- El 26.1% de las embarazadas refirieron haber tenido 2 parejas sexuales y el 26.9% 3 ó más pareja, resultando en ambos grupos un 1.1% (+) para VIH, este mismo comportamiento es observado en la mayoría de embarazadas (-) para VIH siendo de 98.9% en ambos grupos. (Tabla 20)

- Solo el 1.7% (6/345) de las embarazadas estudiadas refirieron usar siempre el preservativo durante sus relaciones sexuales. El 30.4% (105/345) refirió usar a veces el preservativo, y de estas el 1.9% (2/105) resultaron (+) para VIH, sin embargo el 98% (103/105) que también refiere usar a veces el preservativo resultaron (-) al test para VIH. (Tabla 20).

- El 5.2% de las embarazadas estudiadas se habían hecho un tatuaje, de las cuales el 5.6% resultaron (+) para VIH, el restante 94.8% de las embarazadas refirieron no haberse hecho tatuaje, si embargo un 0.3% resultaron (+) al VIH (Tabla 20).

- Con relación al inicio de vida sexual activa, se encontró que el 62.6% (216/345) de las embarazadas, tuvieron relaciones sexuales entre las edades de 15 a 19 años y el 31% (107/345) antes de los 15 años, el 0.5% y 0.9% de estas embarazadas que iniciaron en la adolescencia su vida sexual resultaron positivas al VIH respectivamente. (Tabla 20)

- En este estudio el 67% (231/345) de las embarazadas, mantienen una relación de unión de hecho estable, de estas el 0.4% resultaron VIH (+), también se encontró que el 22% (79/345) son casadas siendo el 1.3% VIH (+), un 10% son solteras de las cuales ninguna resultó VIH (+) (Tabla 20).

- El 97.7 % (337/345) de las embarazadas estudiadas refirieron no haber sufrido abuso sexual y de estas el 0.6% (2/337) resultaron ser VIH (+), solo un 2.3% (8/345) refirió haber sufrido abuso sexual, resultando (-) al VIH (Tabla 20).

- El 99.7% (344/345) de las embarazadas estudiadas refirieron no usar DIV, solo el 0.3% usaba DIV, esta práctica no se asocia al riesgo de VIH (Tabla 20).

- El 86.4% (298/345) de las embarazadas estudiadas refirieron no convivir con parejas que usan droga intravenosa (DIV), el 0.6% (2/345) convivía con usuario de DIV, esta práctica no se asocia al riesgo de VIH (Tabla 20).

- El 51% (176/345) de las embarazadas estudiadas refirió no tener historia de convivir con parejas sexuales que tienen múltiples parejas sexuales, sin embargo el 0.6% (1/176) resultó (+) para VIH, un 29.9% (103/345) refirió convivir con parejas sexuales que tienen múltiples parejas sexuales de las cuales el 1% (1/103) resultó (+) para VIH. (Tabla 20).

8.3. Seroprevalencia de VIH en la población estudiada

- Al realizar la prueba rápida al 100% de embarazadas, el 0.9% (3/345) resultaron positivas. Al realizar control de calidad con Elisa a las pruebas positivas y a al 40% de las negativas, el 3.6% (6/168) fueron positivas, todas estas pruebas se enviaron a confirmar en el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con Wester Blot, saliendo positivas 2 de las 3 muestras positivas a pruebas rápidas (Tabla 21).

- La prevalencia en este estudio es de 0.6% (2/345). Uno de los casos se registró en Laguna de Perla, para una prevalencia de 8.3 % (1/ 12) y una en Bluefields con una prevalencia de 0.5% (1/185) (Tabla 22, 23).

- La prevalencia de VIH por grupo étnico fue de 1.4% para los Creoles y de 1.9% para los Miskitus (Tabla 24).

IX. DISCUSION

9.1. Características sociodemográficas

Se estudiaron 345 embarazadas en los siete municipios del SILAIS de la RAAS encontrando que la mediana de edad es 21 años, lo cual se aproxima según ENDESA 2001 a la mediana nacional la cual es ligeramente inferior a 20 y en la región de 18.5²⁷.

