

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y EPIDEMIOLOGIA.**



TESIS

**Factores determinantes para realizarse la prueba de VIH en
mujeres nicaragienses con vida sexual activa durante el
20112012.**

Autora: Dra. Ivette del Carmen Zepeda Cerda.

Tutora: Dra. Alicia Rivas.

Managua, Marzo de 2017.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco infinitamente con todo mi corazón:

A ese ser sin el que una sola hoja de un árbol no se mueve, Dios, por haberme permitido llegar hasta aquí, por permitirme haber alcanzado una más de mis metas, gracias padre.

A mi madre, Olga Cerda por su apoyo incondicional.

A mi esposo Wilfredo Olivas por aconsejarme, apoyarme y acompañarme siempre en las buenas y en las malas.

A mis tutores y maestros por haberme dado el conocimiento, los consejos y las armas necesarias con las que a partir de hoy me enfrentare a los nuevos desafíos de mi vida profesional.

A mis compañeras (os) y amigas (os) de la especialidad con los que he compartido muchos momentos importantes de mi vida.

DEDICATORIA

Dedicado con todo mi amor, esfuerzo y sacrificio:

A Dios que me ha permitido llegar hasta aquí.

A mi madre, Olga Cerda y mi esposo, Wilfredo Olivas por haberme apoyado siempre y alentado a seguir adelante.

A mi padre y abuelita (q. e. p. d.) que siempre creyeron en mí y me apoyaron incondicionalmente.

A mis hijos Melissa Antonella y Eduardo Antonio Olivas Zepeda por haberme mantenido viva la motivación, el deseo y la fuerza de lucha para vencer los obstáculos y poder ver realizada una más de mis metas.

RESUMEN

El presente documento es un estudio secundario basado en los datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 (ENDESA), el cual tiene como objetivo general describir los factores determinantes para realizarse la prueba de VIH en mujeres con vida sexual activa, siendo un estudio descriptivo, de corte transversal. Para este estudio se tomó como fuente de información la base de datos de la ENDESA 2011/12, utilizando el software SPSS versión 22.0 para realizar el análisis secundario.

Los resultados muestran que la frecuencia de realización de la prueba del VIH fue de 45.2%, siendo sus principales razones para no realizarse la prueba: Porque no lo consideran necesario, no se lo han recomendado, falta de tiempo y miedo al resultado. La mayoría de las mujeres eran adultas entre 20 – 39 años, urbanas, con alta escolaridad, unidas, católicas y sin seguro social. Se observan diferencias en las tasas de realización de la prueba de VIH según las características demográficas, conductas y condiciones de riesgo de VIH. Se concluye señalando que a pesar de haber importantes avances en materia de promoción y prevención de VIH e importancia de realizarse la prueba por medios públicos mediante divulgación, comunicación y consejerías a la población resulta imperativo buscar las estrategias que lleven a la práctica de la realización de la prueba de VIH por parte de la población en general, ya que nadie está exento de adquirir el VIH/sida.

“Ahora es el momento de unir fuerzas de nuevo y acabar aquello que empezamos. Aprovechemos esta oportunidad y unámonos todos a la acción acelerada para poner fin al Sida como amenaza para la salud pública para 2030”

Michel Sidebé
Director Ejecutivo de ONUIDA
(<http://www.unaids.org/es>)

INDICE

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	6
Planteamiento del Problema	7
Objetivos	8
Marco Teórico	9
Diseño Metodológico	19
Resultados	24
Discusión	26
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias	30
Anexos	33

INTRODUCCION

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la fase más avanzada de esta infección conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida, sigue siendo un importante problema de salud pública mundial (Arthur, et al., 2013; Berhan y Berhan, 2015; Gable, et al., 2008; Graham, 2004; MacPherson, et al., 2014;). Se han registrado aproximadamente más de 34 millones de muertes relacionadas hasta ahora. En 2014, 36.9 millones de personas vivían con el VIH, 2 millones de casos eran nuevos y 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. El número casos sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. La región más afectada es África subsahariana, con casi 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH en 2014 (25.8 millones) (ONUIDA, 2015).

En el 2012, en Nicaragua la incidencia (/100,000 habitantes) de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH fue de 38 y 32, respectivamente. En este mismo año de 1,011 personas afectadas por el VIH, 88.4% estaba en condición VIH y 3.8% en condición enfermedad VIH avanzada, es decir el 96.2 % de los casos se diagnostican en forma temprana. La tasa de letalidad fue de 7.7%. Según Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/12) las mujeres han escuchado hablar de las ITS y VIH/sida en 90.5% y 80.4%, respectivamente. Además, el 98.1% conoce una o más formas de evitar el VIH y sida, 71.2% conoce la abstinencia, fidelidad y uso de condón en todas las relaciones (Espontaneas o Dirigida) (CONISIDA, 2012).

La prueba de VIH es clave para la prevención, ya que los programas para la información y prevención del VIH, que incluyen la promoción de la realización voluntaria de la prueba, permiten proteger a la personas no infectadas con VIH, dar un tratamiento temprano y oportuno a las persona ya infectadas para que tengan una mejor calidad de vida, prevenir la transmisión de la madres infectada a los neonatos y reducir la transmisión de VIH (ONUIC, 2013; OMS, 2015).

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA, 2014), brinda información confiable y representativa de datos nacionales sobre demografía y salud reproductiva. Se

conocen internacionalmente como herramientas diseñadas para proporcionar información a los administradores de programas de salud y planificación familiar para la toma de decisiones. (OMS, 2015).

El objetivo de análisis secundario de la ENDESA 2011/12 será describir los determinantes asociados a la realización de la prueba del VIH, en mujeres nicaragüenses con vida sexual activa. Este abordaje ha sido poco estudiado y representa un gran potencial para la prevención del VIH en Nicaragua. (CONISIDA, 2012).

ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud (MINSA), ha realizado “ENDESA” en los años 1998, 2001, 2006/07 y la actual 2011/12. Estas encuestas se conocen internacionalmente como herramientas diseñadas para proporcionar información a los administradores de programas de salud y planificación familiar. Además, provee al país de información sociodemográfica actualizada, fidedigna, útil, suficiente y de buena calidad, con el fin de documentar estadísticamente el proceso de formulación de políticas en el campo de salud y población; contribuye al monitoreo y seguimiento de los indicadores establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH 2012-2016), en los Planes de Salud y Desarrollo del país, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que se encuentran consignados en los compromisos internacionales que adquiere el país en el ámbito de las Naciones Unidas (ENDESA, 2014; ONUSIDA, 2015).

