



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**MAESTRIA EPIDEMIOLOGÍA
1999-2001**

Tesis para optar al título de Maestra en Epidemiología

Factores relacionados a la infección por VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud pública de Nicaragua. Noviembre 2004-Febrero 2005

Autora:

Ana Francis Obando Ríos. MD

Tutora:

Martha Azucena González Moncada. MD
MSc. PhD. Epidemiología

Managua, Nicaragua
Mayo 2007

<i>Dedicatoria</i>	<i>i</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>ii</i>
<i>Resumen</i>	<i>iii</i>

Capítulo		Página
Capítulo I	Introducción	1
Capítulo II	Antecedentes	2
Capítulo III	Justificación	7
Capítulo IV	Planteamiento del problema	8
Capítulo V	Objetivos	9
Capítulo VI	Marco de Referencia	10
Capítulo VII	Diseño Metodológico	29
Capítulo VIII	Presentación de resultados	36
Capítulo IX	Discusión de los resultados	46
Capítulo X	Conclusiones	50
Capítulo XI	Recomendaciones	52
Capítulo XII	Referencias bibliográficas	54
	Anexos	

DEDICATORIA

A DIOS:

Que me ha me ha dado fortaleza y capacidad para enfrentar las adversidades y haber alcanzado esta meta.

A MI MADRE:

Por su sacrificio, comprensión y sabios consejos puros y sinceros que en todo momento me has brindado para enfrentarlo con sabiduría y responsabilidad.

A MIS PROFESORES:

Por los conocimientos adquiridos para el fortalecimiento de mi desempeño profesional.

En especial a Dra. Martha González, por sus conocimientos transmitidos y que en toda la trayectoria del estudio supo comprendernos, apoyarnos y ser el catalizador para alcanzar con éxito la conclusión del estudio.

A Dra. Matilde Román, a quien estimo y valoro por sus grandes cualidades como persona y profesional y que me dio la oportunidad por la confianza depositada en mí de trabajar en su equipo.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Te agradezco por lo que soy y por lo que tengo y principalmente te doy gracias por la fortaleza y la capacidad que me has brindado para enfrentar las adversidades, situación que me ha dado la oportunidad para alcanzar esta meta.

A MI MADRE:

Agradezco a DIOS porque eres mi madre, DIOS te bendiga, agradezco tu sacrificio, esfuerzo, comprensión y apoyo para hacerle frente a toda situación con tus sabios consejos.

A MIS PROFESORES:

Les doy gracias a mis profesores que con gran empeño han transmitido sus conocimientos los cuales aplicare para el buen desempeño de mi profesión.

A RESPONSABLES DE PROGRAMAS ITS/VIH/Sida DE LOS SILAIS:

Les doy gracias por su valioso apoyo para realizar el presente estudio, cuyo resultados están dirigidos a fortalecer la calidad de atención de nuestra población.

Es un estudio descriptivo con el objetivo de conocer los factores relacionados a la infección por VIH en mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua, en el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

La fuente de información fueron 3545 mujeres embarazadas que acudieron a su primer control prenatal. La técnica aplicada fue la entrevista, aplicándose un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, previo consentimiento informado se practicó una prueba serológica de tamizaje, prueba de diagnóstico rápido “Capillus” y posterior confirmación con Western blot.

Entre los principales resultados se encontró que las características predominantes de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio era ser joven, con actividades del hogar, instrucción escolar con predominio primaria y secundaria, urbana y en unión libre.

Los antecedentes gineco-obstétricos de relevancia fueron, el inicio de vida sexual activa en edades tempranas, revelando un 82.8% (2935) de mujeres embarazadas que iniciaron en edades entre 10 a 19 años. El 7.4% (126) de las mujeres embarazadas del estudio refirió haber presentado alguna infección de transmisión sexual. Además el 67.2% (2382) refirió nunca haber usado el preservativo durante las relaciones sexuales con su pareja, el 30.7% (1087) lo utilizó a veces, demostrando ser este uno de los factores de riesgo para la transmisión de ITS/VIH/SIDA, aunado a los factores culturales de la población.

El hecho de tener múltiples parejas sexuales y la práctica del tatuaje tanto en las embarazadas como en sus parejas, estuvo más relacionado con la seropositividad de la embarazada.

Las pruebas de VIH positiva en mujeres embarazadas incluidas en el estudio fueron 5 para la prueba rápida Capillus, con la debida realización de la prueba confirmatoria Western blot, la prevalencia para VIH fue de 0.11%. La distribución de los únicos cuatro casos encontrados y confirmados fue SILAIS Managua, Chinandega y Granada.

I. INTRODUCCIÓN

La tendencia que lleva la epidemia del VIH/SIDA ha causado serios estragos en la población mundial, ubicándose como uno de los principales problemas de salud pública. De este hecho nace la importancia de conocer la situación epidemiológica del VIH/SIDA en todos y cada uno de los grupos vulnerables, en todas sus dimensiones.

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA contempla diversas estrategias de recopilación de información que comprenden específicamente la realización de encuestas centinela en población general y grupos de riesgo, para determinar con la periodicidad deseada la situación que prevalece en torno al VIH/SIDA.

A nivel mundial, el principal factor de riesgo de contagio en la mujer en la adquisición del VIH son las relaciones sexuales. De igual forma, se está observando un incremento en mujeres principalmente en edad fértil. Como consecuencia, el riesgo de contagio de recién nacidos es inminente. Este hecho duplica la mortalidad infantil.

En Nicaragua, en los últimos años se ha producido una tendencia acelerada hacia la feminización de la epidemia. Mientras que en marzo 2001 había 1 mujer por cada 3.12 hombres VIH positivo, a diciembre 2005 la relación descendió a 2,7:1 hombres por mujer.

El aspecto esencial de esta investigación, se dirigió a uno de los grupos vulnerables, como son las embarazadas, que acuden a sus controles prenatales en 17 SILAIS de Nicaragua, mediante la aplicación de un breve cuestionario orientado a identificar datos demográficos, gineco-obstétricos, y otros datos asociados con el riesgo de ITS/VIH/SIDA y pruebas de tamizaje (Prueba rápida o Capillus) seguida de pruebas de confirmación (Western Blot).

II. ANTECEDENTES

Según cifras estimadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA, en todo el mundo, a finales del año 2004, existían 39 millones de personas con VIH, de las cuales, 37 eran adultos, 18 eran mujeres y 2 millones eran menores de 15 años.

Para el mismo año, en Centroamérica las personas que vivían con VIH/SIDA ascendió a 172,900, “Las mujeres constituyen cerca de la mitad de las personas adultas (15-49 años) que viven con el VIH en el mundo; las jóvenes tienen 1,6 veces más probabilidades de adquirir el VIH que los hombres jóvenes”¹. Las mujeres representaron el 40% de los casos (65,800). El virus se propaga mayoritariamente por transmisión sexual.

De acuerdo a cifras del 2006, en Nicaragua, “se captó un total de cuatrocientos diecinueve (419) pacientes con el VIH, la tasa de incidencia registró un 7.64 por 100.000 habitantes, la tasa de prevalencia fue de 33.3 por 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad fue de 11.3 por 100.000 habitantes”.²

En Nicaragua, las formas de transmisión del VIH/SIDA en los pacientes captados y registrados en el programa “desde el inicio de la epidemia en 1987 hasta Junio 2005 corresponde a la vía sexual con 94.0% (2259) dentro de la cual tenemos relaciones heterosexuales con un 76% (1722), relaciones homosexuales un 14.0% (321) y relaciones bisexuales el 10.0%(216)”.³

Existe un 3% (78) de transmisión vertical o madre-hijo por lo que se están implementando estrategias para disminuir este mecanismo de transmisión siendo

¹ ONUSIDA/OMS Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2004.

² Ministerio de Salud de Nicaragua (2005). Vigilancia Epidemiológica, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Reporte a junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSA, Nicaragua

³ Ibid

una de ellas la oferta de prueba de VIH a las mujeres embarazadas con el consiguiente al programa de terapia antirretroviral a las que resulten seropositivas.

La distribución por sexo de los pacientes afectados es masculinos 72% que corresponde a 1297 pacientes y femeninos 28% (496 pacientes), con una razón hombre: mujer de 2.6:1, lo que viene a mostrarnos la feminización que lleva la epidemia en el país que inicio en el año de 1987 con una razón de masculinidad de 7:1, lo cual muestra la vulnerabilidad de la mujer para la transmisión.

Los departamentos más afectados son: “Managua con una tasa de prevalencia de 66.9 por 100,000 habitantes, seguido de Chinandega con 65.0 por 100,000 habitantes y la RAAS con 48.0 por 100,000 habitantes y los menos afectados Matagalpa con una tasa de 3.75 y Río san Juan con 1.04 por 100,000 hab.”⁴

Se han realizado estimaciones relacionadas al VIH/SIDA en el país en conjunto con los diferentes SILAIS, Organismos No Gubernamentales que trabajan con grupos de riesgo tal es el caso de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras del sexo (TS) y usuarios de drogas intravenosas, además entidades como Cruz Roja que hace su aporte con información en donantes de sangre; INSS y universidad obteniéndose un preliminar estimado para el año 2005 de 6.847 pacientes, basándose en estudios realizados a nivel nacional y teniendo además como referencia estudios internacionales llevados a cabo a nivel centroamericano.

Un primer estudio centinela realizado en Honduras a nivel nacional, en un período de 7 meses en 1998, identificó seroprevalencia para sífilis, hepatitis B y VIH. Recolectaron 2,735 (84%) fichas en el estudio que fueron introducidas en la base de datos para ser utilizadas en el análisis estadístico.

⁴ Ministerio de Salud de Nicaragua (2005). Vigilancia Epidemiológica, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Reporte a junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSA, Nicaragua

El promedio de edad de las participantes fue de 23.5 años, el promedio de años de escolaridad fue de 5.7 años. Un 4% de los embarazos correspondían a embarazadas menores de 16 años, y la mayoría de las embarazadas se encontraban entre los 16 y los 29 años de edad. El promedio de edad gestacional fue de 21.1 semanas el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.7 años y el promedio de parejas sexuales en el último año fue de 1.2 La seroprevalencia para VIH fue de 1.4% (95% IC: 1.0 – 1.8) Un 7.8% (95% IC: 6.9 – 8.8) de las embarazadas fueron positivas a cualquiera de las ITS estudiadas. (1)

En un análisis de los casos de SIDA observados en Chile hasta el año 1998, la mayor proporción estaba concentrada en los hombres, que constituyen el 89.2% de la muestra, presentándose sólo en el 10.8% de las mujeres. En relación a la caracterización de la epidemia, se observó un mayor crecimiento relativo en el sexo femenino en relación al masculino (teniendo en cuenta todos los mecanismos de transmisión), situación reflejada en la caída de la proporción Hombre Mujer que alcanza a un 7,2:1 en la tendencia a igualarse de la proporción Hombre:Mujer que inicio en 7,2:1, en la actualidad 3:1 (*femenización*). Así mismo, existe un aumento sostenido a través del tiempo de casos contagiados por relaciones entre hombres y mujeres en comparación con los transmitidos en forma homosexual (*heterosexualidad*), desplazándose la epidemia hacia grupos poblacionales con menor nivel socioeconómico (*pauperización*), con una clara disminución en mujeres de escolaridad superior y concentrándose la mayor notificación en las amas de casa (51%). Siendo estos una población puente. (2)

Los casos de SIDA notificados por transmisión vertical alcanzan al 1,5% del total, la que sin tratamiento profiláctico sería de un 29%, cifra acumulada desde el inicio de la epidemia, estimándose una frecuencia de seropositividad en la población gestante chilena de un 0.5/1.000 embarazadas, lo que significaría una cifra aproximada de 100 gestantes VIH (+) por año (CONASIDA). (2)

En el 2003, Ovalle S, Alfredo y colaboradores realizaron en Chile un estudio sobre los factores de riesgos asociados a la infección neonatal, demostrando la importancia del conocimiento de la infección por VIH durante la gestación. La tasa global de transmisión perinatal del VIH en las embarazadas con infección conocida fue 9,5% y 70% en las mujeres con infección desconocida. Cuando se conoció la infección materna por VIH, se logró un eficiente trabajo en equipo de los médicos de Infectología, Obstetricia y Pediatría. Las embarazadas controlaron su embarazo y recibieron TAR desde mayo de 1995 reduciéndose la transmisión vertical a 6,5%. (3)

Entre enero del 2002 y enero de 2004, en Uruguay un estudio realizado por Quian J., y colaboradores, permitió identificar la prevalencia de infección por VIH en mujeres embarazadas que desconocen su estado serológico, y que no controlan o controlan mal su gestación. Se realizó el test rápido para detectar infección por VIH a toda mujer embarazada que no supiera su condición serológica y que consultara en el Servicio Gineco-Obstétrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. De 34,338 consultas obstétricas, se realizaron 4,599 pruebas rápidas, encontrando 58 mujeres positivas para VIH. La prevalencia de infección por VIH fue de 1,1% (IC 95% 0,8-1,4). Hubo un falso positivo y cuatro abortos. Diez mujeres abandonaron los controles. Doce recibieron antirretrovirales durante el embarazo por más de una semana. Se controlaron 39 niños y 2 fueron infectados. El porcentaje de transmisión fue de 5,1%. (4)

En relación con el efecto de la infección por el VIH sobre el embarazo numerosos autores coinciden en mencionar varias de ellas como son: abortos espontáneos, embarazo ectópico, infección del tracto genital por otros gérmenes (*N. gonorrhoeae*, *Clamidia tracomatis*, *Cándida albicans*, *Trichomonas vaginalis* y Sífilis).(5) (6) La sífilis estuvo presente en el 33 % de las gestantes VIH positivas en un estudio realizado en Sudáfrica, por lo que todas las gestantes VIH positivas deben ser pesquisadas con serología para sífilis, aun en regiones de baja prevalencia. Otras complicaciones frecuentes en mujeres seropositivas al VIH son la neumonía

bacteriana, sepsis urinaria, herpes zoster, sarcoma de Kaposi y tuberculosis, que es la más común infección oportunista. (7) El parto pretérmino se presenta con una frecuencia duplicada, también se describe la ruptura prematura de membranas y el *abruptio placentae*, más común en mujeres VIH positivas en Kenya y Sudáfrica. En Ruanda y Zambia se reportan diferencias significativas en el peso al nacer de los recién nacidos entre madres VIH positivas y negativas. Asimismo se notifica incremento de las muertes fetales. (8) En el posparto también son más comunes las complicaciones infecciosas en mujeres VIH positivas. (9)

Figuro R. en 1999, México, estudia la evolución de los embarazos de mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, tomando una cohorte de 44 mujeres embarazadas con infección por el VIH, asintomáticas y con una cuenta de linfocitos T CD4 superior a los $200/\text{mm}^3$ desde el punto de vista de la infección viral fueron evaluadas prospectivamente. Dentro de los hallazgos más importantes señala que en el 95.4%, la vía de contagio fue sexual; el 79.5% tenían menos de un año de saber que estaban infectadas y 34% recibieron tratamiento antiviral durante la gestación. Las mujeres infectadas por el VIH presentaron un riesgo mayor de complicaciones infecciosas (RR3.1, IC95% 1.9-52), cervicovaginitis (RR2.2, IC95% 1- 48) y enfermedades de transmisión sexual (RR18, IC95% 2.3-137). El promedio de peso y talla de los recién nacidos y el número de complicaciones neonatales fueron similares entre los grupos comparados. El análisis estratificado mostró que la ausencia de tratamiento antirretroviral y el antecedente de tres o más parejas sexuales incrementaron el riesgo de complicaciones infecciosas. (10)

III. JUSTIFICACIÓN

Considerando la feminización que lleva la epidemia en Nicaragua con una razón de masculinidad que ha pasado de 7:1 a 2.4:1, sumado a la importancia del mecanismo de transmisión vertical, se realizó este estudio para permitir identificar los factores relacionados a la infección por VIH en el grupo de mujeres embarazadas.