El 62.6% de la embarazadas en estudio inicio su vida sexual entre los 15 a 19 años, con una media de 16 años esto, coincide con la media nacional. Algunos estudios informan que entre un 20 y 75% de los adolescentes alrededor de los 15 años de edad tienen relaciones cóitales, un número importante de ellos desde el mismo inicio de la pubertad, entre los 10-12 años de edad. Esto es importante ya que según la literatura los adolescentes y los jóvenes de hoy tienen un mayor número de parejas sexuales que sus progenitores. Además, un número importante de ellos tiene su primera relación sexual con un compañero casual, es decir, poco conocido y sin usar preservativo¹², lo que los expone a riesgo de un embarazo no deseado, a una ITS o el VIH.

- El 80.3% de las embarazadas estudiadas han cursado algún año de educación formal la cual es aceptable ya que los indicadores básicos del 2005 revela que la población alfabeta en Nicaragua de 15 años y más es de 68.1 % en mujeres. Se encontro un 14.5% de analfabetismo la cual coincide con el promedio nacional. Aunque es bajo el nivel de analfabetismo en relación al nacional este grupo esta en mayor riesgo de enfermar ya que tiene menor acceso a la informacion y a la educacion normal que proporciona herramienta paa la toma informada de decisiones.

- Un 86.9% de las embarazadas declaró estar en unión conyugal lo cual es alto en relación a datos de ENDESA 2001, donde se establece un 56% a nivel nacional ²⁷. Según el informe poblacional 1999 la union conyugal es un factor de

riesgo ya que este grupo mantiene relaciones sexuales más a menudo que las personas que no viven juntas, y utilizan preservativos con menor frecuencia debida a la confianza que depositan en su pareja, pero también refleja la falta de poder de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras, aún en el caso que sospechen que sus esposos han tenido relaciones sexuales de alto riesgo antes o durante el matrimonio²⁰. Esto puede sustentarse en estudios efectuado en Tailandia en 1999 donde se comprobó que aunque las tres cuartas partes de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas muy probablemente por sus esposos, casi la mitad pensaban que tenían un riesgo mínimo o nulo de infección por el VIH. Las relaciones sexuales con sus esposos eran el único factor de riesgo de VIH comunicado por estas mujeres²¹.

- El predominio de la etnia mestiza en este estudio tiene su explicación en los datos demográficos del informe de desarrollo humano del 2005, donde se menciona que cerca del 76% de la población de la region autónoma es de origen mestiza e hispanoparlante²⁴.

- En el estudio predominó la religión Católica seguida de la Morava por ser las religiones que mas se profesan en la región.

- Un alto porcentaje de las embarazadas son amas de casa por la falta de trabajo y el empleo informal que hay en la región, además del contexto historico cultural en que se han desarrollado las mujeres, socialmente preparadas para ser amas casa. Según estudios realizados esta condición es un factor de riesgo ya que las amas de casa carecen del mismo nivel de información y educación sobre el VIH, por lo que mayoritariamente no toman conciencia de los riesgos y mantienen su vida sexual sin prevención, en cambio otros grupos como algunas trabajadoras sexuales presentan menos riesgos de infección debido a que, por su misma actividad, reciben control regularmente y manejan información sobre el SIDA, adoptando medidas preventivas, especialmente sobre el uso del preservativo, lo que esta ligado al nivel de conciencia con relación al riesgo¹³.

9.2. Comportamientos de riesgo

- El 27.8% de las embarazadas refirió alguna infección de transmisión sexual, de estas el 1% resulto positiva al VIH. Esto es un dato muy relevante ya que según reportes del ICAS, la presencia de ITS aumenta el riesgo de transmisión del VIH con un factor de tres a cinco veces o más. Además, el riesgo de infección por un solo contacto es aumentado de 10 a 30 veces en la presencia de una úlcera genital¹⁴.