La Comisión Nicaragüense de SIDA (CONISIDA), es una instancia creada según acta legal del 17 de septiembre del año 2000 por la ley 238 y está conformada por personas representantes y delegadas de instituciones Públicas, Privadas, y Organismos No Gubernamentales en el país. Sin embargo CONISIDA tiene sus orígenes en el año 1992, cuando su creación inicia a través de un proceso multisectorial de consulta integrado por el Ministerio de Salud y Organismos No Gubernamentales. Con el apoyo de este grupo multisectorial, en 1994 se presenta la primera propuesta de ley para la protección ante el VIH-SIDA y se nombra la primera Comisión de Lucha Contra el SIDA con carácter nacional. En 1996 se aprueba la ley 238 y se reglamenta en 1999, conformándose luego CONISIDA en forma legal por mandato de ley en el mes de septiembre del año 2000. En octubre del 2001 se aprueba a lo interno de CONISIDA el Reglamento Organizativo y de Funcionamiento. (CONISIDA, 2012).

Aunque existen muchos estudios nacionales sobre VIH/sida estos generalmente están basados en hospitales o en muestras comunitarias poco representativas. La ENDESA 2011/12 es la fuente más amplia y completa de información a nivel nacional y disponible. En base a la revisión documental realizada, no se encontraron estudios nacionales similares a este. Sin embargo, los resultados de algunos estudios similares realizados internacionalmente se presentan a continuación.

En Costa Rica, Santamaría (2004) realizó un estudio similar en la población general entre 15-80 años. La prevalencia del uso de la prueba de VIH en los últimos 12 meses fue de 7.6%. El análisis de riesgo fue ajustado (Regresión logística). En las mujeres el embarazo (OR=5.23) y el riesgo de infección (OR=2.44) fueron características asociadas estadísticamente en la realización de la prueba, pero no así la autoprotección del riesgo (OR=1.01). En los hombres, los comportamientos de riesgo no fueron determinantes, pero si el mayor nivel educativo (OR=2.24; $p=0.02$). Los hombres entre 25-49 años tuvieron mayor probabilidad de usar la prueba (OR=2.67; $p=0.04$). (Santamaria Ulloa, 2004)

Martínez et al. (2009), estudiaron las características demográficas de hombres panameños de 15 a 59 años con conductas sexuales de riesgo y la asociación con el no uso del condón y no realización de la prueba del VIH ($n=2,456$). El 42% mostraron al menos una de las conductas de alto riesgo (haber pagado o recibido dinero por relaciones sexuales o haber tenido más de dos parejas en los últimos 12 meses). De los cuales, el 44.3% nunca usaron el condón, y 55.6% lo usaron siempre o algunas veces. Menos de la mitad (44.3%) se había realizado la prueba de VIH. Los hombres con menor escolaridad no usaron condón (53.97%) y no se habían realizado la prueba de VIH (73.75%) comparado con los hombres que alcanzaron secundaria o más (40.99% y 49.37%, respectivamente). El uso de condón en la primera relación sexual se asoció al no uso actual del condón. La procedencia rural, indígenas y consumo de alcohol tuvieron menores tasas de realización de la prueba de VIH ($p<0.05$). (Scribano A, de Sena A, 2009)

En Panamá, Jenkins et al. (2015) realizaron un análisis secundario a partir de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 (n= 7,359 personas con vida sexual activa entre 15-59 años). Se usó el software Stata SE 13.0. El 13.8% de los hombres y 18.4% de las mujeres se realizaron la prueba de VIH en los doce meses previos a la encuesta. Uno de cada diez lo hizo de manera voluntaria. Factores ser indígena, o residir en un área rural se asoció significativamente a la no realización de la prueba en ambos sexos. Factores como el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, uso de condón y conocimientos comprensivos de VIH no mostraron asociación estadísticamente significativa ni en hombres ni en mujeres. (Jenkins L, et al., 2015).

JUSTIFICACION

Los motivos por los cuales se decidió realizar este estudio fueron la relevancia en salud pública que representa la pandemia de la infección por el VIH, lo que ha motivado la colaboración internacional entre la OMS, las organizaciones de las Naciones Unidas y sus Estados Miembros (ONUSIDA, 2015), incluyendo Nicaragua (CONSIDA, 2012; MINSA, 2005; MINSA, 2007) para dar respuesta a este problema. Además, se pretende aprovechar la disponibilidad de datos poblacionales representativos y de calidad a través de ENDESA y consecuentemente realizar un análisis secundario de datos cuantitativos lo cual es una modalidad de investigación generalmente aceptada y con ventajas en términos de costo y tiempo, al usar información ya existente. No se encontraron estudios similares en Nicaragua.

Por otro lado, con este estudio no se pretende duplicar información ya disponible en ENDESA 2011/12, sino responder a brechas de conocimiento, como lo relacionado a los factores determinantes para la realización de la prueba del VIH en mujeres nicaragüense con vida sexual activa. Con los resultados de este estudio se pretende proveer información útil para elaborar estrategias de intervención en la prevención del VIH/sida. Los beneficiarios directos de este estudio serán no solamente las mujeres en edad fértil y sus parejas, sino también a sus hijos o hijas (indirectos).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este estudio se pretende responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores determinantes para realizarse la prueba de VIH en mujeres Nicaragüenses con vida sexual activa, durante el 2011-2012?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir los factores determinantes para realizarse la prueba de VIH en mujeres Nicaragüenses con vida sexual activa, durante el 2011-2012.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Estimar la frecuencia con que se realiza la prueba de VIH.
3. Identificar las conductas de riesgo de VIH/sida de la población.
4. Relacionar las características sociodemográficas de la población con la realización de la prueba de VIH.
5. Relacionar las conductas de riesgo de VIH/sida de la población con la realización de la prueba de VIH.

MARCO TEORICO

La Salud Sexual y Reproductiva: Es definida como un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además la salud reproductiva comprende la libertad y capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (MINSA, 2007).

El VIH ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida, y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves.

Epidemiología

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 36.9 millones de personas vivían con el VIH, este número sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. Según datos de junio de 2015, había 15.8 millones de personas en tratamiento.

Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número inaceptablemente alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se

infectaron con el VIH y 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida.

El África subsahariana, es la región más afectada, casi 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH en 2014 se registra en África subsahariana (25.8 millones) (ONUSIDA, 2015).