El estudio aporta información epidemiológica para caracterizar mejor la epidemia de VIH/SIDA en el país, a su vez se logró identificar mujeres embarazadas portadoras del VIH para incidir en la disminución de la transmisión madre-hijo con la instauración adecuada de terapia antirretroviral. De igual manera se consolidó la importancia de las pruebas diagnósticas con una adecuada y oportuna consejería pre y post test.

Los resultados de la presente investigación, serán utilizados para contribuir a la vigilancia de segunda generación que genera información para monitorear las intervenciones en salud a grupos con comportamientos de riesgo. De igual forma brinda información para todos los organismos que trabajan en la prevención y lucha contra el VIH/SIDA para dirigir sus acciones con mayor eficacia, permitiendo una sinergia en la lucha y control de la epidemia.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ⌘ ¿Cuáles son las características socio demográficas del grupo de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de los 17 SILAIS de Nicaragua?

- ⌘ ¿Cuáles factores podrían considerarse como factores potenciales para la infección por VIH en el grupo de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de los 17 SILAIS de Nicaragua?

- ⌘ ¿Cuál es la prevalencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el grupo de mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud de los 17 SILAIS de Nicaragua?

¿Cuáles son los factores presentes en la infección por VIH en mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua, durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005?

Objetivo General

Identificar los factores presentes en la infección por VIH en mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua, durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas del grupo de mujeres embarazadas.
2. Identificar factores potenciales para la infección por el VIH en el grupo de mujeres embarazadas incluidas en el estudio.
3. Conocer la prevalencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el grupo de mujeres embarazadas.

VI. MARCO DE REFERENCIA

El SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el estado final de la infección crónica producida por el retrovirus VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). El SIDA es una enfermedad que anula la capacidad del sistema inmunológico para defender al organismo de múltiples microorganismos, produciéndose graves infecciones.

6.1. Comportamiento del VIH/SIDA en la mujer

La epidemia de SIDA está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas. En todo el mundo, algo menos de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres.

Estas tendencias ponen de relieve graves diferencias en la respuesta al SIDA. Deben ampliarse los servicios que pueden proteger a las mujeres contra el VIH. Las mujeres y las niñas necesitan más información acerca del SIDA. No obstante, la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección por el VIH no se debe simplemente a la ignorancia, sino también a su falta de emancipación generalizada.

La mayor parte de las mujeres de todo el mundo se infectan por el VIH como consecuencia del comportamiento de alto riesgo de su pareja, sobre el cual tienen poco o ningún control. La situación apremiante de las mujeres y las niñas frente al SIDA destaca la necesidad de poner en práctica estrategias eficaces que aborden la interacción entre desigualdad (particularmente en función del sexo) y VIH.

El SIDA está afectando con mayor severidad a las mujeres en lugares donde las relaciones heterosexuales constituyen un modo predominante de transmisión del VIH.

Las mujeres representan actualmente el 36% de los 1,7 millones [1,3 - 2,2 millones] de adultos que viven con el VIH en América Latina, donde la epidemia se ha centrado preferentemente en varones que tienen relaciones sexuales con varones y consumidores de drogas intravenosas.

Las mujeres tienen muchas más probabilidades que los varones de contraer el VIH a causa de una única relación sexual no protegida con una pareja infectada.

Pero el hecho de que las mujeres tengan relaciones sexuales (y que esas relaciones sean protegidas) depende a menudo de las decisiones y comportamientos de sus parejas masculinas. Por desgracia, no se dispone todavía de forma generalizada de un método de prevención controlado por las mujeres.

Los preservativos femeninos ofrecen protección a un número creciente de mujeres, pero aún requieren un cierto grado de negociación y cooperación masculina. También son mucho más caros que los preservativos masculinos, y a pesar de las indicaciones de un consumo creciente, no están disponibles ni son socialmente aceptados en todos los lugares.

Los microbicidas, que tienen actividad anti-VIH y se comercializan en forma de gel, cremas, supositorios y anillos, constituyen la alternativa más prometedora para la prevención controlada por mujeres. Diversos países han emprendido recientemente ensayos sobre microbicidas potenciales. Estos productos pueden permitir que las mujeres asuman el control de su salud reproductiva, mientras prosiguen los esfuerzos para corregir las desigualdades subyacentes.

Son varias las razones que explican porque la mujer es más vulnerable que el hombre para contraer la infección por el VIH, entre estas pueden citarse las siguientes:

1. La transmisión sexual del virus es varias veces más frecuente del hombre a la mujer que de la mujer al hombre.

Las mujeres más jóvenes son incluso más vulnerables, pues el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado y la mucosa más delgada ofrecen menos protección que la de las mujeres más edad. Después de la menopausia, este tejido se torna más delgado, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH en la mujer posmenopáusicas.

Existe más cantidad de virus en el espermatozoides que en las secreciones vaginales por lo que el riesgo de contagio es más grande en la mujer (0.1% vs 0.05% para el hombre).

2. Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual (clamidia, gonorrea) que el hombre.

Con frecuencia estas infecciones no son diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH.

3. Las mujeres jóvenes y las niñas son culturalmente más vulnerables de contraer la infección por el VIH.

Esto es común que el hombre elija una mujer mucho más joven como pareja y esposa.

4. Debido a que la mujer depende del hombre económicamente, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de tener relaciones sexuales de menor riesgo.

Por lo tanto no es práctico insistir en que todas las mujeres exijan abstinencia o rechacen relaciones sexuales sin protección.

En muchas áreas el intercambio de favores sexuales por bienes materiales es la única fuente de sustento para algunas mujeres y sus hijos.

5. Pautas culturales que alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales son comunes.

Esto con el resultado de que más mujeres (incluso las monógamas) están en riesgo de infección.

6. Expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales.

Limitan la capacidad de la mujer de ejercer el control de su salud sexual y reproductiva.

A las mujeres no se les permite hablar abiertamente de su sexualidad, muchas no pueden solicitar el uso del condón o cualquier otra forma de protección, si lo hacen se niegan a tener relaciones sexuales se arriesgan a ser abusadas debido a sospechas de infidelidad.

Para el hombre las prácticas sexuales con múltiples parejas (incluso trabajadores comerciales del sexo) es culturalmente aceptado. La infidelidad masculina representa el mayor factor de riesgo para la mujer que aunque se mantenga libre

de comportamiento de riesgo se infecta debido a las prácticas de riesgo de su pareja.

7. Falta de comunicación entre el hombre y la mujer en torno a los temas de salud sexual y reproductiva.

Impiden compartir la responsabilidad en la toma de decisiones que influyen en la salud sexual y reproductiva.

A fin de proteger la salud sexual y reproductiva y prevenir la infección la mujer necesita recibir información adecuada y herramientas apropiadas que le permitan reconocer las situaciones sexuales y las actividades de alto riesgo.

Este puede incluir el aprendizaje de cómo acordar con la pareja respecto a prácticas sexuales de menor riesgo (relaciones sexuales sin penetración, uso de condones, abstinencia, entre otros).

Todo lo antes expuesto avala la importancia de la educación de la sexualidad humana a todo nivel poblacional, proporcionando la información necesaria y reconociendo el derecho de la mujer a informarse para así lograr que ella tome las medidas apropiadas para protegerse y prevenir la infección por el VIH. (11) (12)

6.2. VIH y Embarazo

Estudios epidemiológicos sugieren que las tasas de embarazos en mujeres seropositivas que no han presentado SIDA son comparables con aquellas no infectadas, mientras que las que desarrollaron la enfermedad la probabilidad de embarazarse es bastante menor.

La mayoría de las mujeres descubren que están infectadas por el VIH o tiene SIDA durante el embarazo, inmediatamente después del parto o cuando el bebe se enferma.

Para muchas mujeres, el embarazo es el primer contacto con un consultorio. En general el embarazo no influye en la evolución de la enfermedad por el VIH en la mujer que esta infectada pero cuyo sistema inmunitario todavía no ha sido afectado por el VIH y se mantiene sano.

Hasta el momento no se ha comprobado que el VIH perjudique el desarrollo del bebe. Sin embargo el riesgo de aborto espontáneo es mayor en la mujer infectada por el VIH. En general, si una mujer tiene infección por el VIH/SIDA, afronta mayores probabilidades de tener complicaciones como:

- Aborto espontáneo
- Fiebre e infecciones
- Trabajo de parto prematuro
- Bebe con bajo peso al nacer
- Infecciones graves después del nacimiento: la mujer infectada por el VIH tiene mayores probabilidades de sufrir infecciones después del parto que no responden al tratamiento usual con antibióticos.

Si durante el embarazo no se da tratamiento con antirretrovirales, el riesgo de una mujer de tener un hijo infectado por el VIH es de aproximadamente 25% a 35%. Los niños que contraen el VIH pueden infectarse in útero, durante el parto o por la lactancia materna. Casi 80% de los niños que nacen infectados morirán antes de los 5 años debido a desnutrición que se agrava por la infección por el VIH, diarrea e infecciones respiratorias.

La inmensa mayoría de los niños con el VIH contrae la infección a partir de sus madres, en el embarazo, durante el parto o en el curso del amamantamiento.

Muchas de éstas infecciones podrían evitarse si las mujeres no se infectaran, ante todo, y si las infectadas tuvieran acceso a pruebas del VIH complementadas con profilaxis farmacológica antirretrovírica para ellas y sus recién nacidos.

En demasiados lugares, sin embargo, siguen faltando servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias para que las mujeres no embarazadas conozcan su estado serológico, y en la actualidad sólo se ofrecen servicios de prevención de la transmisión materno infantil al 1% de las mujeres embarazadas en los países más afectados.

En los países con epidemias generalizadas, las estimaciones de la prevalencia del VIH se han basado principalmente en restos de muestras sanguíneas extraídas para pruebas de la sífilis en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales (o centros de «vigilancia centinela»). Hasta hace muy poco, así se han obtenido las mejores estimaciones sobre la prevalencia del VIH en la población.

Se ha comprobado que las mujeres jóvenes corren un riesgo desproporcionado de infección por el VIH. Es frecuente la agresión sexual, hasta tal punto que más de una cuarta parte (28%) de las mujeres afirma que su primera experiencia sexual no fue deseada, y una de cada 10 (10%) asegura que la han forzado a tener relaciones sexuales. Casi la mitad (49%) de las mujeres jóvenes sexualmente activas dijo que había quedado embarazada en algún momento, lo que parece indicar que el uso de preservativos no era la norma. De hecho, un tercio de los jóvenes que habían tenido relaciones sexuales en los 12 meses previos nunca había utilizado un preservativo, y los dos tercios no lo habían empleado con su pareja sexual más reciente.

6.3 Transmisión de madre a hijo

También conocida como transmisión vertical. El VIH puede pasar de una madre VIH positiva al bebé durante el embarazo o el parto. El VIH también puede transmitirse de madre a hijo a través de la leche materna. Esta vía de exposición ha sido una de las áreas de la infección por VIH mayormente estudiadas:

Momento de la infección al niño:

- Durante el embarazo: hasta 35%
- Durante el parto: hasta 65%
- Post-parto por lactancia: hasta 14%
- Factores Obstétricos que la favorecen:
- Rotura prematura de membranas en embarazo de término
- Parto prematuro
- Bajo peso al nacer: menor de 2.500 gramos
- Infección ovular o corioamnionitis clínica
- Membranas rotas por más de 4 horas
- Contacto fetal con secreciones cervicovaginales y sangre.

Vía del parto:

- Cesárea electiva: reducción de 50.5% en tasa de transmisión en comparación con parto vaginal
- La asociación de AZT perinatal y cesárea electiva es altamente protectora: transmisión de 2% en casos de cesárea electiva y uso de AZT y de 10.4% en casos con cesárea electiva sin uso de AZT. Por otro lado, la misma investigación demostró transmisión de 7.3% en niños nacidos por parto vaginal en los cuales se usó AZT y de 19% en niños nacidos por parto vaginal y sin uso de antiretroviral.
- Al abordar la problemática de la transmisión vertical del VIH-sida debemos tener en cuenta: el crecimiento de la epidemia en sectores jóvenes cada vez

más pauperizados; el crecimiento de las relaciones heterosexuales sin protección como forma de transmisión; y la constante disminución de la razón hombre/mujer.

Afortunadamente, el estado gravídico no parece alterar la evolución o la historia natural de la infección por VIH, ya que si bien es cierto se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, éstas vuelven a su línea basal después del parto. (13)

En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad médica crónica, la incidencia de patología obstétrica no aumenta permaneciendo el aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pretérmino y muerte fetal dentro de prevalencias esperables. Sin embargo, en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario ($CD4 < 300/dl$) el riesgo de las complicaciones infecciosas se incrementan (14).

Desde 1983 a diciembre del 2005 se han identificado 57 infecciones por vía perinatal, que representan el 2,82% del total acumulado. Entre el año 2000 y el 2005 se produjo un aumento en la detección de nuevas infecciones por vía vertical de 2 en el año 2001 a 11 en el 2004, incrementándose de 2.4% del total en el 2001 al 4% en el 2004. En Nicaragua, al igual que en la mayoría de países centroamericanos, aún no existen evidencias claras sobre la transmisión del VIH durante la lactancia materna.

Investigaciones internacionales reportan amplias diferencias sobre las probabilidades que una mujer VIH+ infecte al feto o recién nacido durante el embarazo, el parto o la lactancia, especialmente cuando la lactancia es prolongada, situando la transmisión vertical entre 7 y 45%,³⁵ en países en desarrollo. Esta contradicción plantea un desafío ante los mensajes para el personal de salud y para las propias mujeres, dado que se requieren criterios homogéneos, aplicables a la realidad local. (14)

6.4 Pruebas diagnósticas

Se denominan pruebas serológicas las realizadas sobre el suero, uno de los componentes de la sangre, para detectar anticuerpos. De este modo existen análisis serológicos para detectar distintos tipos de enfermedades: hepatitis B, sífilis, chagas, toxoplasmosis y VIH. Habitualmente se usa la expresión "seropositivo" como sinónimo de VIH positivos, pero ambos términos no significan lo mismo: la persona VIH positiva es seropositiva para el VIH.

La primera prueba que suele hacerse para detectar la presencia del virus es conocida como ELISA - Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay (prueba de inmunoenzimática)-. Existen otras similares pero ésta es la más frecuente. Esta prueba, como toda prueba serológica no reconoce el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él. Es decir, si hay anticuerpos, hay virus.

Toda prueba diagnóstica posee dos características: la sensibilidad y la especificidad. La primera se refiere a la capacidad de detectar la presencia de determinada sustancia; la segunda se refiere a la capacidad de excluir toda sustancia que no sea la efectivamente buscada.

ELISA es una prueba muy sensible, ya que ante la mínima presencia de anticuerpos del virus, e incluso elementos similares, dará un resultado positivo. Si el estudio da negativo es porque efectivamente el virus no está presente. La alta sensibilidad de esta prueba puede dar como resultado "falsos positivos" ante anticuerpos similares, lo que obliga a realizar una prueba confirmatoria. A las personas con resultado positivo, se les realiza una segunda prueba, más específica y menos sensible, para confirmar la presencia de anticuerpo de VIH y eliminar del grupo de los "positivos" a las personas que no están infectadas por el virus. La más frecuente es la Western-Blot.

Hay un período que se denomina "período ventana" y se utiliza para dar cuenta del tramo inicial de la infección durante el cual los anticuerpos generados por el organismo no son detectados por las pruebas serológicas habituales. Es necesaria una determinada cantidad de anticuerpos para que las pruebas puedan detectarlos. Este período se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que este genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas de laboratorio. Puede durar tres meses, o más. Por esta razón es aconsejable reiterar las pruebas cada tres meses a lo largo de un año.

Durante el "período ventana" las personas infectadas son seronegativas ya que el resultado de los estudios es negativo. Pero más allá de que no se detecten los anticuerpos en sangre, el período ventana es un período de alta contagiosidad durante el cual el virus se está multiplicando de manera muy rápida.