- Además de la historia de ITS, un porcentaje importante manifestó haber tenido historia de 3 ó más parejas sexuales, que es un factor de riesgo para la infección de VIH, ya que puede ser que estas mujeres iniciaron su vida sexual a temprana edad lo que favorece el hecho de tener muchas parejas, exponiéndose temprana y repetidamente a una ITS y al VIH, ya que un importante porcentaje de sus compañeros también tenían historia de muchas parejas sexuales y pudieron estar en riesgo o tener el VIH. El riesgo presente en estas embarazadas coincide con estudios que mencionan que en general, los adolescentes y los jóvenes mientras más temprano inician su vida sexual tienen un mayor número de parejas sexuales¹².

- El hecho de que la mayoría de las embarazadas estudiadas (61.5%) refirieron NUNCA haber usado un preservativo en sus relaciones sexuales, representa un riesgo en el comportamiento relacionado con la transmisión del VIH/SIDA. Este dato posee gran importancia, ya que al ser bajo el uso de condón en un grupo de mujeres con parejas jóvenes adolescentes, y con historia de múltiples parejas sexuales, se aumenta el porcentaje de embarazos no deseados y la presencia de ITS y VIH/SIDA¹². Esta situación coincide con estudios nacionales donde se encontró que sólo un 26% de las mujeres exigían el uso del condón. Esto probablemente se deba a que un 80% de las estudiadas están en unión conyugal y está demostrado que este grupo utilizan preservativos con menor frecuencia por no sentirse en riesgo o no saber como negociar su uso²⁰.

- Entre las embarazadas estudiadas hay un 7.2% que tienen tatuajes, lo que según la literatura sobre mecanismo de transmisión de VIH, la presencia de tatuaje en lugares con poca higiene y sin control sanitario aumenta el riesgo de VIH y hepatitis B.
- En cuanto a la bisexualidad, uso de droga intravenosa o haber sido abusada sexualmente los datos fueron mínimos, esto probablemente se deba a que son datos que no se brindan con facilidad y probablemente fueron negados. Pero que sí son importantes para medir riesgo.
- Entre las embarazadas con VIH, se encontraron comportamientos similares al encontrado en el resto de embarazadas, lo que hace pensar que la no modificación de estas prácticas aumenta el riesgo de transmisión del VIH entre las mujeres y consecuentemente en la transmisión vertical.

9.3. Seroprevalencia de VIH SIDA

- En el presente estudio se encontró una prevalencia de infección por VIH de 0.6%, prevalencia menor al reportado en Honduras (2.9-3.6%) 1999, Haití (1.8-7%)³ 2003, Jamaica (1.4%) en el 2002; pero mayor al reportado en el estudio nacional del 2004 que fue de 0.2%, esto confirma que la infección en la región pasa la media nacional y que posiblemente nos encontremos en una epidemia que crece aceleradamente pudiendo estar en una transmisión entre epidemia de bajo nivel a concentrada.
- De los resultados positivos a VIH con la técnica de ELISA cuatro resultaron falsos positivos, probablemente debido a que el ELISA utilizado era de segunda generación, al confirmarse con Western Blot 2 resultaron positivos, dos que además resultaron positivos a las pruebas rápidas, lo que sugiere la necesidad de utilizar una técnica de ELISA de cuarta generación.

- Las embarazadas con resultados positivos confirmados por Wester Blot (2) fueron integradas al programa de prevención de transmisión vertical, para iniciar terapia antirretroviral, como corresponde según las pautas de tratamiento antirretroviral en su capítulo Profilaxis y tratamiento en mujeres embarazadas.

X. CONCLUSIONES

1.- La mayoría de las embarazadas estudiadas son jóvenes, amas de casa con un nivel de escolaridad aceptable. Un alto porcentaje inició su vida sexual entre los 15 y 19 años, pero hay muchas que iniciaron antes de los 15 años, con pareja sexual, la mayoría viven en unión de hecho estable, con un alto porcentaje de historia de múltiples parejas sexuales. El grupo étnico mestizo predominó, siendo afectadas las etnias miskitas y creolle en este estudio.