La infección por el VIH se suele diagnosticar mediante análisis de sangre en los que se detecta la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus. En general los resultados de estas pruebas están disponibles el mismo día de su realización, hecho esencial para el diagnóstico, el tratamiento y la atención precoces. Aunque no hay cura para la infección por el VIH, los fármacos antirretrovíricos son eficaces, pueden controlar el virus y ayudar a prevenir su transmisión, de modo que las personas con VIH o con alto riesgo de contraerlo pueden disfrutar de una vida saludable y productiva. Se calcula que solo el 54% de las personas con VIH conocen su estado serológico. En 2014, casi 150 millones de niños y adultos de 129 países de ingresos bajos y medios se beneficiaron de la realización de pruebas de detección del VIH (ONUSIDA, 2015).

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse a resultas de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas (Chin, 2001; Hernández y Martínez, 2012; Sánchez, et al. (2012).

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

- Practicar coito anal o vaginal sin protección;
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables;

- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado;
- Pinchase accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario (Chin, 2001; Hernández y Martínez, 2012; Sánchez, et al. (2012).

Epidemia de ITS y VIH en Nicaragua

Según el MINSA, la incidencia de ITS en el 2012 fue de 38/100,000 habitantes (n=2,271 casos), predominando: Condiloma 46.8%, Gonorrea 31.7% y Sífilis adquirida 21.5 %. Los más afectados tenían entre 15-29 años (40.7%) y 5 -14 años, con un ligero predominio en sexo femenino (50.7% vs. 49.3%). Los SILAIS con mayor incidencia fueron: RAAS, Chinandega y la RAAN (CONISIDA, 2012).

En el 2012 se acumularon 7,875 personas afectadas por VIH, de las cuales 6,071 se encuentran en condición VIH, 734 en condición de VIH en etapa avanzada y 1,019 fallecidos. La tasa de prevalencia de 0.21/100 habitantes y la incidencia de 32/100,000 habitantes. En el 2012 identificaron y confirmaron 1,011 personas afectadas por el VIH, según condición el 88.4% en condición VIH y 3.8% en condición enfermedad VIH avanzada, es decir el 91.2 % de los casos se diagnostican en forma temprana, la letalidad fue de 7.7% (CONISIDA, 2012).

Los grupos más afectados fueron los hombres (57% vs. 43%); entre 25-29 y 30-34 años con 20% cada uno, de 20 -24 años (16%) y de 35 a 39 años (11%). Los SILAIS con mayor porcentaje son: Managua 52.4%, Chinandega 11.7%, Masaya 6.23%, León 5.63% y RAAN 5.2% (CONISIDA, 2012).

Conocimientos sobre ITS, VIH y sida.

Según ENDESA 2011/12 el 90.5% de mujeres oyeron hablar de las ITS; de ellas 96% es urbano y

82.1 rural. Por departamentos: Managua 96.3%, Rivas 94.2%, Estelí 93.5%, Masaya 93.4% y León 92.9%. Por ITS se reporta Gonorrea 81.7%, Sífilis 72.6%, Virus del Papiloma humano (VPH)

63.4%, Herpes Genital 61.6% y Condiloma 58.7%.

El 80.4% de las mujeres había oído hablar sobre el VIH y sida de forma espontánea, 18.4% dirigido, 98.8% espontanea o dirigido, 98.1% conoce una o más formas de evitar el VIH y sida. El 71.2% conoce la abstinencia, fidelidad y uso de condón en todas las relaciones (Espontaneas o Dirigida) y solamente 5.9% (Espontaneas) (CONISIDA, 2012).

Diagnóstico

Las pruebas serológicas, como las pruebas diagnósticas rápidas o las pruebas inmunoenzimáticas, detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH1/2 y/o el antígeno p24 del virus. Cuando estas pruebas se utilizan en el contexto de una estrategia acorde con un algoritmo validado, es posible detectar la infección por el VIH con gran exactitud. Es importante saber que las pruebas serológicas detectan anticuerpos producidos por su sistema inmunitario, y no en la detección directa del VIH en sí mismo. La mayoría de las personas crean anticuerpos contra el VIH1/2 en un plazo de 28 días, por lo que los anticuerpos pueden no ser detectables poco después de la infección. Esta fase inicial de la infección es la de mayor infectividad; no obstante, la transmisión del VIH puede tener lugar en todos los estadios de la infección. Las prácticas óptimas aconsejan repetir las pruebas en todas las personas diagnosticadas como VIH-positivas antes de que empiecen a recibir atención o tratamiento, a fin de descartar posibles errores de las pruebas o de la notificación (Hernández y Martínez, 2012).

Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o

un miembro de la familia, es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos.

Todos los servicios de asesoramiento y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios (Hernández y Martínez, 2012).

Prevención

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo usados de manera combinada, incluyen los que siguen:

1. Uso de preservativos masculinos o femeninos:

Los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

2. Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS:

Estas pruebas está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, para conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas.

3. Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico:

Reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales.

4. Prevención basada en el uso de antirretrovíricos:

- *Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención*

Según ha confirmado un ensayo de 2011, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. La recomendación que hace la

OMS de iniciar un tratamiento antirretrovírico en todas las personas con VIH contribuirá de forma significativa a reducir la transmisión del virus.

- *Profilaxis preexposición para la pareja VIH-negativa*

La profilaxis oral del VIH antes de la exposición consiste en la administración diaria de antirretrovíricos a personas no infectadas a fin de bloquear la adquisición del virus. Más de 10 estudios aleatorizados y controlados han demostrado la efectividad de la profilaxis preexposición para reducir la transmisión del virus en diferentes poblaciones, como las parejas heterosexuales serodiscordantes (es decir un miembro de la pareja infectado y el otro no), los hombres con relaciones homosexuales, las mujeres transgénero, las parejas heterosexuales de alto riesgo o los consumidores de drogas inyectables.

En septiembre de 2015 la OMS publicó el documento titulado Directrices sobre cuándo iniciar el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis del VIH antes de la exposición, en el que recomienda la profilaxis antes de la exposición como opción preventiva para las personas con un riesgo considerable de infección por el VIH.

- *Profilaxis postexposición al VIH*

La profilaxis postexposición consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección. La profilaxis postexposición incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención complementaria.

Las directrices actualizadas de la OMS publicadas en diciembre de 2014 recomiendan la profilaxis tras las exposiciones laborales y no laborales en adultos y niños. Las nuevas recomendaciones ofrecen pautas más simples basadas en antirretrovíricos ya utilizados en el tratamiento. La aplicación de las nuevas directrices facilitará la prescripción, mejorará la observancia y aumentará las tasas de compleción de la profilaxis posposición para prevenir la infección por el VIH en personas expuestas accidentalmente, como los profesionales sanitarios, quienes tienen relaciones sexuales sin protección o las víctimas de abusos sexuales.