“Se conoce como pruebas de tamizaje las que muestran una sensibilidad de más del 99%. Adicionalmente tienen una altísima especificidad (también mayor al 99%) pero a pesar de ello la frecuencia de resultados falsos positivos pueden ser relevante si se realizan en poblaciones de baja prevalencia”.⁵ Por lo tanto las pruebas de tamizaje requieren ser repetidas y confirmadas. “Las pruebas rápidas de tamizaje incluyen a las pruebas serológicas de ELISA y las pruebas rápidas de detección. Las pruebas de ELISA y rápidas aprobadas por la FDA tienen una sensibilidad y especificidad alta (cerca o superiores al 99%)”.⁶

Las pruebas de ELISA requieren una complejidad de laboratorio alta, mientras las pruebas rápidas solamente requieren una complejidad de laboratorio intermedia. Dos de las cinco pruebas rápidas aprobadas por la FDA no requieren refrigeración de sus reactivos. Lo anterior sustenta el uso de las pruebas rápidas no sólo en condiciones en las que el resultado sea requerido con premura sino también en

⁵ Sloand EM, Pitt E, Chiarello RJ, Nemo GJ. HIV testing. State of the art. JAMA. 1991;266(20):2861-6

⁶ Van de Perre P, Simonon A, Msellati P, Hitimana DG, Vaira D, Bazubagira A, Van Goethem C, Stevens AM, Karita E, Sondag-Thull D, et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. N Engl J Med. 1991 29;325(9):593-8

condiciones en las que la infraestructura de laboratorio sea limitada. Capillus ha mostrado tener una sensibilidad del 99.7% y especificidad del 100%. Los sitios de evaluación para esta prueba han sido Asia, África y América. (15)

Las pruebas confirmatorias tienen altísima especificidad, conservando una muy alta sensibilidad. La frecuencia de falsos positivos con las pruebas confirmatorias es extremadamente rara, del orden de 0.0004% a 0.0007%, e incluyen auto-anticuerpos vacunas para VIH o resultados ficticios. Estas pruebas deben realizarse cuando las pruebas de tamizaje hayan resultado repetidamente positivas únicamente. Las pruebas confirmatorias más usadas utilizan los métodos de Western Blot o la Inmuno Fluorescencia Indirecta.

Interpretación de Pruebas Diagnósticas

Si el resultado de la prueba de tamizaje para VIH es no reactivo (negativo) se considera que el individuo no está infectado, salvo en los casos en que se sospeche una infección reciente por posible exposición de riesgo en los 6 meses previos a la prueba. Dada la altísima sensibilidad, no necesita repetirse las pruebas en individuos sin posible exposición reciente.

“En individuos con una historia reciente de exposición a VIH o exposición de riesgo, no se puede excluir la infección sin hacer seguimiento hasta 6 meses después de ocurrida dicha exposición”.⁷

Si el resultado es reactivo (positivo) se repite la prueba de tamizaje, con nueva muestra.

Si las dos pruebas de tamizaje son reactivas se debe confirmar el resultado mediante la realización de una prueba confirmatoria.

⁷ Celum CL, Coombs RW, Lafferty W, et al. Indeterminate human immunodeficiency virus type 1 Western Blots: seroconversion risk, specificity of supplemental test, and an algorithm for evaluation. J Infect Dis 1991;164:656-64

Si la prueba de tamizaje repetida es no reactiva, se debe repetir nuevamente la prueba de tamizaje.

Si la tercera prueba de tamizaje es reactiva (es decir, dos de tres pruebas reactivas/positivas) se debe confirmar el resultado mediante una prueba confirmatoria.

Si la prueba confirmatoria es positiva se considera al individuo como infectado por VIH. “Algunas veces individuos doblemente reactivos/positivos por pruebas de tamizaje tienen pruebas confirmatorias indeterminadas debido a una respuesta incompleta ante la infección por VIH ó reacciones inespecíficas en personas no infectadas”.⁸

“La mayoría de personas con Western Blot indeterminado e infectadas con VIH desarrollan anticuerpos detectables al mes”.⁹ En estos casos se debe recolectar una segunda muestra después de uno a tres meses para repetir la prueba de Western Blot.

Si la prueba continúa indeterminada después de uno a tres meses es muy poco probable que el individuo tenga infección por VIH y se debe considerar como no infectado a menos que haya tenido exposiciones recientes de riesgo.

Para evitar diagnósticos equivocados como resultado de errores en el manejo de la muestra, se recomienda que se hayan tomado al menos dos muestras de sangre diferente del mismo paciente a lo largo del proceso diagnóstico.

No se recomienda realizar Western Blot sin haber hecho antes las pruebas de tamizaje.

⁸ Ibid

⁹ Dock NL, Kleinman SH, Rayfield MA, Schable CA, Williams AE, Dodd RY. Human immunodeficiency virus infection and indeterminate Western blot patterns: prospective studies in a low prevalence population. Arch Intern Med 1991;151:525-30.

6.5 Plan Estratégico Nacional de las ITS/VIH/SIDA

El Plan Estratégico Nacional, PEN, para las ITS /VIH/Sida 2006-2010, constituye una herramienta guía para el ordenamiento de la respuesta nacional, teniendo de referencia el marco jurídico del país, las políticas de Estado, la ratificación de los compromisos internacionales, así como el consenso de distintos actores institucionales, sociales y comunitarios, que contribuyen a contener y mitigar los efectos de la epidemia del VIH/Sida.

En el Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra las ITS/VIH/SIDA 2000 -2004 se incorpora la oferta de alternativas gineco obstetras para las mujeres portadoras del VIH en edad fértil como métodos anticonceptivos, controles prenatales, inicio de la terapia antirretroviral hasta el aborto terapéutico con previa evaluación de un comité multidisciplinario; sin embargo, en la realidad no se aplica y las mujeres portadoras de VIH que han solicitado el aborto terapéutico no han logrado obtener respuesta.

Aún así, se está fortaleciendo la atención para lograr disminuir la transmisión vertical del VIH en los neonatos, teniendo en este período todavía rechazo y discriminación, que terminan por incrementar el daño que el VIH ya les ha ocasionado.

El objetivo del PEN consiste en contener la incidencia de las ITS /VIH/Sida y mitigar los efectos de la epidemia, mediante el desarrollo de una respuesta nacional integral, equitativa, efectiva y multisectorial, que incorpore acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad; la prevención de todas las formas de transmisión de las ITS y el VIH, así como el acceso al tratamiento específico de los casos positivos.(16)

Vigilancia Epidemiológica

El componente de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA de Nicaragua incluye la vigilancia de casos de SIDA y de la infección por VIH. Entre sus prioridades está reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica y conocer oportunamente el perfil epidemiológico del VIH/SIDA del país, con información de calidad y con el objeto de orientar las estrategias más adecuadas de planeación, decisión y acción. Este perfil se establece en gran parte con base en la información de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, el cual en los últimos 16 años se ha nutrido con la notificación de casos de SIDA reportados por los establecimientos de salud en los 17 SILAIS del país.

Para conocer las tendencias de la epidemia, se ha diseñado la vigilancia de segunda generación, que comprende los estudios de prevalencia de infección por VIH con metodología centinela, que se realizan periódicamente en poblaciones en las que se quiere conocer el nivel que ha alcanzado la infección, tales como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, embarazadas, usuarios de drogas intravenosas, reclusos, entre otros. Éstos se llevan a cabo en localidades geográficas seleccionadas, grupos específicos que con metodología centinela se buscan anticuerpos anti-VIH en diferentes fluidos orgánicos. Dichos estudios permiten medir el impacto de las intervenciones y focalizar recursos para la prevención y asistencia. (16)

Dentro de las Metas generales el PEN se define lo siguiente:

1. Para el 2010, habrá una reducción del 20 por ciento en el número de nuevas infecciones de VIH.
2. En 2010, el 40 por ciento de las poblaciones vulnerables tendrán acceso a servicios de atención integral, incluyendo prevención, atención y tratamiento antirretroviral.

3. En el 2010, Porcentaje de los lactantes con el VIH nacidos de madres viviendo con el virus será inferior al 1 por ciento y la incidencia de la sífilis congénita serán de menos del 0.05 casos por 1000 nacimientos vivos.
4. Para el 2010, se habrá incrementado en un 50 por ciento la percepción de riesgo al VIH entre las poblaciones de mayor vulnerabilidad.
5. Para el año 2010 el 70% de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años tendrán un conocimiento adecuado acerca de la prevención del VIH. (16)

La respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA en Nicaragua

Durante los últimos cinco años, la respuesta nacional para enfrentar las ITS/VIH/SIDA tuvo como referencia el Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS/VIH/SIDA 2000-2004 (PEN), diseñado en 1999 con participación del Gobierno, la sociedad civil y colaboración técnica nacional e internacional, a través de un proceso que implicó tres encuentros nacionales y multisectoriales, entrevistas, grupos focales, etc. El Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS/VIH/SIDA 2000-2004, tuvo como objetivo general “Contribuir a reducir la incidencia de las ITS/VIH/SIDA, promoviendo con participación multisectorial, cambios de conducta hacia estilos de vida saludables, que conlleven a reducir el contexto de vulnerabilidad de la población nicaragüense”. (16)

Con ese referente, el PEN 2000-2004 centró los lineamientos de actuación de la respuesta nacional en ocho estrategias:

- Fortalecer las redes de colaboración que actualmente existen en el país.
- Incidir en la definición de políticas nacionales a favor de la prevención y promoción de los derechos humanos y aseguramiento de la igualdad ante la ley de las personas viviendo con el VIH/ SIDA y el principio de la no discriminación en la respuesta nacional a la epidemia.

- Diseñar e implementar acciones para la gestión y obtención de recursos financieros dirigidos al cumplimiento del PEN.
- Diseñar e implementar un plan de IEC dirigido a la población general para la prevención de las ITS/VIH/SIDA
- Controlar y prevenir las ITS.
- Garantizar sangre segura y sus hemoderivados.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para las ITS/ VIH/ SIDA en todos sus niveles y subsectores de salud.
- Atención integral en los servicios de salud tanto públicos como privados a las personas que viven con el VIH/SIDA. (16)

La prevención mediante la administración de ARV a embarazadas positivas con la finalidad de reducir la transmisión vertical, inició en el 2003 asociada a asesoría en la atención prenatal. En el 2004 se administró ARV al 100 % de embarazadas y se comenzó la entrega de sucedáneos de la leche materna. (16)

Enfatizando en los procesos de educación, en Nicaragua, el Ministerio de Salud en Agosto del 2005, publicó un estudio CAP en mujeres en edad fértil del área rural de León, reflejando que el conocimiento sobre ITS/VIH/SIDA, es deficiente al creerse sin riesgo de adquirir la infección, el pobre uso de condón y la falta de consejería es un serio problema de información, educación y comunicación en salud pública. (17)

6.6 Marco Legal

La Constitución Política de la República de Nicaragua establece que la salud de sus ciudadanos y ciudadanas es un derecho, una obligación del Estado organizarla

y promoverla a través de sus instituciones y organismos especializados, facilitando en ese proceso la participación activa y consciente de la sociedad tanto a nivel general como en cada una de sus comunidades.

De hecho, estas referencias constituyen la esencia de la ley 423, “Ley General de Salud”, en la que se institucionaliza la actuación conjunta de las instituciones del Estado, liderada por el Ministerio de Salud, así como de las distintas expresiones de la sociedad que laboran en el campo de salud.

De igual forma, se ha ampliado el marco jurídico institucional para la protección social, con el fin de materializar acciones y servicios que contribuyan, tanto a mejorar el nivel de vida de la población como su desarrollo integral. En ese contexto se han creado instituciones como MIFAMILIA, la Procuraduría de derechos humanos y las comisarías de la mujer. En general, este esfuerzo ha estado dirigido a modificar condiciones de vulnerabilidad de distintos sectores de la sociedad; sin embargo, aún quedan brechas para modificar efectivamente esta vulnerabilidad, en el ámbito legal, social y cultural, que son factores que facilitan la diseminación de la epidemia. (18) (19)

En el campo específico de la epidemia del VIH y del sida, se aprobó la ley 238, “Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA”, que constituye un marco de referencia para la actuación institucional y social del país en relación a la epidemia; sin embargo, aún existen limitantes para poder cumplir con un compromiso social y político efectivo con las personas que viven con el VIH/Sida (PVVS). (20)

Dentro de la ley, se establece el derecho de todos los ciudadanos nicaragüenses a la realización o no de las muestras para detectar VIH. Esto se explicita en el capítulo II art. 5, además se deberá cumplir con la confidencialidad y con adecuada consejería para la misma. (18)

La discriminación, el estigma, y la homofobia, son factores que inciden en un insuficiente abordaje hacia los hombres que tienen sexo con hombres, HSH, tal como se enuncia en la legislación nacional, que aún penaliza las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

En lo referente a la política educativa y a la educación como resultante y fundamento del desarrollo social, debe señalarse que esta determina la salud y modifica las condiciones de vulnerabilidad de las personas especialmente ante el riesgo de contraer el VIH. En Nicaragua, más de un millón de niñas y niños no logra ingresar a la educación primaria anualmente, y un alto porcentaje se ve obligado a abandonar las aulas. (15)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Área del estudio

El ámbito de acción del estudio fueron los centros de salud de las cabeceras departamentales de 17 SILAIS de Nicaragua.

b) Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

c) Población del estudio

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal.

d) Universo y Muestra

El Universo total de mujeres embarazadas en los 17 SILAIS, fue de 3750. El total de la muestra fue de 3545 mujeres embarazadas.

Se seleccionaron 38 sitios centinelas de los 17 SILAIS que contaran con clínicas de atención prenatal y laboratorio.

Los sitios centinelas son establecimientos de salud que fueron escogidos de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Que brindaran atención en salud a un número relativamente grande de miembros de la población de embarazadas.
2. Que existieran recursos (materiales y humanos) para la extracción de sangre a los pacientes como parte de la atención o servicio usualmente ofrecido.
3. Que tuvieran capacidad de separar el suero y almacenarlo adecuadamente
4. Que contaran con recursos preparados para brindar consejería.

El muestreo fue no probabilístico de tipo consecutivo, se escogieron a aquellas embarazadas que acudieron a su control prenatal y que posterior a la oferta de la prueba de VIH y pre-consejería accedieron a la misma, llenándosele ficha epidemiológica, firmando el consentimiento informado (Ver ficha en Anexo 1) y realizándosele prueba rápida para detección del VIH (Capillus). La realización de la prueba fue en cada unidad de salud, y posteriormente enviadas al laboratorio nacional el 100% de los positivos y el 10% de los negativos, para control de calidad.

e) Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron todas las mujeres embarazadas que acudieron a los centros de salud de las cabeceras departamentales de los 17 SILAIS seleccionados.

f) Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

1. Todas las mujeres embarazadas que acudieran al Centro de Salud y no se les haya ofertado durante el embarazo realizarse la prueba de VIH.
2. Toda mujer embarazada que acudiera por primera vez al Centro de Salud, independiente de su edad gestacional.
3. Toda mujer embarazada que aceptara ingresar en el estudio.

Exclusión

1. Mujeres no embarazadas.
2. Mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud con visitas subsecuentes.

3. Mujeres embarazadas que no acepten ser incluidas en el estudio.
4. Mujeres embarazadas que hubiesen sido muestreadas anteriormente para VIH.

g) Fuentes de información

Fuentes primarias:

- Mujeres embarazadas (Ver Cuestionario en Anexos 2).

Fuentes secundarias:

- Bibliografía consultada relacionada al tema de estudio.
- Estudios de investigación a nivel nacional e internacional.
- Ley 238, Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA.
- Ley 290, Ley general de salud.
- Resultados de pruebas diagnósticas, prueba rápida, Capillus y Western Blot.

h) Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista, aplicada a las embarazadas de acuerdo a los objetivos del estudio, éstas fueron realizadas por los recursos de salud previamente capacitados en consejería en los sitios de estudio.

i) Plan de recolección de la información

Se realizó la técnica de muestreo no probabilística, de tipo consecutivo, seleccionando a todas las personas que cumplieran con los criterios de inclusión. Desde el punto de vista operacional es el método más fácil de emplear. Si todas las personas a ser seleccionadas están de acuerdo en participar en el programa de vigilancia el sesgo será mínimo y las estimaciones de prevalencia tendrán más validez.