2.- En el grupo de estudio se encontraron comportamientos de riesgo como haber tenido múltiples parejas sexuales, tanto de la pareja como en la embarazada, un alto porcentaje de no uso preservativo, presencia de ITS, inicio de vida sexual temprana, y aunque en bajo porcentaje se encontró presencia de tatuaje, abuso sexual tanto en ella como él, así como el uso de droga intravenosa en la pareja .

3.- El inicio de vida sexual a temprana edad, la historia de múltiples parejas sexual, el no uso de preservativo, etc son factores presentes en las embarazadas con ITS y con VIH, de no modificarse hará que la tendencia de la infección continúe su ascenso y facilite el incremento de la transmisión materno infantil.

4.- La información obtenida muestra que la epidemia en el área urbana de las cabeceras municipales de la Región aún no es generalizada, pudiendo ser concentrada al igual que en el resto del país, dichos resultados no pueden extrapolarse a la población de embarazadas de la RAAS dado que el estudio se centro en sitios centios centinela establecidas por el MINSA existiendo otros sub sistemas de salud que no foman parte de los sitios centinelas del VIH en la región. Es necesario la realización de estudios en poblaciones de alto riesgo para tener una clasificación mas clara.

Estos hallazgos se deben considerar como un estudio base para medir las tendencias temporales, no sólo de la prevalencia de VIH en embarazadas, sino también de los comportamientos asociados a riesgo del VIH/SIDA que nos permita evaluar el impacto de las medidas tomadas para prevenir la diseminación de estas enfermedades.

XI. RECOMENDACIONES

Nivel Central, Programa ITS/VIH/SIDA

- Estructurar un programa formal de prevención de la transmisión vertical que incluya los 4 componentes recomendados por la ONUSIDA, las cuales son :
 - 1.-Prevención primaria de la infección por VIH.
 - 2.-Prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres infectadas por el VIH.
 - 3.- Prevención de la transmisión del VIH de las mujeres infectadas por el VIH a sus niños o niñas.
 - 3.-Provisión de tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, sus lactantes y sus familias.

- Elaboración de normas nacionales para consejería en VIH dirigido a personal de salud y personal comunitario.

- Disponibilidad de pruebas rápidas para detección de VIH y el personal de salud preparado para el diagnóstico y tratamiento para prevenir la transmisión vertical.

SILAIS

- Elaboración e implementación de un plan de información, educación y comunicación a la población culturalmente adecuada a las poblaciones indígenas y afro descendientes que fueron el grupo más afectado en este estudio.

- Realizar estudios en poblaciones de alto riesgo (HSH, TCS, etc) que nos permitan conocer el estadio real de la epidemia.
- Realizar estudios sobre la sensibilidad y especificidad de las pruebas rápidas que se están utilizando.
- Disponibilidad de ELISA de cuarta generación para realizar control de calidad a los resultados de pruebas rápidas positivas y al 10% de las negativas.

Unidades de salud

- Fortalecer los conocimientos del personal de salud para la promoción de la prueba de detección del VIH y el uso del preservativo así como el seguimiento.
- Fortalecer y/o ampliar la cobertura de la prueba de detección del VIH/SIDA al área rural, previo consentimiento informado a toda aquella embarazada que acuda a las unidades de salud.
- Fortalecer el sitio centinela en Laguna de Perlas, para la vigilancia de VIH y prevención de la transmisión vertical.
- Informar y divulgar a la población de embarazadas sobre la importancia de la Prevención de la Transmisión Materno Infantil, los beneficios de la Terapia Antirretroviral y los efectos de éste, ante un resultado seropositivo.

Ministerio de Educación

- Realizar revisión del pensum académico de los colegios para la implementación de estrategias dirigidas a adolescentes enfocados en Salud Sexual y Reproductiva haciendo énfasis en evitar comportamientos de riesgo para adquirir ITS/VIH.
- Involucramiento de los padres de familia en el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva con los adolescentes.

Embarazadas

- Realizarse la prueba de detección para VIH en el primer trimestre del embarazo.
- Utilizar el preservativo durante la gestación debido que, a pesar del embarazo es necesario el uso correcto y consistente de este para evitar la transmisión del VIH.