- *Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables*
- *Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño*

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o maternoinfantil. En ausencia de cualquier tipo de intervención durante estas etapas, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente esta clase de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección.

La OMS recomienda una serie de medidas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen la administración, tanto a la madre como a su hijo, de antirretrovíricos durante el embarazo, el parto y el puerperio o, en la mujer embarazada seropositiva, incluso de por vida, con independencia de su recuento de células CD4. En 2014, el 73% [68-79%] de las aproximadamente 1.5 [1,3-1,6] millones de embarazadas infectadas por el VIH en todo el mundo recibieron antirretrovíricos eficaces para evitar la transmisión a sus hijos (ONUSIDA, 2015).

Tratamiento

El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos.

Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones.

En 2015 la OMS publicó el documento titulado Directrices sobre cuándo iniciar el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis del VIH antes de la exposición, en el que recomienda que, una vez diagnosticada, toda persona infectada por el VIH inicie el tratamiento antirretrovírico lo antes posible. A mediados de 2015, en el mundo había 15,8 millones de personas con VIH que estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico. A finales de 2014, el 40% [37–45%] de la totalidad de las personas con VIH estaban en tratamiento antirretrovírico.

Las nuevas recomendaciones de la OMS —tratar a todas las personas con VIH y ofrecer antirretrovíricos como alternativa preventiva adicional a las personas con un riesgo considerable— incrementará de 28 a 37 millones el número de candidatos al tratamiento antirretrovírico. La ampliación del acceso al tratamiento está en el centro de una nueva serie de metas para 2020 que tienen por objetivo acabar con la epidemia de sida en 2030 (ONUSIDA, 2015).

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

El mundo ha superado las metas relacionadas con el sida del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 6, al detener y revertir la propagación del VIH, y cada vez más países adoptan la Respuesta Rápida para poner fin a la epidemia de sida para el 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35% desde el 2000 (en un 58 % entre los niños) y las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42% desde su punto más alto de 2004. La respuesta mundial al VIH ha evitado 30 millones de nuevas infecciones y casi 8 millones (7.8 millones) de muertes relacionadas con el sida desde el 2000, cuando se establecieron los ODM (ONUSIDA, 2015).

Garantizar el acceso al tratamiento antirretrovírico para 15,8 millones de personas era un logro considerado imposible hace 15 años. En el año 2000, menos del 1% de las personas que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos tenía acceso al tratamiento.

En 2014, la cobertura mundial de personas que reciben tratamiento antirretrovírico fue del 40%. Pero el VIH sigue mostrando con dureza las desigualdades del mundo. El sida no es aún cosa del pasado. Hay sobradas y apremiantes razones que justifican un cambio. Deben rectificarse importantes lagunas y deficiencias de la respuesta. Acelerar la respuesta al sida en los países de bajos y medianos ingresos podría evitar 28 millones de nuevas infecciones y 21 millones de muertes relacionadas con el sida entre 2015 y 2030, y ahorrar 24 000 millones de dólares anuales en costos de tratamiento del VIH (ONUSIDA, 2015).

La Respuesta Rápida de ONUSIDA

Para hacer avanzar la respuesta al sida, ONUSIDA ha desarrollado un enfoque de respuesta rápida para alcanzar un conjunto de objetivos con plazos definidos hasta el año 2020. Los objetivos incluyen que el 90% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas que sepan que tienen la infección tengan acceso al tratamiento y suprimir la carga viral del 90% de personas en tratamiento. También incluyen reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 75% y alcanzar la cero discriminación.

El enfoque de Respuesta Rápida combinado con una agenda de justicia social que ponga en primer plano a las personas y se asegure de que sus necesidades de salud y sus derechos sexuales y reproductivos sean plenamente respetados y atendidos será imparables. Si el mundo no actúa para doblegar la epidemia hasta el 2020, esta podría repuntar hasta los niveles observados hace 10 años.

La estrategia de ONUSIDA para 2016-2021 es una de las primeras en el sistema de las Naciones Unidas que se alinea con los ODS, que establecen el marco para la política de desarrollo mundial en los próximos 15 años, y entre los que se incluye poner fin a la epidemia de sida para el 2030 (ONUSIDA, 2015).

Programas sobre VIH/sida

ONUSIDA

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) fue establecido en 1996 con objeto de coordinar la respuesta internacional a la epidemia de VIH/SIDA y actuar como garante de la acción global y concertada contra el sida. El ONUSIDA está copatrocinado por 10 organizaciones del Sistema de Naciones Unidas: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); la Organización Internacional del Trabajo (OIT); el Fondo de Población de NN.UU (UNFPA) ; la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (UNODC), el Programa Mundial de

Alimentos (PAM), el Banco Mundial y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). ONUSIDA tiene su sede central en Ginebra. Los objetivos principales del ONUSIDA son:

1. Intercambiar información y conocimientos sobre la epidemia y las vías para mitigar su impacto.
2. Promover la coherencia y complementariedad de las actuaciones de los programas de lucha contra el VIH/SIDA de los copatrocinadores.
3. Intensificar los compromisos en la lucha contra el SIDA en todos los frentes.¹⁹

CONISIDA

La Comisión Nicaragüense de SIDA (CONISIDA), es una instancia creada según acta legal del 17 de septiembre del año 2000 por la ley 238 y está conformada por personas representantes y delegadas de instituciones Públicas, Privadas, y Organismos No Gubernamentales en el país. En octubre del 2001 se aprueba a lo interno de CONISIDA el Reglamento Organizativo y de Funcionamiento (CONISIDA, 2012). CONISIDA como organismo administrativo y técnico fue creado en base al Art. 32 de la “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA” (Ley 238), tiene como objetivo primario velar por la promoción y aplicación de la misma y su respectivo reglamento. La ley 238 fue creada con el principal objetivo de proveer una red de protección legal para las personas afectadas por el VIH-SIDA, así mismo con el fin de promover la solidaridad social y evitar todo tipo de discriminaciones hacia las personas portadoras.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

Población y área de estudio:

La población correspondió Al total de mujeres entre 15-49 años, residentes de áreas urbanas y rurales en las diversas regiones de Nicaragua, según estimaciones de INIDE. En total se entrevistaron 22,493 mujeres, durante junio del 2011 y noviembre del 2012.