Procesamiento de las muestras de sangre

Una vez obtenido el consentimiento para la realización de la muestra de sangre de la Embarazada, se le realizó la prueba rápida, en el laboratorio en donde se escogió preparar el recurso para practicar las pruebas rápidas; en caso donde no se presentó esta condición, se envolvió la muestra en la ficha y se trasladó al laboratorio más cercano, previamente centrifugadas y refrigeradas (en termo) para mantener la muestra en óptimas condiciones.

El resultado se anotó en la ficha que acompaña la muestra. En el caso de muestra positiva, se realizaron las coordinaciones precisas para el envío de estas al nivel central de manera inmediata, al final del mes se enviaron el 10% de las pruebas negativas al nivel central, para control de calidad.

j) Variables del estudio

En el estudio se incluyeron las siguientes variables: (Ver Operacionalización en Anexos 3)

Objetivo 1: Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas

- Edad
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil

- Procedencia (Residencia habitual)

Objetivo 2: Factores potenciales para la transmisión VIH en mujeres embarazadas

Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres embarazadas:

- Inicio de vida sexual activa
- Semanas de embarazo
- Número de niños menores de 10 años
- Antecedentes de ITS

Prácticas sexuales de las mujeres embarazadas:

- Preferencias sexuales
- Número de parejas masculinas que ha tenido en su vida
- Uso de preservativos en sus relaciones sexuales

Antecedentes de riesgos sexuales del la mujer embarazada

- Infección de VIH/SIDA
- Bisexual
- Hemofílico
- Transfusión sanguínea en los últimos 10 años
- Usuaria de drogas intravenosa
- Trabajadora comercial del sexo
- Antecedentes de abuso sexual
- Múltiples parejas sexuales
- Tatuajes

Antecedentes de riesgos sexuales de la pareja sexual

- Infección de VIH/SIDA
- Bisexual
- Hemofílica

- Transfusión sanguínea en los últimos 10 años
- Usuaria de drogas intravenosa
- Trabajadora comercial del sexo
- Antecedentes de abuso sexual
- Múltiples parejas sexuales
- Tatuajes

Riesgo ocupacional:

- Exposición ocupacional a VIH de la mujer embarazada
- Exposición ocupacional a VIH de la pareja sexual de la embarazada

Objetivo 3: Prevalencia de infección por VIH

- Resultado de la prueba rápida Capillus
- Resultado de la prueba Western Blot

k) Plan de análisis

Los datos recolectados se analizaron mediante un análisis univariado, ya que se trata de un estudio descriptivo.

Con el fin de identificar cuales son los factores asociados a la infección de VIH, se realizaron cruce de variables entre los casos VIH +, confirmados con WB:

Casos VIH +	/Características sociodemográficas
	/Antecedentes Gineco Obstétricas
	/Prácticas de riesgo de la embarazada y la pareja
	/Prácticas sexuales de riesgo de la embarazada y pareja

Los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para el procesamiento de los resultados se utilizó el paquete estadístico Epi Info 3.3.2.

I) Consideraciones éticas

- **Consentimiento informado y respeto a las personas:** Esta investigación tuvo en cuenta las condiciones de las mujeres embarazadas, respetando su libertad de decisión al participar o no en la investigación. Se garantizó mediante una conversación individual su deseo o no de participación, mediante el llenado del instrumento y el consentimiento informado.
- **Justicia:** La investigación estuvo dirigida a todas las mujeres embarazadas que acudieron para ser atendidas en los centros de salud, sin distinciones de ninguna clase, informándoseles el propósito de aportar beneficios para la atención integral en salud.
- **Protección de la confidencialidad:** Se explicó el proceso de confidencialidad, asegurándoseles que el manejo de los datos estaría a cargo solamente de las investigadoras.

VIII. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 3545 mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a su control prenatal, en los 17 SILAIS del país, previo consentimiento informado se realizó la entrevista y posteriormente la prueba rápida de laboratorio (Capillus) y posteriormente con la prueba confirmatoria, Western Blot, en el período de Noviembre del 2004 a Febrero del 2005.

8.1 Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas.

Del total de embarazadas estudiadas, la distribución de las muestras por SILAIS, se registró, en Managua el 29.8% (1057), en Chinandega fue el 14.0% (495), RAAN 7.3% (260), Masaya 7.0% (247), Matagalpa 5.6% (199), seguida de Chontales el 5.2% (183), Jinotega 4.5% (158), RAAS con el 4.3% (154), Rivas 3.6% (128), León 3.6% (126), Nueva Segovia 3.6% (126), Boaco el 2.3% (82), Estelí el 2.2 % (77), Granada 2.1% el 1.9% (75) en Carazo el 69% (2.1), Madriz 1.6% (57) y Río San Juan con el 1.5% (52). (Ver en Anexos Tabla 1)

Las mujeres embarazadas estudiadas representaron un 33.3% (1181) para el grupo de edad entre los 12 a 19 años, el 51.4% (1823) estaban en edades comprendidas entre 20 a 29 años, un 14.2% (502) estaban entre 30 a 39 años, y el 1.1% eran mujeres entre 40 a 49 años. (Ver en Anexos Tabla 2)

Referente a la ocupación de las embarazadas se encontró que un 77.6% (2751) eran amas de casa, un 5.8% (206) laboraban como domesticas, el 4.4% (156) eran estudiantes, un 3.1% (110) eran comerciantes, el 0.1% eran trabajadoras comerciales del sexo, el 1.2% (42) eran obreras industriales y de campo, el 1.1% (40) eran profesoras, un 0.8% (27) eran personal de salud, el 0.8% (27) eran profesionales, el 0.1% (2) eran privadas de libertad, el 1.0% (36) no respondieron, el 0.1% (3) eran militares y un 3.4% (120) mencionaron otras actividades. (Ver en Anexos Tabla 3)

Según la escolaridad de la población en estudio, un 35.5% (1257), tenían educación primaria, el 43.8% (1552) cursaron educación secundaria, un 8.1% (288) fueron analfabetas, el 1.9% (68) tenían educación técnica, y el 6.0% (212) cursaron educación universitaria. (Ver en Anexos Tabla 4)

El estado civil de las embarazadas estudiadas corresponde un 62.5% (2215) a unión libre, el 23.7% (839) estaban casadas y el 13.9% (491) estaban solteras. (Ver en Anexos Tabla 5)

En relación a la procedencia de las mujeres embarazadas estudiadas un 26.6% (946) respondieron ser del área rural, y un 73.4% (2602), eran del área urbana. (Ver en Anexos Tabla 6)

8.2 Factores potenciales para la infección por VIH en embarazada.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

De acuerdo al inicio de vida sexual activa, el estudio mostró que un 82.8% (2935) iniciaron en edades entre 10 a 19 años, el 14.8% (526) corresponde a edades entre 20 a 29 años, el 0.4% (13) se encontró en edades entre 30 a 39 años y un 2% (71) no respondieron. (Ver en Anexos Tabla 7)

Al momento del estudio, el 23.6% (2935) cursaban con un embarazo entre 10 a 17 semanas de gestación, un 18.0% (526) tenían 18 a 23 semanas, el 23.4% (828) tenían de 24 a 31 semanas, el 4,2% (148) tenía 32 a 42 semanas y el 10.6% (377) cursaba un embarazo de 2 a 9 semanas de gestación. (Ver en Anexos Tabla 8)

De acuerdo al número de hijos menores de 10 años, se encontró que un 42.1% (1491) tenía de 1 a 2 hijos, el 8.3% (295) tenía de 3 a 5 hijos, el 0.5% (17) tenía de 6 a 8 hijos y el 49.1% (1742) no tenía hijos. (Ver en Anexos Tabla 9)

El 7.4% (126) de las mujeres embarazadas del estudio refirió haber presentado alguna infección de transmisión sexual. El 91.1% (3230) lo negaron y el 1.5% (54) desconoce este hecho. (Ver en Anexos Tabla 10)

Del total de embarazadas con antecedentes de ITS, el 29.1% (76) mencionaron Candidiasis, el 17.2% (45) Tricomoniasis, 14.2% (37) Gonorrea, 10.7% (28) Vaginosis, 9.6% (25) Condilomatosis, 6.9% (18) Sífilis, 5.0% (13) Virus de papiloma humano, Gardnerella con el 1.5% (4), Chancro Blando y Ladilla con un 1.1% (3) cada uno, Hepatitis B y Linfogramuloma venéreo con 0.4% (1) cada uno. (Ver en Anexos Tabla 11)

Prácticas sexuales de la embarazada

Según las preferencias sexuales de las mujeres embarazadas en estudio, se encontró que el 99.4% (3525) practica relaciones sexuales con hombre, un 0.4% (14) practicaba relaciones sexuales con mujeres y un 0.2% (6), refirió tener prácticas sexuales con hombres y mujeres. (Ver en Anexos Tabla 12)

En relación al número de parejas sexuales que ha tenido en su vida, el 60% (2127), refirió haber tenido solo una pareja, el 35.5% (1260) había tenido de 2 a 4 parejas sexuales, el 1.4% (47) refirió que habían tenido de 5 a 10 parejas, un 0.1% (4) refirió haber tenido más de 11 y un 3.0% (107) no respondió. (Ver en Anexos Tabla 13)

Del total de mujeres embarazadas estudiadas, el 67.2% (2382) refirió nunca haber usado el preservativo durante las relaciones sexuales con su pareja, el 30.7% (1087) lo utilizó a veces, y el 2.1% (76) lo utilizó siempre. (Ver en Anexos Tabla 14)

Prácticas de riesgo

El 96.9% (3436) de embarazadas, refirió no haber tenido transfusión sanguínea en los últimos 10 años, el 3.1% (109) respondió haber recibido transfusión sanguínea. (Ver en Anexos Tabla 15)

Con relación a uso de drogas intravenosa, un 0.3% (9) respondió haber utilizado drogas intravenosas. El 96.9% (3436) refirió no haber usado drogas intravenosas. (Ver en Anexos Tabla 16)

Del total de la población en estudio, el 99.65 (3530) adujo no ser trabajadoras comerciales del sexo, un 0.4% (15) respondieron ser trabajadoras comerciales del **SEXO**. (Ver en Anexos Tabla 17)

En relación a los antecedentes de abuso sexual, el 96.7% (3427) de las mujeres embarazadas negó este antecedente y el 3.3% (118) refirió haber sufrido abuso sexual. (Ver en Anexos Tabla 18)

Un 85.5% (3032) mujeres embarazadas respondieron no tener múltiples parejas sexuales, el 14.5% (513) restante sí refirieron tener múltiples parejas sexuales. (Ver en Anexos Tabla 19)

De acuerdo a los resultados obtenidos, un 6.9% (243) de las embarazadas, respondieron haberse realizado tatuajes, a diferencia de un 93.1% (3302) que refirió no haberse realizado tatuajes. (Ver en Anexos Tabla 20)

Prácticas sexuales de riesgo de la pareja de la embarazada

En relación a las practicas sexuales de riesgo de la pareja de la embarazada, estas respondieron que el 0.2% (6) tenia antecedentes de ser portadores del VIH, el 74.7% (2648) lo negaron y un 25.1% (891) desconocen este antecedente en sus parejas sexuales. (Ver en Anexos Tabla 21)

Según las respuestas de las embarazadas, un 0.2% (8) de la pareja sexual tuvieron antecedentes de tener prácticas bisexuales, el 83.5% (2959) respondieron que sus parejas no tienen prácticas bisexuales y el 16.3% (578) respondieron desconocer este antecedente. (Ver en Anexos Tabla 22)

Al preguntar a la embarazada sobre los antecedentes de hemofilia de su pareja sexual, éstas respondieron afirmativamente en un 0.1% (4), el 84.2% (2985) lo negaron y el 15.7% (556) refirieron no saber. (Ver en Anexos Tabla 23)

El 1.7% (60) de las embarazadas respondieron afirmativamente al interrogar sobre el antecedente de transfusión sanguínea de su pareja sexual, el 78.7% (2789) lo negaron y el 19.6% (696) lo desconocían. (Ver en Anexos Tabla 24)

En relación al uso de drogas intravenosa como practica de la pareja sexual, el 2.5% (89) respondieron afirmativamente, el 82.3% (2917) lo negaron y el 15.2% desconocen esta práctica en su pareja sexual. (Ver en Anexos Tabla 25)

El 0.3% (11) de las embarazadas, respondieron que sus parejas eran trabajadores comerciales de sexo, el 85.2% (3022) lo negaron y el 14.4% (512) lo desconocían. (Ver en Anexos Tabla 26)

Al interrogar a la embarazada sobre los antecedentes de abuso sexual en su pareja, el 1.2% (44) respondió positivamente, el 81.4% (2886) lo negaron y el 17.3% (615) lo desconocían. (Ver en Anexos Tabla 27)

Según las embarazadas, el 27.6% (980) afirmó que su pareja tenía múltiples parejas sexuales, el 51.3% (1817), lo negó y el 21.1% (748) lo desconocían. (Ver en Anexos Tabla 28)

El 15.1% (537) de la pareja sexual de la embarazada se habían practicado tatuajes, el 74.0% (2632) no lo habían practicado, y el 10.9% (385) desconocían este hecho, de acuerdo a las respuestas de las embarazadas en estudio. (Ver en Anexos Tabla 29)

Riesgo ocupacional

Al indagar sobre la exposición ocupacional de contraer el VIH, un 3.3% (116) refirieron estar en riesgo, el 96.6% (3424) lo negaron y el 0.1% (5) lo desconocían.

(Ver en Anexos Tabla 30)

En relación al riesgo de contraer el VIH de la pareja sexual de la embarazada, el 86.3% (3029) respondieron negativamente y el 13.7% (481) no tenían conocimiento al respecto. (Ver en Anexos Tabla 31)

8.3 Prevalencia de infección por VIH

Del total de embarazadas estudiadas, los resultados de la prueba Capillus fueron positivos en un 0.1% (5), el 0.2% (6) fue indeterminado y el 99.7% (3534) resultó negativo a la prueba. (Ver en Anexos Tabla 32)

En la prueba de confirmación de los resultado positivos e indeterminados obtenidos de las embarazadas, el 0.3% (11) resultaron positivos y el 99.7% (3534) resultaron negativos. (Ver en Anexos Tabla 33)

Del total de casos positivos que correspondieron al 0.3% (11), al realizarles la prueba de Western Blot, fueron positivas el 36.4% (4) y el 63.6% (7) fueron negativos. (Ver en Anexos Tabla 34)

La prevalencia de VIH positivo, confirmada por Western Blot en mujeres embarazadas fue de 0.11%, según población en estudio por SILAIS se registró, para el SILAIS de Managua en 0.18%, para Chinandega en 0.20% y en Granada de 1.30%. (Ver en Anexos Tabla 35)

Características sociodemográficas de las embarazadas VIH positivas.