XII. REFERENCIA

- 1.- ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre del 2005
- 2.- Nicaragua, Ministerio de Salud. Pautas de Tratamiento Antirretroviral. Managua. MINSAL, 2005 Pag. 97
- 3.- Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004 Panorama mundial de la epidemia del SIDA.htm.
- 4.- Centro Epidemiológico del Caribe, 2004; CAREC, OPS, OMS, 2003
- 5.- Pauw, J et al. Estudio sobre el control de VIH/SIDA relacionada con el programa de educación en salud Managua Nicaragua 1996.
- 6.- Nicaragua, Ministerio de Salud. Estadísticas del Programa Regional ITS/ VIH/ SIDA, MINSAL, SILAIS RAAS, Junio 2005.
7. Borrel, B tesis: evaluación del programa de prevención y del tratamiento de las enfermedades transmisibles sexualmente y del SIDA, Bluefields Nicaragua, enero 1998.
- 8.- Siu, Gladis tesis: Estudio CAP sobre VIH/SIDA en adolescentes, Bluefields Nicaragua 2000.
- 9.- Dra. Luz Maria Romero Palacios, Boletín Epidemiológico - Ministerio de Salud Nicaragua. Semana 31,2005.
10. WHO/GPA/IDS/HCF 93.2 Global and programme on AIDS, AIDS home care hand book
- 11.- Mexico, curso intensivo sobre VIH/SIDA, vigilancia, Prevención y atención, 2002.

12. http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_06_sp.htm
- 13.- <http://www.universia.net.co/vih-sida/social/amasdecasaenriesgo.html>
- 14.- <http://www.icas.net/icasweb/docs/Programa%20VIH-SIDA.doc>
- 15.- Martín-Baró, I. (1988). Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica. San Salvador, El Salvador: UCA Editores
- 16.- Stahlberg, D. y Frey, D. Actitudes. Introducción a la Psicología Social En M. Hewstone, et. al. (1992). Una perspectiva europea. 3ra. ed. Barcelona: Ariel.
- 17.- Rosenberg, M. (1956). Estructura cognoscitiva y afecto actitudinal. En H. Proshanski y B. Seidenber (1973). Estudios básicos de psicología social. Madrid, España: Tecnos
18. Sherif, M. y Sherif. C. (1975). Psicología Social. México, D.F.: Harla.
- 19.- Estadísticas y características del VIH y el SIDA, final de 2002 y 2004
- 20- Informe de Población, 1999
- 22.- Dabis y Ekpini, 2002; Fundación Elizabeth Glaser para el SIDA Pediátrico, 2003)22.- (Walker *et al.*, 2002).
- 23.- <http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=5519>
- 24.-Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Nicaragua Informe de desarrollo humano 2005, Las regiones Autónomas de la Costa Caribe.- 1era edición- Managua: PNUD 2005 Dinamicas biodemograficas y territoriales cap. 2 Pag 59
- 25.- ONUSIDA, Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005 América

Latina

26.- <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.htm>

27.- Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001, Capítulo 4, Pág. 91-125. Managua Octubre 2002.

28.- Plan estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA Nicaragua 2006-2010. Contexto internacinal y regional del VIH/SIDA. pag 5 cap III.