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 15-49 años de edad.
- Mujeres que habían iniciado vida sexual activa.
- Mujeres que reportaron inicio de vida sexual y la realización o no de la prueba de VIH/sida.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no cumplieron los criterios de inclusión.

Ventajas del estudio

- Tamaño de la muestra representativa.
- Base de datos disponible lo que reduce costos, elimina trabajo de campo y facilita el análisis.

Limitaciones del estudio

- Son propias del análisis secundario de bases de datos como: los objetivos específicos en el análisis primario limita el análisis e interpretación de resultados; el tamaño de la muestra no responde a las necesidades del análisis secundario; es difícil controlar sesgos (sistemáticos, del recuerdo, confusión, etc.).
- El análisis secundario estuvo basado en la base de datos de ENDESA-2011-12, para mujeres.

Variables presentes en el estudio según objetivos a alcanzar.

Características generales de la población de estudio:

- Edad.
- Procedencia.
- Escolaridad.
- Estado Civil.
- Religión.
- Asegurada

Antecedentes Gineco-obstetra:

- Inicio de vida sexual
- Número de parejas sexuales
- Relaciones sexuales por dinero
- Infecciones de transmisión sexual

Información sobre VIH y prueba de VIH en relación con la realización de la prueba de VIH.

- Información sobre VIH/sida.
- Información sobre la prueba de VIH.
- Realización de la prueba de VIH.
- Resultados de la prueba de VIH.
- Autopercepción del riesgo de VIH.

Condiciones de riesgo y su relación con la realización de la prueba de VIH.

- Alto consumo de alcohol de su pareja
- Violencia doméstica.
- Uso del condón.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Valores/Escalas
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta.	15-19 20-39 40-49
Procedencia	Área de residencia de la población.	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado al momento de la encuesta.	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Condición conyugal de la paciente.	Soltera Casada Unida
Religión	Es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de normas morales para la conducta individual, social y de prácticas rituales.	Católica Evangélica Otras Ninguna
Asegurado	Tipo de servicio de salud provisto por empresas medicas previsionales.	Si No
Inicio de vida sexual	Edad en que tuvo su primera relación sexual.	<10 10-13 14-16 17-19 ≥20
Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales que ha tenido en los últimos 12 meses.	Una Dos o más
Relaciones sexuales por dinero	Se refiere a las mujeres que han pagado o recibido dinero por sexo en los últimos 12 meses.	Si No
Infecciones de transmisión sexual	Se refiere al diagnóstico de alguna ITS en los últimos 12 meses.	Si No

Variable	Definición	Valores/Escalas
Infecciones de transmisión sexual	Se refiere al diagnóstico de alguna ITS en los últimos 12 meses.	Si No
Infecciones de transmisión sexual	Se refiere al diagnóstico de alguna ITS en los últimos 12 meses.	Si No
Información sobre VIH/sida	Es el reporte subjetivo de la paciente sobre si conoce o ha escuchado hablar sobre VIH y sida.	Si No
Información sobre la prueba del VIH	Es el reporte subjetivo de la paciente sobre si conoce o ha escuchado hablar sobre la prueba del VIH y sida.	Si No
Realización de la prueba de VIH	Se refiera a si el entrevistado se había realizado alguna vez la prueba de VIH.	Si No
Resultados de la prueba de VIH	Se refiere a si el entrevistado había recibido los resultados de la prueba de VIH.	Si No
Autopercepción de riesgo de VIH	Estará basada en la medida subjetiva autopercepción de riesgo de adquirir VIH y sida.	Ninguno Bajo Moderado Alto
Alto consumo de alcohol de su pareja	Consumo frecuente de alcohol durante el último año por parte de su cónyuge.	Si No
Violencia doméstica	Violencia física sufrida por parte de su pareja durante el último año.	Si No
Uso del condón	Se refiere al uso o no de condón alguna vez en su vida, durante su primera relación sexual, en los últimos 12 meses o en la última relación sexual.	Si No

Análisis:

Para el análisis secundario de base de datos (ENDESA-2011/12) se usó el Software SPSS versión 22.0. Para el análisis exploratorio se realizó análisis univariado y bivaridado. Las variables cualitativas se analizaron a través de razones y porcentajes; mientras que las variables cualitativas se analizaron a través de medidas de centro y de dispersión. Como prueba de significancia estadística se usaron pruebas no paramétricas como chi cuadrado (corregido y no corregido) o prueba exacta de Fisher; y pruebas paramétricas como la prueba t de Student. Las diferencias observadas se consideraron significantes cuando el valor de P fue menor o igual a 0.05.

Tamaño de la muestra y muestreo

El marco muestral comprendió 21,960 hogares ubicados en las zonas urbanas y rurales de Nicaragua. La muestra de este estudio correspondió a 8,808 mujeres en edad fértil que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El diseño de la muestra fue probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica. La selección en cada una de las etapas fue estrictamente aleatoria. Los detalles sobre los aspectos metodológicos de ENDESA-2011/12 han sido publicados previamente.

Recolección de información:

La fuente de información fue la base de datos del ENDESA-2011/12, previa autorización para el uso de la base de datos con fines investigativos.

Consideraciones éticas:

Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes el acceso y uso de la base de datos de ENDESA-2011/12. El uso de la información servirá para identificar deficiencias para elaborar estrategias para la prevención y control de la infección del VIH/sida.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 8,808 mujeres con vida sexual activa que cumplieron con los criterios de inclusión. Las principales características demográficas fueron: adultas jóvenes entre 20-39 años (57.7%), procedencia urbana (68.7%), escolaridad secundaria (39.8%), estado civil unida (38.3%), religión católica (49.6%), sin seguro social (77.7%) y con uno o más hijos (76.6%) (Tabla 1). El promedio de edad fue de 33.6 ± 9.6 años, la mediana fue de 34 años.

La frecuencia de realización de la prueba del VIH fue de 45.2% y el 54.8 no se la había realizado (Fig. 1). Las principales razones por las cuales las mujeres no se realizaron la prueba se presentan en la Fig. 2, predominando: no lo considera necesario (41.7%), nunca se lo han recomendado (30.8%), falta de tiempo (11.4%) y temor al resultado (5.7%).

Al relacionar las características sociodemográficas con la realización de la prueba del VIH se observó que la tasa fue menor en el grupo de mayor edad (40.9%), en mujeres rurales (38.8%), con escolaridad primaria (39.2%), casadas (42.0%), religión evangélica (40.8%), no aseguradas (43.0%) y fue similar con respecto a la tenencia o no de hijos (45.0 vs. 45.2%). Por otro lado, la mayor tasa de realización de la prueba del VIH fue observada en las mujeres entre 20-39 años (47.9%), urbanas (48.5%), universitarias (57.4%), solteras (47.3%), otras religiones (60.1%) y aseguradas (52.9%). Las diferencias mencionadas anteriormente fueron estadísticamente significativas (valor $P=0.000$), con excepción de si tenía o no hijos (Tabla 1).