Según la ubicación de los casos positivos para la prueba Capillus, el 40.0% (2) se ubicaron en el SILAIS de Managua, 20.0% (1) para Chinandega y 20.0% (1) para Granada. (Ver en Anexos Tabla 36)

Del total de resultados indeterminados, representaron 16.7% (1) para SILAIS de Managua, de igual forma para SILAIS Chinandega, 33.3% (2), 16.7% (1) para Nueva Segovia y de igual forma para Chontales. (Ver en Anexos Tabla 36)

Las pruebas confirmadas positivas para Western Blot, se presentaron en SILAIS de Managua en un 50.0% (2), 25.0% (1) en Chinandega y 25.0% (1) en Granada. (Ver en Anexos Tabla 37)

Los casos de mujeres embarazadas con VIH positivo, según la prueba confirmatoria Western Blot, fue del 50% (2) para el grupo de 12 a 19 años, 25% (1) para el de 20 a 29 años y de igual forma para el grupo de 30 a 39 años. (Ver en Anexos Tabla 38)

La ocupación de las embarazadas seropositivas, fue de ama de casa en el 75.0% (3) y domestica con un 25.0% (1) (Ver en Anexos Tabla 39)

El nivel de escolaridad de las embarazadas seropositivas fue el 75.0% (3) para el nivel secundario y 25% (1) en el nivel primario. (Ver en Anexos Tabla 40)

El 100% (4) de las embarazadas seropositivas fueron de procedencia urbana, según los datos recolectados. (Ver en Anexos Tabla 41)

Antecedentes gineco-obstétricos de las embarazadas seropositivas

Con respecto a los antecedentes gineco obstétricos de mujeres embarazadas con VIH positivo, el inicio de vida sexual activa fue de 10 a 19 años, en un 75.0% (3), y de 20 a 29 años el 25.0% (1). (Ver en Anexos Tabla 42)

El número de parejas sexuales masculinas fue de 2 a 4, en un 75.0% (3) y 25.0% refirió tener una pareja sexual. (Ver en Anexos Tabla 43)

Las semanas de gestación en que se encontraban las embarazadas seropositivas, fue de 10 a 17 semanas en un 50.0% (2), de 2 a 9 semanas en el 25.0% (1) y de la misma forma para 24 a 31 semanas. (Ver en Anexos Tabla 44)

El 50.0% (2) de las embarazadas seropositivas tenían e 1 a 2 hijos, el otro 50.0% no tenían hijos. (Ver en Anexos Tabla 45)

En relación a los antecedentes de ITS, el 25.0% (1) de las embarazadas seropositivas, refirió haber tenido ITS, mencionando la Condilomatosis, el 75.0% (3) restantes negó antecedentes de ITS. (Ver en Anexos Tabla 46)

Prácticas sexuales de riesgo asociadas a la infección de VIH en embarazadas seropositivas

El 100% (4) de las embarazadas seropositivas refirió tener preferencias sexual con hombres. (Ver en Anexos Tabla 47)

Con relación al uso del condón, el 50.0% (2) respondieron usar a veces el condón, el 50.0% (2) restante adujo no usarlo nunca. (Ver en Anexos Tabla 48)

El 100.0% de las embarazadas seropositivas negaron antecedentes de transfusiones sanguíneas y uso de drogas intravenosas. De igual forma negaron ser trabajadoras comerciales del sexo. (Ver en Anexos Tabla 49)

En relación a los antecedentes de abuso sexual, el 50.0% (2) de las embarazadas seropositivas afirmó haber sufrido abuso sexual, el 50.0% (2) restantes lo negó. (Ver en Anexos Tabla 50)

Según la información recopilada, el 50.0% (2) de las embarazadas seropositivas refirió tener múltiples parejas sexuales, el otro 50.0% (2) lo negó. (Ver en Anexos Tabla 51)

En cuanto a la práctica del tatuaje el 25.0% (1) de las embarazadas seropositivas refirió haberse realizado tatuaje, el 75.0% (3) restante lo negó. (Ver en Anexos Tabla 52)

Prácticas sexuales de riesgo de la pareja sexual de la embarazada

De acuerdo a las respuestas de las embarazadas seropositivas, el 75.0% (3) y el 25.0% (1) negó o desconoce (respectivamente) antecedentes de VIH en su pareja sexual. (Ver en Anexos Tabla 53)

Un 25.0% (1) afirmó que su pareja sexual tenía prácticas bisexuales, el resto lo desconoce y lo niega (25.0%, 50.0%). (Ver en Anexos Tabla 54)

El 100.0% de las embarazadas seropositivas, negó antecedentes de hemofilia en sus parejas sexuales. (Ver en Anexos Tabla 55)

En relación al uso de drogas intravenosas en la pareja de la embarazada seropositiva, el 75.0% (3) negó este hecho, el 25.0% (1) lo desconoce. (Ver en Anexos Tabla 56)

El 100.0% (4) de las embarazadas seropositivas, negó que sus parejas sexuales fueran trabajadores comerciales del sexo. (Ver en Anexos Tabla 57)

Según la información recopilada, el 50.0% (2) de las embarazadas seropositivas negó que su pareja sexual fuera abusada sexualmente, el otro 50.0% (2) desconoce este aspecto en su pareja sexual. (Ver en Anexos Tabla 58)

Un 75.0% (3) de las embarazadas seropositivas, adujo que sus parejas sexuales tenían múltiples parejas, el 25.0% (1) lo negó. (Ver en Anexos Tabla 59)

Con respecto a la práctica del tatuaje, el 50.0% (2) de las embarazadas confirmó que su pareja sexual se realizó tatuaje, el otro 50.0% (2) lo negó. (Ver en Anexos Tabla 60)

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Partiendo del comportamiento del VIH/SIDA a nivel mundial, con su tendencia al incremento, más aún la situación que está generando la feminización de la epidemia, el proceso de vigilancia de los grupos de riesgo se establece como una de las prioridades a ejercer y fortalecer. Si bien, la transmisión vertical constituye en Nicaragua el 3%, las consecuencias en la mortalidad infantil incrementarían este hecho.

Dentro de los hallazgos encontrados en el presente estudio, se observó que la mayor cantidad de embarazadas fueron captadas en el SILAIS de Managua, seguida de Chinandega, RAAN, Masaya, Chontales y RAAS, en tanto, los casos seropositivos se detectaron en Managua, Chinandega y Granada. Este aspecto coincide con la prevalencia de VIH/SIDA en el país, ya que son los SILAIS Managua y Chinandega los que ocupan el primer lugar a nivel nacional, según datos registrados en Sistema de Vigilancia Epidemiológica ITS/VIH/SIDA 2006.

Uno de los principales factores de riesgo para contraer el VIH, es la edad, según la literatura, describe con base científica que las mujeres más jóvenes son más vulnerables, ya que el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado. (1) (12)

En relación al aspecto cultural, la tendencia es que el hombre elija mujeres mucho más jóvenes como pareja o esposa. La gran mayoría de la población estudiada se encontraba en los grupos de edades más jóvenes, de hecho este comportamiento de embarazos en edades tempranas aumenta el riesgo a complicaciones no sólo para contraer enfermedades de transmisión sexual.

Confirmando los hallazgos de investigaciones científicas sobre la ocupación de las mujeres en riesgo, es posible señalar que las amas de casas constituyan un grupo vulnerable para contraer el VIH/SIDA, siempre que se consideren otros factores asociados a prácticas sexuales de riesgo de la pareja sexual. Es decir que el simple hecho de ser ama de casa no traduce un factor de riesgo, se deberá tomar en cuenta el uso de condón, las múltiples parejas sexuales, uso de drogas intravenosas, entre otros. (4)

La mayoría de las embarazadas, tanto seropositivas como seronegativas, contaban con instrucción escolar primaria y secundaria, situación que sería de provecho para la ejecución y fortalecimiento de actividades educativas que favorezcan la prevención.

El inicio de vida sexual activa a temprana edad, constituye uno de los factores de riesgo asociados a la infección de VIH, en Nicaragua este comportamiento es habitual, aunado al no uso del condón y a las barreras sociales, psicológicas y económicas para acceder a los mismos. El factor cultural del comportamiento machista que caracteriza al hombre nicaragüense es determinante para la no utilización del condón, a pesar de las campañas educativas para su utilización, sin embargo las normas de género vigentes dificultan el empoderamiento de las mujeres particularmente en el ámbito de su sexualidad. (10)

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre el tema de la prevención y el uso del condón, recomiendan que los procesos de información, educación y comunicación deban ser permanentes, garantizando que llegue a la población en general. (17)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo y tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres,

mujeres y niños. Las consecuencias de estas enfermedades son aún peores si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH. (15)

De acuerdo a los hallazgos encontrados, un bajo porcentaje de las embarazadas reportaron antecedentes de ITS, sin embargo de los casos seropositivos solamente una de ellas registró antecedentes de condilomatosis. La gonorrea, el condiloma y la sífilis adquirida presentan las tasas más elevadas en el conjunto de las ITS que se reportan los territorios con mayor número de casos identificados son la RAAS y la RAAN, seguidos de Masaya, Chinandega, León y Managua. (16)

La mayoría de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas o condicionan comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión de las ITS más comunes, son los mismos que se relacionan con la transmisión sexual del VIH, mientras que la presencia de cualquiera de dichas ITS incrementa significativamente el riesgo de infección por el VIH. (16) (17)

Uno de los factores asociados a la infección del VIH, es el hecho de tener múltiples parejas sexuales, factor observado en dos de las embarazadas seropositivas y tres de ellas afirmaron que sus parejas tenían múltiples parejas sexuales. Es claro que ha mayor exposición, mayor riesgo de infección, es decir que ha mayor número de contactos sexuales (no protegido) y a mayor número de parejas sexuales (no protegido), mayor riesgo de transmisión de VIH. (15)

La utilidad de las pruebas rápidas como pruebas de tamizaje, han permitido detectar casos de VIH, con la debida realización de pruebas más específicas que confirmen el diagnóstico. En general, si las pruebas rápidas se van a usar como alternativa a la prueba de ELISA, entonces la característica operativa principal debe ser una alta sensibilidad (99%). Sin embargo, para evitar una tasa alta de falsos positivos la realización excesiva de pruebas confirmatorias costosas, la especificidad debe ser también alta (idealmente superior al 98%). Estas pruebas constituyen una de las opciones más llamativas en países con recursos limitados

como el nuestro. Es importante señalar que no se debe establecer un diagnóstico sin antes realizar una prueba confirmatoria como el Western Blot; como se observa en el estudio fue clara la existencia de un falso positivo en la prueba Capillus. (15)

A pesar de la baja prevalencia de VIH, el estudio permitió identificar factores de riesgo asociados a la infección, tales como la edad, el inicio de vida sexual activa a edades temprana, la falta de protección durante las relaciones sexuales, los antecedentes de ITS y las múltiples parejas sexuales tanto en la mujer como en su pareja, recalando que estos factores deben de enfocarse desde el aspecto entomológico.

La baja prevalencia sólo nos permite obtener información necesaria, no así realizar análisis estadísticos. Sin embargo la información generada dará herramientas necesarias para determinar o fortalecer actividades que se están realizando para el control y la prevención no sólo de VIH, sino de ITS, de igual manera la realización de un adecuado control prenatal y el ofrecimiento de las pruebas diagnósticas con su debida consejería pre y pos test.

Consecuentemente este aspecto es de vital importancia para la debida terapia antirretroviral, previniendo las complicaciones y transmisión relacionadas al VIH/SIDA.

X. CONCLUSIONES

1. Las características predominantes de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio es de mujer joven, con actividades del hogar, instrucción escolar con predominio primaria y secundaria, urbana y en unión libre.
2. Dentro de los antecedentes gineco obstétricos potencialmente asociados para la infección por VIH, se encontró un alto porcentaje de IVSA en edades comprendidas entre 10 a 19 años, las semanas de gestación en la que se encontraban durante el estudio estuvo relacionado al momento en que acudieron estas a su primer control prenatal. Los antecedentes de ITS como factor de riesgo, se presentaron en bajos porcentajes. Uno de los aspectos más importantes encontrados fue la no utilización o la utilización ocasional del condón en sus relaciones sexuales lo que incrementa el riesgo no solo de VIH si no del resto de las ITS. Factores tales como antecedentes de transfusión sanguínea, uso de drogas intravenosa, ser trabajadora comercial del sexo, antecedentes de abuso sexual fueron encontrados en menores porcentajes. Sin embargo el hecho de tener múltiples parejas sexuales y la práctica del tatuaje tanto en las embarazadas como en sus parejas, estuvo más relacionado con la seropositividad de la embarazada.
3. Las pruebas de VIH positiva en mujeres embarazadas incluidas en el estudio fueron 5 para la prueba rápida Capillus, con la debida realización de la prueba confirmatoria Western Blot, la prevalencia para VIH fue de 0.11%. La distribución de los únicos cuatro casos encontrados y confirmados fue SILAIS Managua, Chinandega y Granada.

4. Aunque la prevalencia de VIH positiva es baja en la población en estudio, el estudio reflejó que los factores asociados a la infección de VIH son similares a los encontrados en otros estudios científicos a nivel nacional e internacional. Por tanto los esfuerzos deberán duplicarse para ejercer acciones que permitan el control de la epidemia.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- ⌘ Fortalecer actividades educativas dirigidas a la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- ⌘ Reforzar y ampliar la capacidad diagnóstica de ITS/VIH, ofreciendo como parte del control prenatal la prueba de diagnóstico rápida, previo consentimiento informado en todas las unidades de salud, incluyendo primer y segundo nivel de atención.
- ⌘ Incentivar a la población en general, enfatizando en los grupos vulnerables, la prueba voluntaria del VIH. Tomando en cuenta el marco legal que respalda este aspecto, el éxito en la realización de la serología radicarán en la conserjería pre y post test, sobre el riesgo de la infección por VIH,
- ⌘ Informar a la población sobre la importancia y la existencia de terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión madre hijo.
- ⌘ Reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica incrementando la captación de mujeres embarazadas al primer nivel de atención para su adecuado y óptimo control prenatal.

A organismos que trabajan en la prevención y control del VIH/SIDA

- ⌘ Establecer coordinación con el Ministerio de Salud, para el fortalecimiento de campañas educativas continuas.

- ⌘ Fortalecer la promoción del uso del condón en la prevención no solo del VIH, si no en el resto de ITS.

- ⌘ Apoyar los procesos investigativos de ITS/VIH/SIDA en sitios de mayor prevalencia, ya que permiten información oportuna para el control de la epidemia.

- ⌘ Coordinar todas estas actividades dentro del marco legal vigente en Nicaragua.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Honduras. Secretaría de Salud de Honduras USAID – Honduras “Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH En Mujeres Embarazadas que Asisten a Control Prenatal En Las Regiones Sanitarias Metropolitana, 2, 3, 4, 6 Y 7”, Diciembre 1999
2. VALDES R., Enrique. VIH-SIDA y embarazo: actualización y realidad en Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2002, vol.67, no.2 [citado 24 Enero 2007], p.160-166. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n2/art16.pdf>
3. OVALLE S, Alfredo, VIZUETA R, Eloísa, CASALS C, Alejandro *et al.* Infección por virus de inmunodeficiencia humana en la embarazada: Importancia del conocimiento de la infección en el embarazo y factores de riesgo en la transmisión perinatal. *Rev. méd. Chile*, jun. 2003, vol.131, no.6, p.633-640. ISSN 0034-9887.
4. QUIAN R, Jorge, VISCONTI G, Ana, GUITIERREZ Stella, GALLI Ana et al. Detección de infección por VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: Una estrategia exitosa para disminuir su transmisión vertical. Rev. chil. infectol. [online]. dez. 2005, vol.22, no.4 [citado 25 Agosto 2007],p.321-326. Disponible en World Wide Web: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v22n4/art04.pdf>
5. TEMMERMAN M. Human immunodeficiency virus and women. *J Obstet Gynecol* 1994; 14:S70-S5.
6. Miotti PG, Chipangwi JD, Dallabetta G. The situation in Africa. *Ballieres Clin Obstet Gynecol* 1992;6(1):165-85.

7. Mlnkoff HL, et al. Serious infections during pregnancy among women with advance human immunodeficiency virus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:30-4.
8. Johnstone FD. Pregnancy outcome and pregnancy management in HIV-infected women. In: Johnson MA. Johnstone FD (Eds). *HIV Infection in women*. Edinburgh, Churchill Livinstone, 1993:187-98.
9. Taha TET, et al. The effect of human immunodeficiency virus infection on birth weight, and infant and child survival in urban Malawi. *Intern J Epidemiol* 1995;24:1022-8.
10. FIGUEROA-DAMIAN, Ricardo. Pregnancy outcome in HIV-infected women. *Salud pública Méx.* [online]. 1999, vol. 41, no. 5 [cited 2007-02-05], pp.362-367. Disponible en <<http://www.scielosp.org/scielo.php?ISSN 0036-3634>.
11. Braddick MR, et al. Impact of maternal HIV infection on obstetrical and early pregnancy outcome. *AIDS* 1990; 4:1001-5.
12. OPS, *La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategia de prevención y atención*. Organización Panamericana de Salud, 1999.
13. Burns DN, Nourjah P, Minkoff H et al: Changes in CD4+ nd CD8+ cell levels during pregnancy and postpartum in women seropositive and seronegative for HIV. *Am JOG* 1998; 174: 1461.
14. Minkoff HL, Willoughby A, Méndez H et al: Serious infections during pregnancy among women with advanced HIV infection. *Am JOG* 1990; 162: 30-34.

15. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Guía para el manejo de VIH/SIDA, Bogotá, Colombia, 2005
16. República de Nicaragua, ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional de Lucha contra ITS /VIH/ SIDA NICARAGUA 2006 – 2010 Edición Primera. Octubre 200M.
17. República de Nicaragua, MINSA. Boletín Epidemiológico. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA en mujeres en edad fértil (MEF) del área rural del municipio de León, Nicaragua, Julio 2005.
18. República de Nicaragua, Constitución Política de la República de Nicaragua. Con las reformas vigentes Ley 192 (Ley de reforma parcial) Ley 199 (Ley Marco) 2ª Edición. 1997.
19. República de Nicaragua, Ley General de Salud, Ley 423, aprobada Marzo del 2002, publicada el 17 de Mayo, vigente en Septiembre 2002. La Ley ya fue reglamentada enero del 2003.
20. República de Nicaragua. Ley 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA y su Reglamento. Gaceta Oficial No 232. Nicaragua. 1996.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Celum CL, Coombs RW, Lafferty W, et al. Indeterminate human immunodeficiency virus type 1 Western Blot: seroconversion risk, specificity of supplemental test, and an algorithm for evaluation. *J Infect dis* 1991;164:656-64

Dock NL, Kleinman SH, Rayfield MA, Schable CA, Williams AE, Dodd RY. Human immunodeficiency virus infection and indeterminate Western Blot patterns: prospective studies in a low prevalence population. *Arch Intern Med* 1991;151:525-30.

Ministerio de Salud de Nicaragua (2005). Vigilancia Epidemiológica, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Reporte a junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSA, Nicaragua

ONUSIDA/OMS Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2004.

Sloand EM, Pitt E, Chiarello RJ, Nemo GJ. HIV testing. State of the art. *JAMA*. 1991;266(20):2861-6

Van de Perre P, Simonon A, Msellati P, Hitimana DG, Vaira D, Bazubagira A, Van Goethem C, Stevens AM, Karita E, Sondag-Thull D, et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *N Engl J Med*. 1991 29;325(9):593-8

Anexo 1

Hoja de consentimiento de toma de muestra

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA AL VIH

PARTE I	Fecha: / /	PARTE II	Fecha: / /
SILAIS		SILAIS	
Municipio		Municipio	
Unidad de Salud		Unidad de Salud	
		Código del Paciente	Edad
1. DATOS PERSONALES			
Código		Muestra para	
Edad		Diagnóstico	Confirmación
		Control de Calidad	

Yo,
 doy autorización para que se me realice la prueba de VIH, después de recibir información general sobre la enfermedad y diagnóstico

Firma del Paciente

Nombre, firma y código del Médico Tratante

Nombre Completo, Firma y Código del Médico del que envía la Prueba:

Anexo 2

Instrumento para colecta de datos

República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud

Encuesta centinela de infección por VIH en mujeres embarazadas

Información General

SILAIS _____

Código de la embarazada _____

Fecha /__/__/____/

I. Datos Sociodemográficos

1. ¿Cuál es su edad cumplida en años? /__/
2. ¿Cuál es su ocupación principal? _____
3. ¿Hasta que nivel estudio? Escolaridad
 1. Analfabeta /__/
 2. Sabe leer y escribir /__/
 3. Primaria incompleta /__/
 4. Primaria completa /__/
 5. Secundaria incompleta /__/
 6. Secundaria completa /__/
 7. Técnica /__/
 8. Universitaria /__/
4. ¿Cuál es su Estado civil?
 - a. Soltera /__/
 - b. Casada /__/
 - c. Separada /__/
 - d. Divorciada /__/
 - e. Viuda /__/
 - f. Unión libre /__/
5. Procedencia
 - a. Urbano /__/
 - b. Rural /__/

II. Antecedentes Gineco Obstétricos

1. ¿A qué edad inició usted su vida sexual activa? /___/
2. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene? /___/
3. ¿Cuántos niños menores de 10 años tiene? /___/
4. ¿Ha padecido de alguna infección de transmisión sexual? Si /___/ No/___/
5. ¿Cuál de estas enfermedades ha padecido?
 - a. Candidiasis /___/
 - b. Condilomatosis /___/
 - c. Chancro Blando /___/
 - d. Enfermedad Inflamatoria Pélvica /___/
 - e. Gardnerella /___/
 - f. Gonorrea /___/
 - g. Hepatitis B /___/
 - h. Ladilla /___/
 - i. Linfogramuloma venéreo /___/
 - j. Sífilis /___/
 - k. Tricomoniasis /___/
 - l. Vaginosiis /___/
 - m. VPH /___/

III. Prácticas sexuales

1. ¿Sus preferencias sexuales son con?
 - a. Hombre /___/
 - b. Mujer /___/
 - c. Hombre y mujer /___/
2. ¿Qué número de parejas sexuales masculinas ha tenido en su vida?
/___/
3. ¿En sus relaciones sexuales con su (s) parejas a utilizado preservativo?
 - a. A veces /___/
 - b. Siempre /___/
 - c. Nunca /___/
4. ¿Usted o su(s) pareja(s) sexuales tienen o han tenido alguno(s) de los siguientes riesgos?:

	Usted	Pareja
a) Infechado (a) de VIH/SIDA		Si/___/ No/___/
b) Bisexual		Si/___/ No/___/
c) Hemofílico(a)		Si/___/ No/___/
d) Transfusión en los últimos 10 años	Si/___/ No/___/	Si/___/ No/___/
e) Usuaría de drogas intravenosa	Si/___/ No/___/	Si/___/ No/___/
f) Trabajadora comercial del sexo	Si/___/ No/___/	Si/___/ No/___/
g) Antecedentes de abuso sexual	Si/___/ No/___/	Si/___/ No/___/
h) Múltiples parejas sexuales	Si/___/ No/___/	Si/___/ No/___/
i) Tatuajes	Si/___/ No/___/	Si/___/ No/___/

En caso de ejercer trabajo comercial sexual

5. ¿A qué edad empezó a ejercer el trabajo de comercio sexual? /__/
6. ¿Cuánto tiempo de ejercer este trabajo? /__/
7. ¿De cuánto es el número de clientes que ha tenido en los últimos 3 meses?
/__/
8. Ha tenido usted o su cónyuge alguna exposición ocupacional al VIH?
Usted Si /__/ No /__/
Pareja sexual Si /__/ No /__/

¡Muchas gracias por su amable colaboración!

Anexo 3

Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Edad	Años de vida desde el nacimiento hasta el día de la entrevista.	Años referidos por el entrevistado	De 12 a 19 años De 20 a 29 años De 30 a 39 años De 40 a 49 años
Ocupación	Actividad productiva o de servicio que usualmente realizaba el entrevistado.	Actividad productiva referida por el entrevistado.	Ama de casa Domesticas Estudiantes Comerciantes Obreras Profesoras Profesionales Personal de salud Artistas Trabajadoras comercial del sexo Militares Privadas de libertad Otros No estaba trabajando/No respondieron
Nivel escolar	Nivel académico alcanzado por el encuestado al momento de la entrevista.	Nivel escolar referido por el encuestado.	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Técnica Universitaria
Estado civil	Condición conyugal ante la sociedad en el momento de la entrevista,	Estado conyugal Referido por la entrevistada.	Casada Soltera Unión Libre
Procedencia	División política administrativa en la que habita el entrevistado al ser entrevistado	Lugar de residencia referida por el entrevistado	Urbano Rural

Antecedentes gineco obstétricos de las embarazadas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Inicio de vida sexual activa	Edad que inicia su primer relación sexual	Edad en años	De 10 a 19 años De 20 a 29 años De 30 a 39 años No responde
Semanas de embarazo	Número de semanas de gestación en el que se encuentran las mujeres embarazadas al momento del estudio	Semanas de gestación por semanas de embarazo	De 2 a 9 De 10 a 17 De 18 a 23 De 24 a 31 De 32 a 42 Desconocida
Hijos menores de 10 años	Antecedente de tener hijos, menores de 10 años	Número de hijos menores	De 1 a 2 De 3 a 5 De 6 a 8 Sin hijos
Infección de transmisión sexual (ITS)	Antecedente de haber sido infectado por alguna de las infecciones de transmisión conocida, excepto VIH	Antecedente de ITS	Si No Desconoce
Cual ITS	De haber tenido antecedente de ITS, especifica cual de las conocidas		Candidiasis Tricomoniasis Gonorrea Vaginosis Condilomatosis Sífilis VPH Enfermedad Inflamatoria Pélvica Gardnerella Chancro Blando Ladilla Hepatitis B Linfogranuloma venéreo

Prácticas sexuales relacionadas a la infección por VIH en las mujeres embarazadas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Preferencia sexual.	Afinidad por género hacia las personas para realizar prácticas sexuales.	Género de mayor afinidad referido por la entrevistada.	Hombres Mujeres Hombres y mujeres
Número de Parejas sexuales masculinas	Número de compañeras(os) Con las que tiene relaciones sexuales los entrevistados.	Número de personas referidas por la entrevistada como parejas.	Uno De 2 a 4 De 5 a 10 De 11 a más No responde
Uso de preservativo	Uso de método de protección al momento de tener relaciones sexuales.	Frecuencia de uso de preservativo referido por la entrevistada.	A veces Nunca Siempre

Antecedentes de factores de riesgo relacionados a la infección por VIH, de la embarazada

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Preferencia sexual.	Afinidad por género hacia las personas para realizar prácticas sexuales.	Género de mayor afinidad referido por la entrevistada.	Hombres Mujeres Hombres y mujeres
Transfusión sanguínea	Operación que consiste en hacer pasar cierta cantidad de sangre de un individuo a otro	Antecedente de transfusión sanguínea	Si No
Usuario de drogas intravenosa	Administración de drogas por vía intravenosa	Antecedentes de haberse administración de drogas intravenosa	Si No
Trabajo comercial del sexo	Trabajo ejercido en función de prácticas sexuales con fines comerciales	Práctica de trabajo sexual remunerado	Si No
Antecedentes de Abuso sexual	Toda actividad de carácter sexual que un adulto/a impone a un niño/a. Utilización sexual de un niño/a por parte de un adulto/a para su propia gratificación	Antecedente de haber sufrido abuso sexual	Si No
Múltiples parejas sexuales	Prácticas sexuales ejercidas con más de una persona, en un mismo período de tiempo	Antecedente de tener múltiples parejas sexuales	Si No
Tatuajes	Grabación de un dibujo mediante materias colorantes indelebles o pequeños cortes en la piel	Antecedentes de haberse realizado tatuajes	Si No

Antecedentes de factores de riesgo relacionados a la infección por VIH, en la pareja sexual de la embarazada

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Infección por VIH/SIDA	Portador(a) de VIH en sangre por medios diagnósticos confirmado	VIH (+) en sangre en la embarazada	Si No Desconoce
Relaciones bisexuales	Persona que mantiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y del contrario, indistintamente	Relaciones sexuales con el mismo sexo y sexo contrario.	Si No Desconoce
Hemofilia	Enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X, caracterizada por la dificultad en la coagulación de la sangre y padecida exclusivamente por los hombres	Diagnóstico de Hemofilia	Si No Desconoce
Transfusión sanguínea	Operación que consiste en hacer pasar cierta cantidad de sangre de un individuo a otro	Antecedente de transfusión sanguínea	Si No Desconoce
Usuario de drogas intravenosa	Administración de drogas por vía intravenosa	Antecedentes de haberse administrado de drogas intravenosa	Si No Desconoce
Trabajo comercial del sexo	Trabajo ejercido en función de prácticas sexuales con fines comerciales	Práctica de trabajo sexual remunerado	Si No Desconoce
Antecedentes de Abuso sexual	Toda actividad de carácter sexual que un adulto/a impone a un niño/a. Utilización sexual de un niño/a por parte de un adulto/a para su propia gratificación	Antecedente de haber sufrido abuso sexual	Si No Desconoce
Múltiples parejas sexuales	Prácticas sexuales ejercidas con más de una persona, en un mismo período de tiempo	Antecedente de tener múltiples parejas sexuales	Si No Desconoce
Tatuajes	Grabación de un dibujo mediante materias colorantes indelebles o pequeños cortes en la piel	Antecedentes de haberse realizado tatuajes	Si No Desconoce

Factores de riesgo ocupacional en la embarazada y su pareja sexual

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Exposición ocupacional a VIH	Heridas o pinchaduras al manejar instrumentos contaminados con sangre o fluidos corporales de personas con VIH, en la embarazada y su pareja sexual	Antecedentes de exposición ocupacional al VIH	Si No Desconoce

Pruebas de diagnóstico rápido y confirmación de resultados mediante examen de Western Blot realizadas a las embarazadas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Capillus	Pruebas Rápida para la detección de VIH en sangre	Resultado de la prueba rápida	Negativo Positivo Indeterminado
Western blot	La prueba de diagnostico que confirma la presencia de las proteínas VIH en la sangre. Es importante para evitar falsos positivos. La persona recibirá un diagnóstico de VIH solamente si las 3 pruebas son positivas.	Resultado de la prueba a la presencia de VIH en sangre	Negativo Positivo

Anexo 4

Tablas y Gráficos de Resultados

Tabla 1.

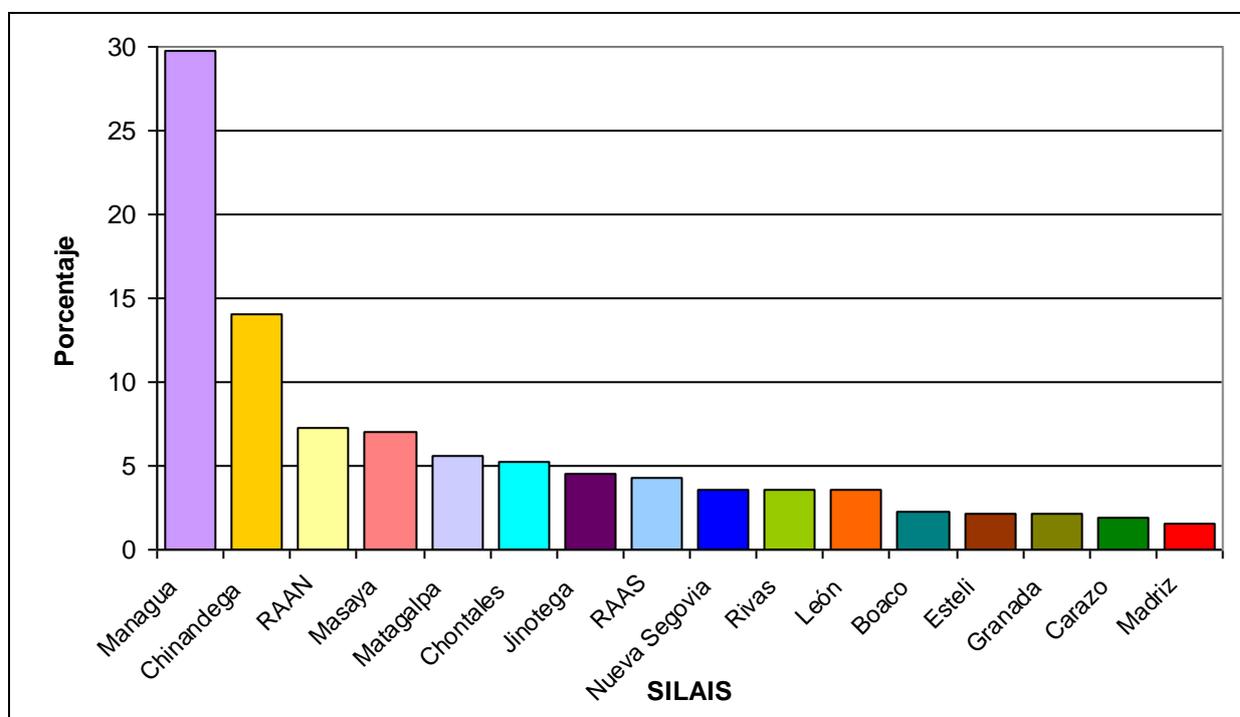
Distribución porcentual de Mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

SILAIS	Frecuencia	%
Managua	1057	29.8
Chinandega	495	14.0
RAAN	260	7.3
Masaya	247	7.0
Matagalpa	199	5.6
Chontales	183	5.2
Jinotega	158	4.5
RAAS	154	4.3
Rivas	128	3.6
León	126	3.6
Nueva Segovia	126	3.6
Boaco	82	2.3
Esteli	77	2.2
Granada	75	2.1
Carazo	69	1.9
Madriz	57	1.6
Río San Juan	52	1.5
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 1.