ANEXO

Anexos A: Matriz de variables Operacionalización de las variables

Anexo A1: Características Sociodemográficas

Conceptos	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Valores escalares
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de responder el instrumento por la entrevistada.	Respuesta del entrevistado.	Demográfica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. < de 15 años 2. 15-19 años. 3. 20-24 años. 4. 25-29 años. 5. Más de 29 años
Escolaridad	Años de estudios que la entrevistada cursado hasta el momento de aplicación del instrumento.	Manifestación de año cursado	Idem.	<ol style="list-style-type: none"> 1. analfabeta 2- Sabe leer 3- Primarial 4- Secundaria 5- Tecnico 6- Edu. superior
Estado Civil	La característica de una persona referida a su vida conyugal.	Manifestación a un determinado estado.	Idem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión libre
Religión	Manifestación de creencias sobre un ser superior o Dios	Elección de una categoría religiosa por la entrevistada	Idem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católico 2. Evangélico 3. Otra 4. Ninguna
Ocupación	Profesión u oficio a que se dedica la persona al momento de la entrevista.	Expresada por la entrevistado.	Idem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Estudiante 3. No trabaja 4. Otro
Etnia	Costumbres social con el que se identifica la entrevistado	Pertenencia expresada hacia un grupo.	Idem.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mestizo 2. Misquito 3. Criolle 4. otro 5. Mixto

Matriz de variables Operacionalización de las variables
Anexo A2: Comportamiento de riesgo

Conceptos	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Valores escalares
Inicio de vida sexual	Edad en que la paciente tuvo su primera relación sexual	Respuesta del entrevistado		1. < de 15 años 2. 15-19 3. 20-24 4. > de 24 años
Preferencia sexual	Práctica sexual con la que se identifica la entrevistada	Respuesta del entrevistado	Práctica sexual	1. Hombre 2. Mujer 3. Hombre y mujer
Número de parejas sexuales	Número de hombres con quien la entrevistada a mantenido relaciones sexuales en el transcurso de su vida	Cantidad referida por la entrevistada		1. < 1 compañero 2. 2- 4 compañe 3. ≥ 5 compañer
Uso de preservativo	Práctica de la entrevistada durante una relación sexual	Respuesta referida por la entrevistada		1. A veces 2. Siempre 3. Nunca
Exposición a factores de riesgo	Que la embarazada o su compañero hayan o estén en contacto con situaciones que aumentan la probabilidad de contagio	<p>Infectado de VIH/SIDA</p> <p>Bisexual</p> <p>Usuario(a) de Drogas IV</p> <p>T Comercial Sexo</p> <p>Abuso sexual</p> <p>Múltiples parejas sexuales</p> <p>Exposición Ocupacional a VIH en los últimos 5 años Tatuajes</p>		1. Si 2. No 3. No se

Matriz de variables Operacionalización de las variables

Anexo A3: Prevalencia de VIH

Conceptos	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Valores escalares
Resultado de prueba	Magnitud de la infección en una población dada en un periodo dado	Resultado para VIH de la prueba rápida (capillus)		1. Positivo 2. Negativo 3. Indeterminado

Anexo B

B1.- Características sociodemográficas de la población estudiada

Tabla 1. Edad de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Edad de las Embarazadas	Total	%
< 15 años	8	2.3
15 – 19	112	32.4
20 – 24	121	35
25 - 29	53	15.3
30 y mas	51	14.7
Total	345	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 2. Edad de inicio de relaciones sexuales de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

IVSA	Total	%
< 15 años	107	31
15 – 19	216	62.6
20 – 24	22	6.4
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 3. Escolaridad de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Escolaridad	Total	%
Analfabeta	50	14.5
Sabe leer y escribir	18	5.2
Primaria	133	38.6
Secundaria	119	34.5
Educación Superior	25	7.2
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 4. Estado Civil de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Estado civil	Total	%
Soltera	35	10.1
Casada	79	22.9
Unión libre	231	66.9
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 5. Etnia de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Etnia	Total	%
Creole	69	20
Mestizo	206	59.7
Miskito	52	15.1
Otros	18	5.2
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 6. Religión de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Religión	Total	%
Católica	122	35.4
Morava	67	19.1
Evangélico	63	18.3
Adventista	16	4.9
Otro	64	18.6
Ateo	13	3.8
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 7. Ocupación de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Ocupación	Total	%
Amas de Casa	286	82.9
Estudiantes	30	8.7
Domésticas	7	2.0
Profesores	4	1.2
Otros	18	5.2
Total	345	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Anexo B2.- Comportamientos de riesgo asociados a la transmisión de VIH/SIDA.