Algunas conductas de riesgo de VIH/sida y su relación con la realización de la prueba de VIH se presentan en la Tabla 2. El 9.1% había iniciado vida sexual antes de los 14 años y 39.8% entre los 14-16 años. El promedio de IVSA fue de 17.1 ± 3.5 años, la mediana fue de 17 años. La frecuencia del uso de condón durante la primera relación sexual, durante los últimos 12 meses y última relación sexual fue de 5.3%, 12.8% y 11.3%, respectivamente.

El 3.2% de las mujeres reportaron haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. El 1.0% manifestó haber pagado o recibido dinero por sexo. El 61.9% tiene la autopercepción de no tener riesgo de VIH/sida, sin embargo, 17.2% considera tener un riesgo bajo, 13.4% riesgo moderado y 4.4% riesgo algo. En resumen, aproximadamente un tercio de las mujeres que tienen más de una pareja sexual lo hacen por dinero (1.0%/3.2%).

La tasa de realización de la prueba de VIH fue mayor en las mujeres con IVSA antes de los 10 años; en todas las mujeres que reportaron haber usado condón; en las que tuvieron más de una pareja sexual; en las que pagaron o recibieron dinero por sexo; y en aquellas con autopercepción de riesgo de VIH/sida. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en todas estas variables con excepción del uso de condón durante la primera relación sexual, número de parejas, y haber pagado/recibido dinero por sexo (Tabla 2).

El 4.5% de las mujeres manifestaron haber tenido alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses, 100% habían recibido información sobre VIH/sida y 97.1% habían recibido información sobre la prueba del VIH. Solamente el 87% de las mujeres que se realizaron la prueba del VIH recibieron los resultados. El 19.3% de las mujeres viven con cónyuges con elevado consumo de alcohol y el 5.1% sufre violencia física. La tasa de realización de la prueba del VIH fue mayor en las mujeres que tuvieron ITS, que han tenido información sobre el VIH/sida y la prueba, así como en aquellas que sufrieron violencia doméstica y cuyos cónyuges consumen alcohol. Sin embargo, en las pacientes que dijeron haber recibido información sobre VIH/sida y sobre la prueba del VIH el 45.2% y 46.0% se realizaron la prueba, mientras que en las que no recibieron dicha información fue de 0%. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, con excepción de las mujeres que viven con cónyuges violentos o que consumen alcohol (Tabla 3).

DISCUSION

La frecuencia de haberse realizado alguna vez la prueba de VIH en mujeres Nicaragüenses con vida sexual activa, en este estudio fue de 45.2%, esto a pesar que todas las mujeres habían recibido información sobre VIH y sida, y la gran mayoría (97.1%) había también recibido información sobre la prueba de VIH. Las principales razones por las cuales las mujeres no se realizaron la prueba de VIH fueron porque no lo consideran necesario, nunca se lo han recomendado, falta de tiempo y temor a los resultados. Sin embargo, una limitación al comparar esta cifra con otros estudios es la diferencia en la definición utilizada. Por ejemplo, en Costa Rica (Santamaría y Valverde, 2014) y en Panamá (Jenkins, et al. 2015) reportaron una frecuencia en mujeres del uso de la prueba de VIH en el último año de 7.6% y 18.4%, respectivamente. En otro estudio en Panamá (Martínez, et al., 2009) el 44.3% de los hombres se habían realizado alguna vez la prueba de VIH.

También se encontró que menos de la mitad no había usado el condón durante su última relación sexual ni se había realizado la prueba de VIH. Esto demuestra debilidades en los conocimientos y prácticas sobre salud reproductiva, ya que son los medios más poderosos existentes para prevenir el VIH/sida y el manejo oportuno de la infección una vez que se detecte. Además se evidencia también en los resultados de autopercepción del riesgo de contraer el VIH que en su mayoría (61.9%) cree tener ningún riesgo de contraer la infección VIH y sida, lo que nos lleva a pensar en un problema de concientización por parte de la población sobre la importancia de realizarse la prueba de VIH.

La mayoría de pacientes (87%) que se realizaron la prueba de VIH obtuvieron sus resultados, sin embargo, el 13% no los recibió por diversas razones. Esto puede revelar problemas relacionados a la consejería del tamizaje con la prueba de VIH o falta de interés o descuido de las usuarias.

Fue interesante observar que las características demográficas con mayor prevalencia de la realización de la prueba de VIH fueron los grupos más jóvenes, urbanos, con mayor escolaridad, solteros, asegurados y religión católica. Algunos autores (Santamaría y Valverde, 2014; Jenkins, et al. 2015) obtuvieron resultados similares en cuanto a la

prevalencia del uso de la prueba de VIH en las características antes mencionadas. Esto podría afirmar que la educación resulta influyente en relación a la realización de la prueba de VIH, además de la accesibilidad a la información como lo es en las poblaciones jóvenes, urbanas y solteras ya que se evidencia que a mayor nivel educativo mayor frecuencia de realización de la prueba. Además debido a que a mayor edad las mujeres se encuentran con una pareja estable y la confianza en su pareja es mayor que su autopercepción de riesgo.

También se encontró que la presencia de algunas conductas y condiciones de riesgo se asociaron a tasas más altas del uso de la prueba de VIH, por ejemplo, las mujeres que iniciaron vida sexual más temprano, las que no usaron condón en sus relaciones sexuales, las que tuvieron más de una pareja durante los últimos 12 meses, las que habían pagado/recibido dinero por sexo, con percepción de riesgo de VIH/sida, con antecedentes de infecciones de transmisión sexual, de convivir con un cónyuge violento o alcohólico. Esto puede hacer que las mujeres que se consideran con riesgo tienen una práctica mayor del uso de la prueba, pero no supera el 50%. Estos datos son similares a lo reportado por Jenkins, et al. (2015)

En este estudio aproximadamente una quinta parte de la población estudiada había tenido IVSA antes de los 15 años, o sea durante la adolescencia temprana, la cual es una etapa en que la mujer es más vulnerable debido a su desarrollo y falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Esta característica hace que sea mayor el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto mayores riesgos relacionados al uso inconsistente de métodos anticonceptivos (incluyendo el condón), del embarazo en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH y sida.