Distribución porcentual de Mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2.

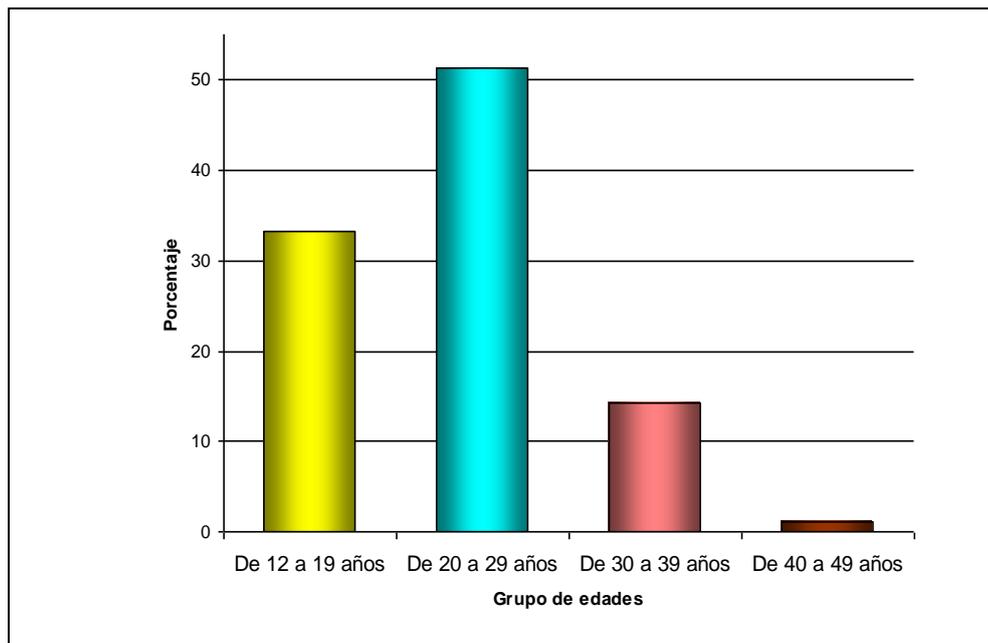
Distribución porcentual por grupos de edad en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua, Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Grupo de edades	Frecuencia	%
De 12 a 19 años	1181	33.3
De 20 a 29 años	1823	51.4
De 30 a 39 años	502	14.2
De 40 a 49 años	39	1.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 2.

Distribución porcentual por grupos de edad en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua, Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 2

Tabla 3.

Ocupación de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	2751	77.6
Domesticas	206	5.8
Estudiantes	156	4.4
Comerciantes	110	3.1
Obreras	42	1.2
Profesoras	40	1.1
Profesionales	29	0.8
Personal de salud	27	0.8
Artistas	19	0.5
Trabajadoras comercial del sexo	4	0.1
Militares	3	0.1
Privadas de libertad	2	0.1
Otros	120	3.4
No estaba trabajando/No respondieron	36	1.0
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 4.

Escolaridad de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	288	8.1
Sabe leer y escribir	168	4.7
Primaria	1257	35.5
Secundaria	1552	43.8
Técnica	68	1.9
Universitaria	212	6.0
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 5.

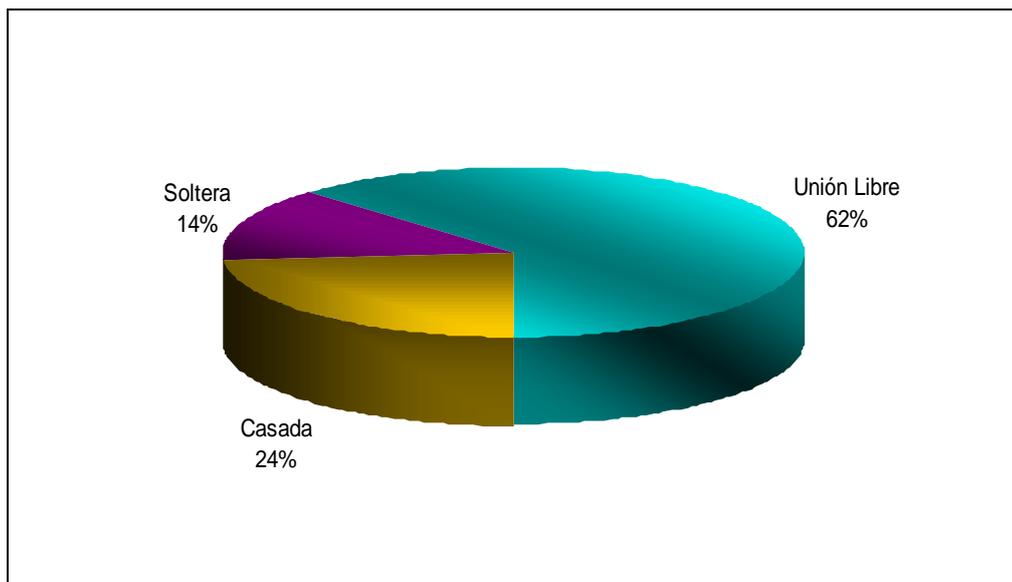
Estado civil de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005..

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	839	23.7
Soltera	491	13.9
Unión Libre	2215	62.5
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 3.

Estado civil de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6.

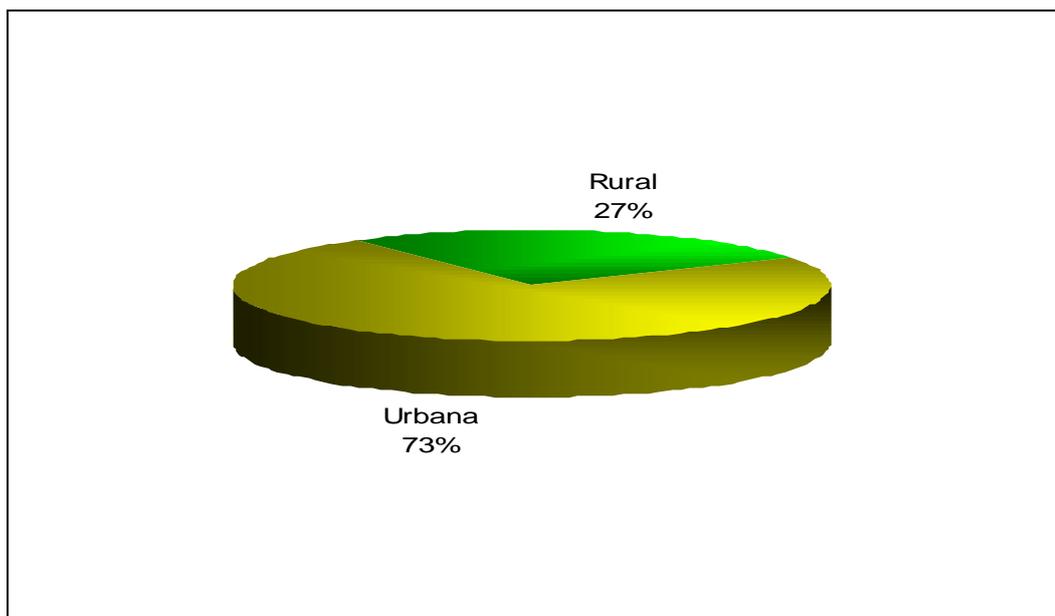
Procedencia de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	2602	73.4
Rural	943	26.6
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 4.

Procedencia de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7.

Inicio de Vida Sexual Activa de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

IVSA en años	Frecuencia	%
De 10-19 años	2935	82.8
De 20 a 29 años	526	14.8
De 30 a 39 años	13	0.4
No responde	71	2.0
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 8.

Semanas de Gestación en meses de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Semanas de gestación	Frecuencia	%
De 2 a 9	377	10.6
De 10 a 17	837	23.6
De 18 a 23	637	18.0
De 24 a 31	828	23.4
De 32 a 42	718	20.3
Desconocida	148	4.2
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 9.

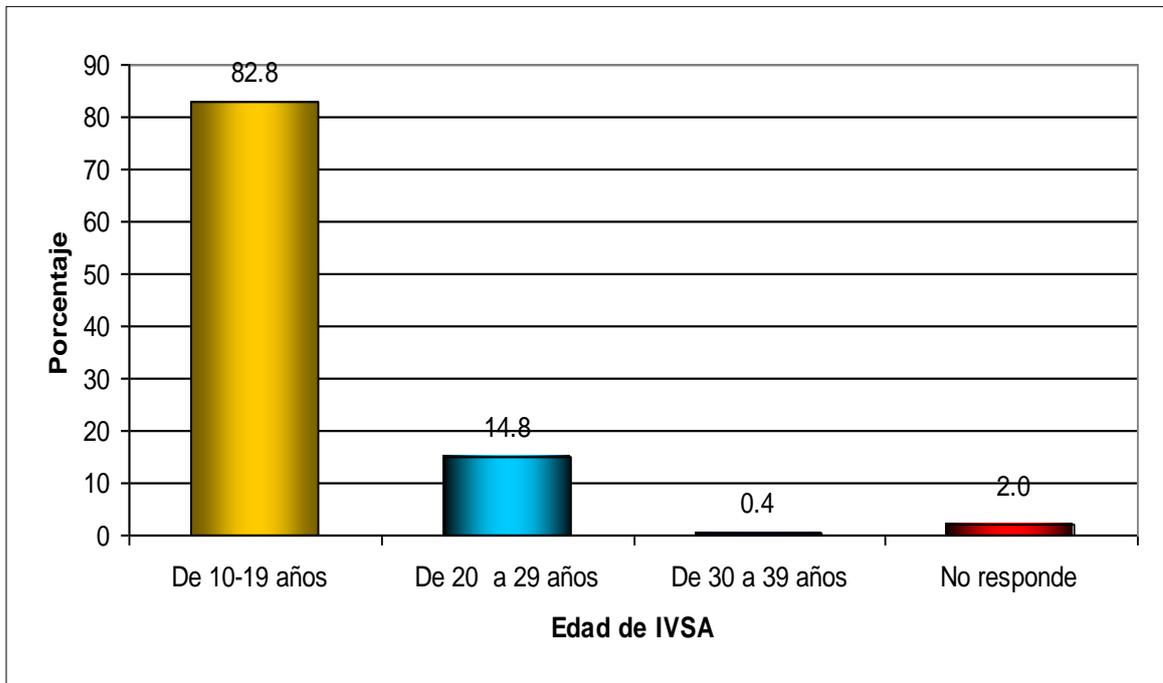
Hijos menores de 10 años de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Niños menores de 10 años	Frecuencia	%
De 1 a 2	1491	42.1
De 3 a 5	295	8.3
De 6 a 8	17	0.5
Sin hijos	1742	49.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 5.

Edad de inicio de vida sexual activa de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Agosto 2005.



Fuente: Tabla 7

Tabla 10. Antecedente de Infección de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de ITS	Frecuencia	%
Si	126	7.4
No	3230	91.1
Desconoce	54	1.5
Total	3545	100.0

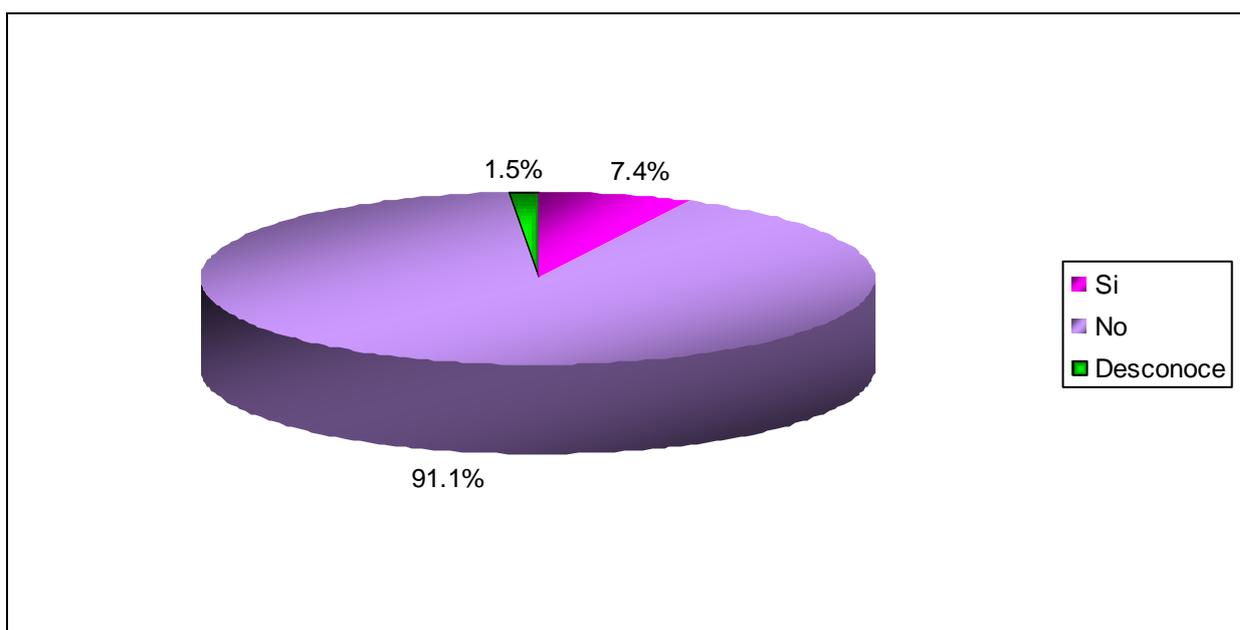
Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 11. Tipos de Infección de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Tipo de ITS	Frecuencia	%
Candidiasis	76	29.1
Tricomoniiasis	45	17.2
Gonorrea	37	14.2
Vaginosis	28	10.7
Condilomatosis	25	9.6
Sífilis	18	6.9
VPH	13	5.0
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	7	2.7
Gardnerella	4	1.5
Chancro Blando	3	1.1
Ladilla	3	1.1
Hepatitis B	1	0.4
Linfogranuloma venéreo	1	0.4

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 6. Antecedente de Infección de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Agosto 2005.



Fuente: Tabla 10

Tabla 12.

Preferencias sexuales de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Preferencia sexual	Frecuencia	%
Hombres	3525	99.4
Mujeres	14	0.4
Hombres y mujeres	6	0.2
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 13.

Número de parejas sexuales de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Número de parejas sexuales masculinas	Frecuencia	%
Uno	2127	60.0
De 2 a 4	1260	35.5
De 5 a 10	47	1.3
De 11 a más	4	0.1
No responde	107	3.0
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 14.

Uso de condón en las relaciones sexuales, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Uso de condón en relaciones sexuales	Frecuencia	%
A veces	1087	30.7
Nunca	2382	67.2
Siempre	76	2.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 15.

Antecedentes de Transfusión sanguínea, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Transfusión sanguínea	Frecuencia	%
Si	109	3.1
No	3436	96.9
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 16.

Antecedentes de uso de drogas intravenosa, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Uso de droga intravenosa	Frecuencia	%
Si	9	0.3
No	3536	99.7
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 17.

Antecedentes de trabajo comercial del sexo, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Trabajadora comercial del sexo	Frecuencia	%
Si	15	0.4
No	3530	99.6
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 18.