Tabla 8. Relación entre ITS y VIH en embarazadas estudiada en sitios centinelas, RAAS, Febrero- Marzo 2006

Reporte de ITS en embarazadas	VIH (+)	%	VIH (-)	%	Total	%
Si	1	1.0	95	99.0	96	27.8
No	1	0.4	248	99.6	249	72.2
Total	2	0.6	343	99.4	345	100.0

Test de Fisher 0.4796764408

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 9. Número de parejas sexuales y su relación con la presencia de ITS en las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Número de parejas sexuales	Ha tenido alguna ITS?				Total	%
	Si	%	No	%		
1 pareja	37	22.8	125	77.2	162	100.0
2 parejas	21	23.3	69	76.7	90	100.0
3 ó mas parejas	38	40.9	55	59.1	93	100.0
Total	96	27.8	249	72.2	345	100.0

Chi-cuadrado 0.0046

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 10. Número de parejas sexuales y su relación con la presencia de ITS en las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Historia de múltiples parejas sexuales en la embarazada	Parejas de las embarazadas con historia de múltiples parejas sexuales						Total	%
	Si	%	No	%	No se	%		
Si	22	43.1	16	31.4	13	25.5	51	100
No	22	48.9	15	33.3	8	17.8	45	100
Total	44	45.8	31	32.3	21	21.9	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 11. Uso de preservativo en sus relaciones sexuales por las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Uso de Preservativo	Total	%
A veces	105	30.4
Siempre	6	1.7
Nunca	234	67.8
Total	345	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 12. Principales ITS reportadas en embarazadas estudiadas en sitios centinelas, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

ITS Reportados	Total	%
Candidiasis	33	34.4
Condiloma	2	2.1
EIPA	1	1.0
Garnerella	2	2.1
Gonorrea	11	12.5
Tricomoniiasis	26	27.1
Vaginosis	20	20.8
Total	96	100.0
n=	96/345	27.8

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 13. Inicio de vida sexual activa y su relación con el número de parejas sexuales de las embarazadas estudiadas en sitios centinelas, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

IVSA de las embarazadas	Número de parejas sexuales						Total	%
	1	%	2	%	≥ 3	%		
< de 15 años	48	44.9	26	24.3	33	30.8	107	100.0
15 – 19 años	101	46.8	60	27.8	55	25.5	216	100.0
20- 24 años	13	59.1	4	18.2	5	22.7	22	100.0
Total	162	47.0	90	26.1	93	27.0	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 14. IVSA, número de parejas sexuales y su relación con la presencia de ITS en las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

IVSA	Número de parejas sexuales						Total	%
	1	%	2	%	≥ 3	%		
< de 15 años	10	29.4	6	17.6	18	52.9	34	100.0
15 – 19 años	25	43.1	14	24.1	19	32.8	58	100.0
20- 24	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100.0
Total	37	38.5	21	21.9	38	39.6	96	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 15 Uso de preservativo, número de parejas sexuales y su relación con la presencia de ITS en las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Uso de preservativo	Número de parejas sexuales						Total	%
	1	%	2	%	≥ 3	%		
A veces	13	38.2	7	20.6	14	41.2	34	100.0
Siempre	2	66.7	1	33.3	0	00.0	3	100.0
Nunca	22	37.3	13	22.0	24	40.7	59	100.0
Total	37	38.5	21	21.9	38	27.0	96	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 16. Tatuaje en las parejas de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Tatuaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	7.2%
No	299	86.7%
No se	21	6.1%
Total	345	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 17. Preferencia sexual de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Preferencia sexual	Total	%
Hombre	343	99.4%
Hombre y mujer	2	0.6%
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 18. Bisexualidad de las parejas de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Pareja Bisexual	Total	%
Si	1	0.3%
No	295	85.5%
No se	49	14.2%
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 19. Uso de drogas IV de las parejas de las embarazadas estudiadas en los sitios centinela, SILAIS-RAAS, Febrero – Marzo 2006

Uso de droga IV	Total	%
Si	2	0.6%
No	298	86.4%
No se	45	13.0%
Total	345	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 20. Comportamientos de riesgo para VIH en embarazadas estudiadas en sitios centinelas, RAAS, Febrero- Marzo 2006