Este estudio revela que la población femenina con vida sexual activa tiene un porcentaje importante de conducta y condiciones de riesgo de VIH/sida que deben ser abordados por las autoridades tanto del MINSA, MINED, MIFAM para promover prácticas efectivas en la prevención de VIH/sida y sobre la importancia de la realización de la prueba de VIH.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que la mayoría de mujeres eran adultas entre 20-39 años, urbanas, con alta escolaridad, unida, católicas y sin seguro social, pero las que no se han realizado la prueba de VIH fueron en su mayoría mujeres de 40-49 años, de procedencia rural, de escolaridad primaria, casadas, evangélicas y sin seguro social.

La frecuencia de realización de la prueba del VIH en mujeres Nicaragüenses con vida sexual activa fue menos de la mitad de la población en estudio (45.2%) y las principales razones fueron porque no lo consideran necesario, no se lo han recomendado, falta de tiempo y temor al resultado.

Algunas conductas de riesgo de VIH/sida fueron inicio temprano de vida sexual, poco uso del condón durante las relaciones sexuales, tener más de una pareja sexual, pagar o recibido dinero por sexo. Además, casi un tercio tiene la autopercepción de tener riesgo de VIH/sida.

Las principales condiciones de riesgo de VIH/sida fueron la presencia de infecciones de transmisión sexual, no haber recibido información sobre la prueba del VIH, el consumo elevado de alcohol y violencia de su pareja.

La población femenina con vida sexual activa tiene un porcentaje importante de conducta y condiciones de riesgo de VIH/sida.

Las mujeres no están conscientes de la importancia de realizarse la prueba de VIH a pesar de conocer sobre las ITS, VIH/sida y prueba de VIH.

RECOMENDACIONES

Seguir creando conciencia en la población femenina de zona rural, de mayor edad, con escolaridad de primaria, casadas, y sin seguro social sobre ITS, VIH/sida y la importancia de realizarse la prueba de VIH, mediante la consejería que se brinda tanto intra como extramuro por parte del personal de salud.

Que los clínicos en sus unidades de salud aprovechen las consultas diarias y manden la prueba de VIH a los pacientes que ameriten descartar dicho diagnóstico.

En las unidades de salud hacer pública la situación epidemiológica sobre VIH y sida que realiza el ministerio de salud, resaltando la aparición de nuevos casos para que la población sepa que no está exenta de contraer la infección VIH y sida.

El MINSA en conjunto con MINED debe realizar educación continua y permanente en las escuelas, institutos y universidades sobre las ITS, VIH/sida y la importancia de realizarse la prueba de VIH, incluyendo testimonios de personas con VIH positivo para cambiar la cultura de la población en un futuro cercano.

Promover el uso de análisis secundario de base de datos (ENDESA) para la toma de decisiones de otros problemas de salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS

Arthur S, Bangha M, Sankoh O. (2013). Review of contributions from HDSSs to research in sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*; 18 (12): 1463–1487.

Berhan Y, Berhan A (2015). A Meta-Analysis of Risky Sexual Behaviour among Male Youth in Developing Countries. *AIDS Research and Treatment*: 9.

Chin J. (2001) El control de las enfermedades transmisibles. Décimo séptima edición. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pùblica Publicación Científica y Técnica No. 581, Washington D.C.: OPS/OMS.

Comisión nicaragüense del sida (2012). Situación de ITS, VIH y Sida en Nicaragua: Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia. Managua: CONISIDA CONISIDA. Disponible en: <http://mcp.org.ni/conisida/>

Cooke CR, Iwashyna TJ (2013). Using existing data to address important clinical questions in critical care. *Crit Care Med* ; 41(3): 886–896. doi:10.1097/CCM.0b013e31827bfc3c.

Gable L, Gostin LO, Hodge JG. (2008). HIV/AIDS, Reproductive and Sexual Health, and the Law. *Am J Public Health*; 98:1779–1786. doi: 10.2105/AJPH.2008.138669)

Graham A (2004). Sexual Health. *British Journal of General Practice*; 54: 382-387.

Hernández J, Martínez F. (2012) Transmisión sexual del VIH. Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales. Barcelona: Grupo de Trabajo obre el tratamiento del VIH.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud (2014). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA.

Jenkins L, et al. (2015) ¿Qué determina la realización de la prueba de VIH en la población panameña sexualmente activa entre los 15-59 años de edad? Hallazgos del análisis secundario de ENASSER. Invest. pens. crit.; 3 (1): 4-16.

MacPherson EE, Richards E, Namakhoma I, Theobald S (2014). Gender equity and sexual and reproductive health in Eastern and Southern Africa: a critical overview of the literature. Glob Health Action; 7: 23717 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23717>

Martínez L, Martínez A, Rosales K. (2009). Características demográficas de hombres panameños de 15 a 59 años con conductas sexuales de riesgo y la asociación con el no uso del condón y no realización de la prueba del VIH. Informe de Análisis Secundario ENASSER 2009.

Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. (2005) Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSA.

Ministerio de Salud. (2007) Dirección General de Servicios de Salud. Dirección General de Regulación de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: "Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos". Managua: Nicaragua.

ONUSIDA. (2015). El sida en cifras: 2015. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/AIDS_by_the_numbers_2015

ONUSIDA (Programa conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA). Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Otros%20Organismos%20y%20Fondos/ONUSIDA.aspx>

Organización Mundial de la Salud. PROYECTO de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016–2021. Versión abreviada – 5 de marzo de 2015. Disponible en:

http://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1

Sánchez C, et al. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista CES Salud Pública*; 3 (1).

Santamaría Ulloa C (2004). Factores determinantes de la realización de la prueba de VIH en Costa Rica. San José, Costa Rica: Centro Centroamericano de Población.

Schlomer BJ, Copp HL (2014). Secondary Data Analysis of Large Data Sets in Urology: Successes and Errors to Avoid. *J Urol*; 191(3): 587–596. doi:10.1016/j.juro.2013.09.091.

Scribano A, de Sena A (2009). Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas Reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologias*, Porto Alegre; 11 (22): 100-118.

ONU CI. (2013). Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire. Disponible en: <http://www.onuci.org/pip.php?article52>.

ANEXOS

Tabla 1 Características sociodemográficas (%)* de mujeres en edad fértil según realización de la prueba VIH/sida, Nicaragua, 2011.