Antecedentes de abuso sexual, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de abuso sexual	Frecuencia	%
Si	118	3.3
No	3427	96.7
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 19.

Antecedentes de múltiples parejas sexuales, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Múltiples parejas sexuales	Frecuencia	%
Si	513	14.5
No	3032	85.5
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 20.

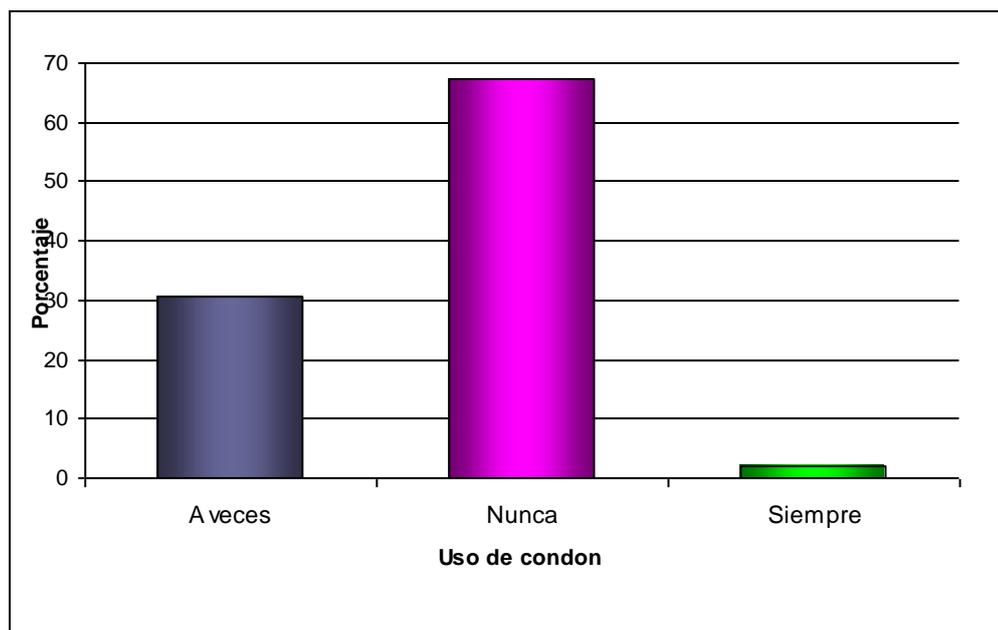
Antecedentes de prácticas de tatuajes, de las mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Tatuaje	Frecuencia	%
Si	243	6.9
No	3302	93.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 7.

Uso de condón durante las relaciones sexuales, de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 14

Tabla 21.

Antecedentes de ser infectado por VIH/SIDA de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de ser infectado por VIH/SIDA	Frecuencia	%
Si	6	0.2
No	2648	74.7
Desconoce	891	25.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 22.

Antecedentes de prácticas bisexuales, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Practicadas Bisexuales	Frecuencia	%
Si	8	0.2
No	2959	83.5
Desconoce	578	16.3
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 23.

Antecedentes de Hemofilia, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Antecedente de Hemofilia	Frecuencia	%
Si	4	0.1
No	2985	84.2
Desconoce	556	15.7
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 24.

Antecedentes de transfusión sanguínea, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Transfusión sanguínea	Frecuencia	%
Si	60	1.7
No	2789	78.8
Desconoce	696	19.6
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 25.

Antecedentes de uso de drogas intravenosas, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Uso de droga intravenosa	Frecuencia	%
Si	89	2.5
No	2917	82.3
Desconoce	539	15.2
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 26.

Antecedentes de ser trabajador comercial del sexo, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Trabajador comercial del sexo	Frecuencia	%
Si	11	0.3
No	3022	85.2
Desconoce	512	14.4
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 27.

Antecedentes de abuso sexual, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Antecedente de abuso sexual	Frecuencia	%
Si	44	1.2
No	2886	81.4
Desconoce	615	17.3
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 28.

Antecedentes de múltiples parejas sexuales, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Múltiples parejas sexuales	Frecuencia	%
Si	980	27.6
No	1817	51.3
Desconoce	748	21.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 29.

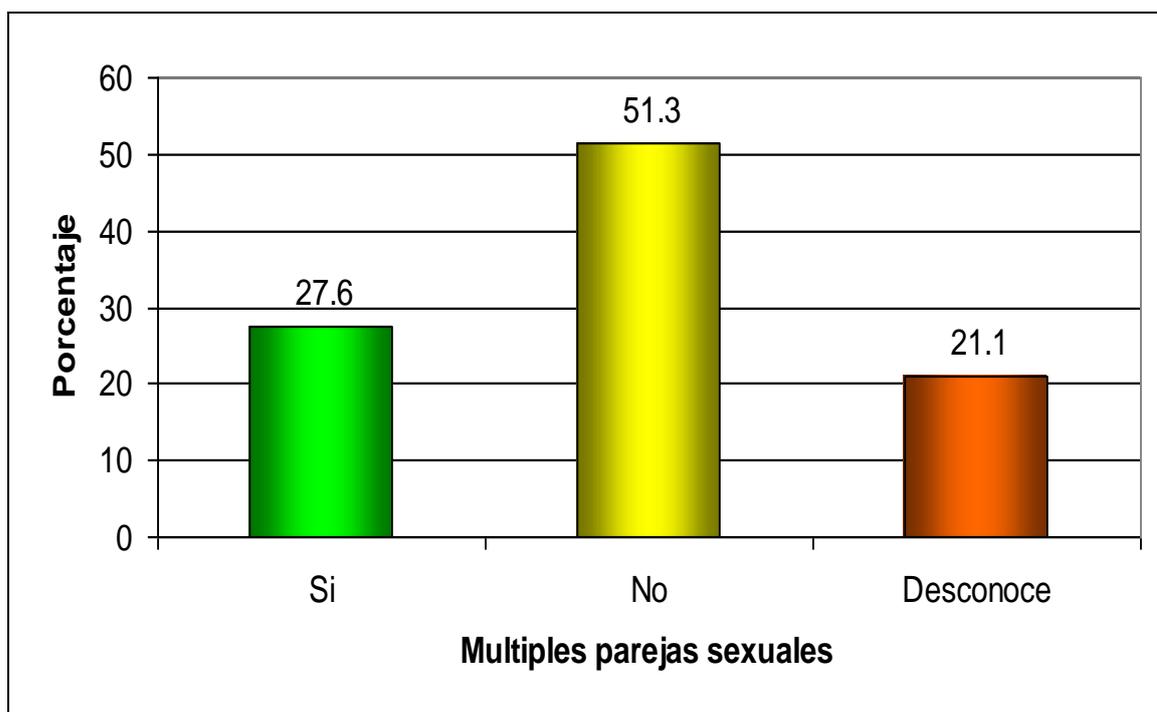
Antecedentes de haberse realizado tatuaje, de la pareja sexual de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005

Tatuaje	Frecuencia	%
Si	537	15.1
No	2623	74.0
Desconoce	385	10.9
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 7.

Antecedentes de múltiples parejas sexuales, de la pareja de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 28

Tabla 30.

Exposición ocupacional a VIH, de mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Exposición de la mujer embarazada	Frecuencia	%
Si	116	3.3
No	3424	96.6
Desconoce	5	0.1
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 31.

Exposición ocupacional a VIH, de la pareja sexual de la embarazada, atendida en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Exposición de la pareja de la embarazada	Frecuencia	%
Si	0	0.0
No	3029	86.3
Desconoce	481	13.7
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 32.

Resultado de la prueba Capillus, en mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Resultado Capillus	Frecuencia	%
Positivo	5	0.1
Negativo	3534	99.7
Indeterminado	6	0.2
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 33.

Resultado de la prueba Confirmado, en mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Confirmación	Frecuencia	%
Positivo	11	0.3
Negativo	3534	99.7
Total	3545	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 34.

Resultado de la prueba Western Blot en mujeres embarazadas, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Resultado Western Blot	Frecuencia	%
Positivo	4	36.4
Negativo	7	63.3
Total	11	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 35.

Prevalencia de VIH confirmada por Western Blot en mujeres embarazadas, según población en estudio por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

SILAIS	Población	Casos positivos	VIH positivo x 100
Managua	1057	2	0.18
Chinandega	495	1	0.20
Granada	75	1	1.30

Tabla 36.

Resultado positivo e indeterminado de la prueba Capillus, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

SILAIS	Positivo		Indeterminado		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Managua	2	40.0	1	16.7	3	27.3
Chinandega	1	20.0	1	16.7	2	18.2
Masaya	1	20.0	0	0.0	1	9.1
Matagalpa	0	0.0	2	33.3	2	18.2
Nueva Segovia	0	0.0	1	16.7	1	9.1
Chontales	0	0.0	1	16.7	1	9.1
Granada	1	20.0	0	0.0	1	9.1
Total	5	100.0	6	100.0	11	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 37.

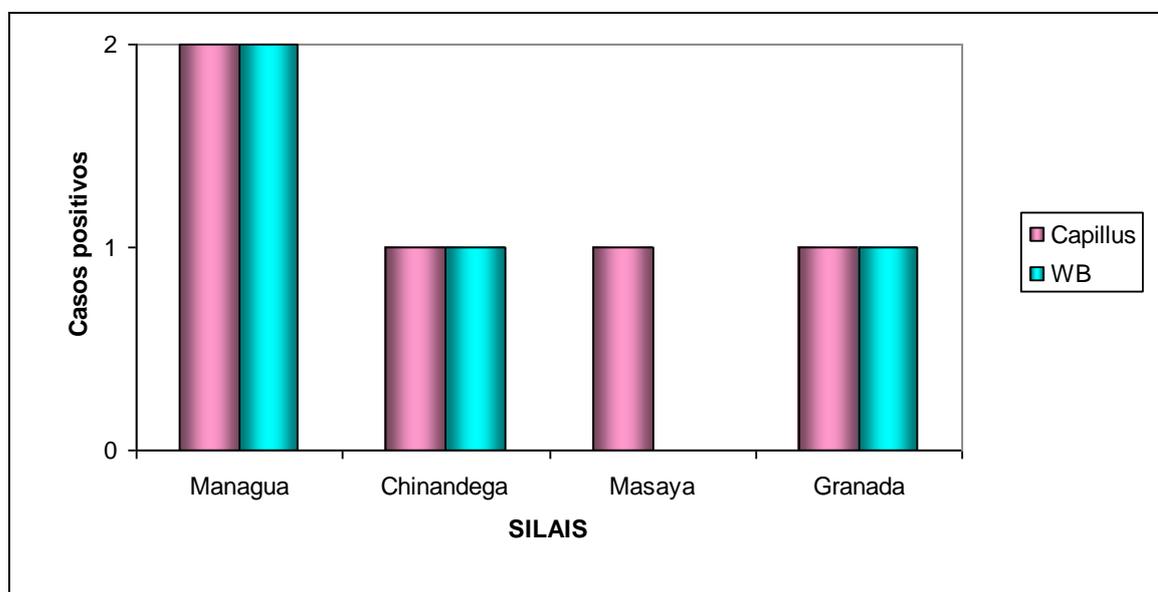
Resultado de la investigación por Western blot de muestras Capillus positivas e indeterminadas, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

SILAIS	Positivo		Negativo		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Managua	2	50.0	1	14.3	3	27.3
Chinandega	1	25.0	1	14.3	2	18.2
Masaya	0	0.0	1	14.3	3	27.3
Matagalpa	0	0.0	2	28.6	2	18.2
Nueva Segovia	0	0.0	1	14.3	1	9.1
Chontales	0	0.0	1	14.3	1	9.1
Granada	1	25.0	0	0.0	1	9.1
Total	4	100.0	7	100.0	11	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Gráfico 8.

Casos positivos de pruebas Capillus y Western blot, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el periodo de Noviembre 2004 a Febrero 2005.



Fuente: Tabla 35 y 36

Tabla 38.

Grupo de edades de casos VIH positivos, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Grupo de edades	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
De 12 a 19 años	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
De 20 a 29 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
De 30 a 39 años	1	50.0	0	0.0	1	100.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 39.

Ocupación de casos VIH positivos, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Ocupación	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Ama de casa	2	100.0	1	100.0	0	0.0	3	75.0
Domestica	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 40.

Nivel de Escolaridad de casos VIH positivos, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Escolaridad	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Primaria	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	25.0
Secundaria	2	100.0	1	100.0	0	0.0	3	75.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 41.

Procedencia de casos VIH positivos, en mujeres embarazadas por SILAIS, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Procedencia	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Urbano	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0
Rural	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 42.

Antecedentes Inicio de Vida Sexual Activa, de las mujeres embarazadas con resultados VIH positivo, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

IVSA en años	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
De 10-19 años	1	50.0	1	100.0	1	100.0	3	75.0
De 20 a 29 años	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 43.

Número de parejas sexuales masculinas, de las mujeres embarazadas con resultados VIH positivo, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Número parejas sexuales masculinas	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Uno	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
De 2 a 4	1	50.0	1	100.0	1	100.0	3	75.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 44.

Semanas de gestación, de las mujeres embarazadas con resultados VIH positivo, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Semanas de gestación	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
De 2 a 9	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	25.0
De 10 a 17	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0
De 18 a 23	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
De 24 a 31	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 45.

Hijos menores de 10 años, de las mujeres embarazadas con resultados VIH positivo, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Niños menores de 10 años	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
De 1 a 2	1	50.0	0	0.0	1	100.0	2	50.0
Sin hijos	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 46.

Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual, de las mujeres embarazadas con resultados VIH positivo, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedentes ITS	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	1*	100.0	0	0.0	1	25.0
No	2	100.0	0	0.0	1	100.0	3	75.0
Total	2	100.0	0	0.0	1	100.0	4	100.0

*Condilomatosis

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 47.

Preferencia sexual, de las mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Preferencia sexual	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Hombres	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0
Mujeres	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hombres y mujeres	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 48.

Uso de condón en relaciones sexuales de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Uso de condón en relaciones sexuales	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
A veces	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
Nunca	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	50.0
Siempre	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 49.

Antecedentes de Transfusión Sanguínea, de las mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Transfusión sanguínea	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 50.

Antecedentes de abuso sexual, de las mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de abuso sexual	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	1	50.0	0	0.0	1	100.0	2	50.0
No	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 51.

Múltiples parejas sexuales, de las mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Múltiples parejas sexuales	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	50.0
No	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 52.

Antecedentes de prácticas de tatuajes, de las mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Tatuaje	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	25.0
No	2	100.0	1	100.0	0	0.0	3	75.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 53.

Antecedentes de haber sido infectado por VIH/SIDA, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de ser infectado por VIH/SIDA	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	1	100.0	0	0.0	3	75.0
Desconoce	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 54.

Prácticas bisexuales, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Prácticas Bisexuales	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0	2	50.0
Desconoce	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 55.

Antecedentes de Hemofilia, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de Hemofilia	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 56.

Antecedentes de uso de drogas intravenosas, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Uso de droga intravenosa	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	0	0.0	1	100.0	3	75.0
Desconoce	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 57.

Antecedentes de haber laborado como trabajador comercial del sexo, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Trabajador comercial del sexo	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 58.

Antecedentes de abuso sexual, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Antecedente de abuso sexual	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	50.0	0	0.0	1	100.0	2	50.0
Desconoce	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 59.

Múltiples parejas sexuales, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Múltiples parejas sexuales	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	2	100.0	0	0.0	1	100.0	3	75.0
No	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	25.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas

Tabla 60.

Antecedentes de prácticas de tatuaje, de las parejas de mujeres embarazadas VIH positiva, atendidas en los centros de salud de 17 SILAIS de Nicaragua durante el período de Noviembre 2004 a Febrero 2005.

Tatuaje	SILAIS							
	Managua		Chinandega		Granada		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Si	1	50.0	0	0.0	1	100.0	2	50.0
No	1	50.0	1	100.0	0	0.0	2	50.0
Total	2	100.0	1	100.0	1	100.0	4	100.0

Fuente: mujeres embarazadas