Prácticas	Resultado %		Total n=345	
	VIH (+)	VIH (-)	Nº	%
Antecedentes de ITS				
Si	1.0	99.0	96	27.8
No	0.4	99.6	249	72.2
Uso de preservativo				
A veces	1.9	96.2	105	30.4
Siempre	-	1.7	6	1.7
Nunca	-	67.8	234	67.8
Presencia de Tatuaje				
Si	5.6	94.4	18	5.2
No	0.3	99.7	327	94.8
IVSA				
< 15 años	0.9	99.1	107	31.0
15 – 19	0.5	99.5	216	62.6
20 – 24	-	100	22	6.4
Estado civil				
Soltera	-	100	35	10.1
Casada	1.3	98.7	79	22.9
Unión libre	0.4	99.6	231	67.0
Abuso sexual				
Si	-	100	8	2.3
No	0.6	99.4	337	97.7
Uso de droga Intravenosa (DIV)				
Si	-	100	1	0.3
No	0.6	99.4	344	99.7
Convivir con parejas que usan DIV				
Si	-	100	2	0.6
No	0.7	99.3	298	86.4
No se	-	100	45	13.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

n=345

Continuación

Tabla 20. Comportamientos de riesgo para VIH en embarazadas estudiadas en sitios centinelas, RAAS, Febrero- Marzo 2006

Prácticas	Resultados %		Nº	Total	
	VIH (+)	VIH (-)		Nº	%
Historia de convivir con parejas que tienen multiples parejas sexuales					
Si	1	99	103		29.9
no	0.6	99.4	176		51.0
No se	-	100	66		19.1

Fuente: Ficha de recolección de datos n=345

B3.- Seroprevalencia de VIH en embarazadas.

Tabla 21. Distribución de muestras por municipio, así como los resultados obtenidos según prueba realizada en las embarazadas estudiadas en sitios centinelas, RAAS, Febrero- Marzo 2006

Municipio	# de emb.	Resultado de Prueba rápida			Resultado Elisa realizados			Resultado WB		
		P	N	I	P	N	I	P	N	I
Corn Island	29	-	29	-	-	11	-	-	-	-
LCRG	23	-	23	-	-	2	-	-	-	-
Bluefields	185	2	184	-	5	146	-	1	-	-
Laguna de Perlas	12	1	11	-	1	0	-	1	-	-
Kukra Hill	28	-	28	-	-	3	-	-	-	-
Tortuguero	24	-	24	-	-	2	-	-	-	-
Karawala	44	-	44	-	-	4	-	-	-	-
Total	345	3	343	-	6	168	-	2	-	-

P= Positivo. N= Negativo, I = Indeterminado

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 22. Distribución de pruebas realizadas por municipio y su relación con el resultado en las embarazadas estudiadas en sitios centinelas, RAAS, Febrero- Marzo 2006

Municipios	Positivo	%	Negativo	%	Total	%
Bluefields	1	0.5	184	99.5	185	100
Corn Island	-	-	29	100	29	100
Karawala	-	-	44	100	44	100
Kukra Hill	-	-	28	100	28	100
Laguna de Perla	1	8.3	11	91.7	12	100
LCRG	-	-	23	100	23	100
Tortuguero	-	-	24	100	24	100
Total	2	0.6	343	99.4	345	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 23. Determinación de anticuerpo anti VIH en embarazadas SILAIS – RAAS Febrero – Marzo 2006

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	2	0.6%
Negativo	343	99.4%
Total	345	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 24. Determinación de anticuerpo anti VIH en embarazadas
SILAIS – RAAS Febrero – Marzo 2006

Grupo étnico	Resultado		Total n=35	
	VIH +	VIH -	Nº	%
Mestizo	1.4	98.6	69	20.0
Creole	-	100	206	59.7
Miskitu	1.9	98.1	52	15.1
Otros	-	100	18	5.2
Total			345	100

Fuente: Ficha de recolección de datos