Características sociodemográficas*	Si (n=3981)	No (n=4827)	Total** (n=8808)	Valor P
<u>Edad (años):</u>				
15-19	43.6	56.4	10.2	0.000
20-39	47.9	52.1	57.7	
40-49	40.9	59.1	32.2	
<u>Procedencia:</u>				
Urbano	48.5	51.5	68.7	0.000
Rural	38.0	62.0	31.3	
<u>Escolaridad:</u>				
Ninguna	43.8	56.2	1.6	0.000
Primaria	39.2	60.8	34.9	
Secundaria	46.8	53.2	39.8	
Universitaria	57.4	42.6	16.7	
Sin dato	37.0	63.0	7.1	
<u>Estado civil:</u>				
Unida	45.5	54.5	38.3	0.001
Casada	42.0	58.0	26.5	
Soltera	47.3	52.7	35.2	
<u>Religión:</u>				
Ninguna	47.3	52.7	11.2	0.000
Católica	46.6	53.4	49.6	
Evangélica	40.8	59.2	35.0	
Otras religiones	60.1	39.9	4.2	
<u>Asegurado:</u>				
Si	52.9	47.1	22.3	0.000
No	43.0	57.0	77.7	

*Porcentaje calculado en base al total de las filas.

**Porcentaje calculado en base al total de la columna.

Fuente: Estadística nacional de salud y encuesta nacional de demografía y salud 2011/12.

Tabla 2 Conductas de riesgo de mujeres en edad fértil según realización de la prueba VIH/sida, Nicaragua, 2011.

Conductas de riesgo*	Si (n=3981)	No (n=4827)	Total** (n=8808)	Valor P		
					56.9	43.1
<u>IVSA (edad):</u>					0.8	0.033
<10					42.9	57.1
10-13					8.3	
14-16					46.0	54.0
17-19					39.8	
≥20	43.0	57.0	20.1		45.9	54.1
	30.9					
<u>Uso de condón:</u>						
En la primera relación:						
Si	49.1	50.9	5.3	0.079		
No	45.0	55.0	94.7			
<u>En los últimos 12 meses:</u>						
Si	58.8	41.2	12.8	0.000		
No	42.4	57.6	59.0			
Sin dato	44.9	55.1	28.2			
<u>En la última relación:</u>						
Si	48.2	51.8	11.3	0.024		
No	45.3	54.7	71.9			
Sin dato	42.7	57.3	16.7			
<u>Ha tenido más de una pareja:</u>						
Si	48.4	51.6	3.2	0.266		
No	45.4	54.6	81.1			
Sin dato	43.6	56.4	15.7			
<u>Ha pagado/recibido dinero por sexo:</u>						
Si						
No	52.9	47.1	1.0	0.148		
	45.1	54.9	99.0			
<u>Auto percepción de riesgo de VIH/sida:</u>						
Ninguno	42.5	57.5	61.9	0.000		
Bajo	51.0	49.0	17.2			
Moderado	51.1	48.9	13.4			
Alto	46.0	54.0	4.4			
Sin dato	40.8	59.2	3.0			

*Porcentaje calculado en base al total de las filas. **Porcentaje calculado en base al total de la columna. Fuente: Estadística nacional de salud y encuesta nacional de demografía y salud 2011/12.

Tabla 3 Condiciones de riesgo de mujeres en edad fértil según realización de la prueba VIH/sida, Nicaragua, 2011.

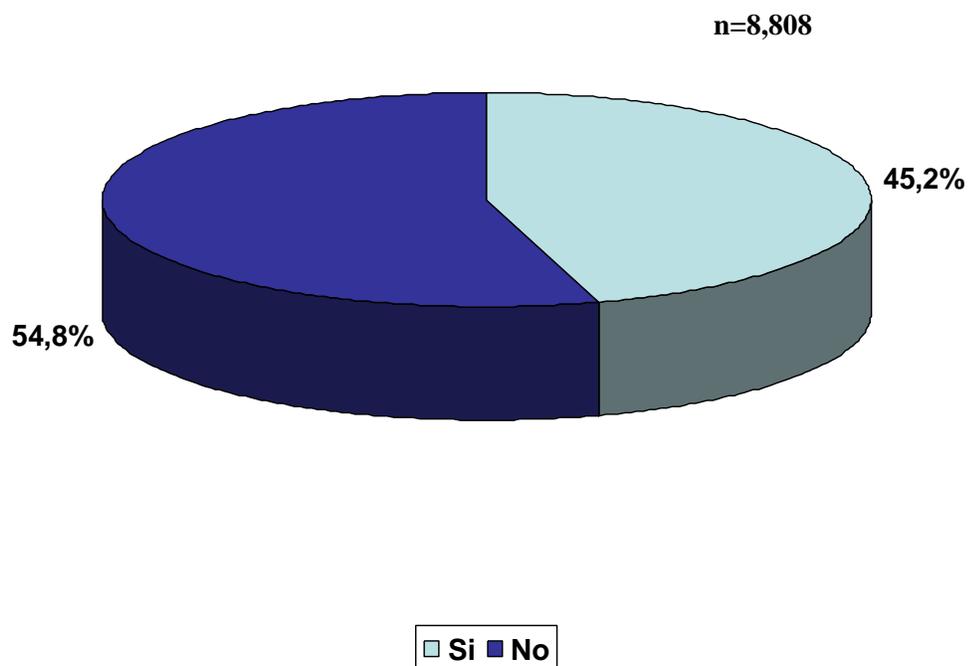
Conductas de riesgo*	Si (n=3981)	No (n=4827)	Total** (n=8808)	Valor P
<u>Ha tenido ITS en los últimos 12 meses:</u>				
Si				
No	50.9	49.1	4.5	0.020
	44.9	55.1	95.5	
<u>Información sobre VIH/sida:</u>				
Si	45.2	54.8	100.0	-
No	0.0	0.0	0.0	-
<u>Información sobre la prueba VIH:</u>				
Si			97.1	0.000
No	46.0 0.0	54.0 0.0	0.0	
Sin dato	16.6	83.4	2.9	
<u>Recibió los resultados de la prueba de VIH:**</u>				
Si				--
No	87.0	--	--	
	13	--	--	
<u>Cónyuge con consumo frecuente de alcohol:</u>				
Si				
No	46.7	53.3	19.3	0.070
Sin dato	44.3	55.7	66.8	
	47.2	52.8	13.9	
<u>Lesionada por violencia doméstica:</u>				
Si	50.6	49.4	5.1	0.059
No	43.1	56.9	1.3	
Sin dato	44.9	55.1	93.5	

*Porcentaje calculado en base al total de las filas.

**Porcentaje calculado en base al total de la columna.

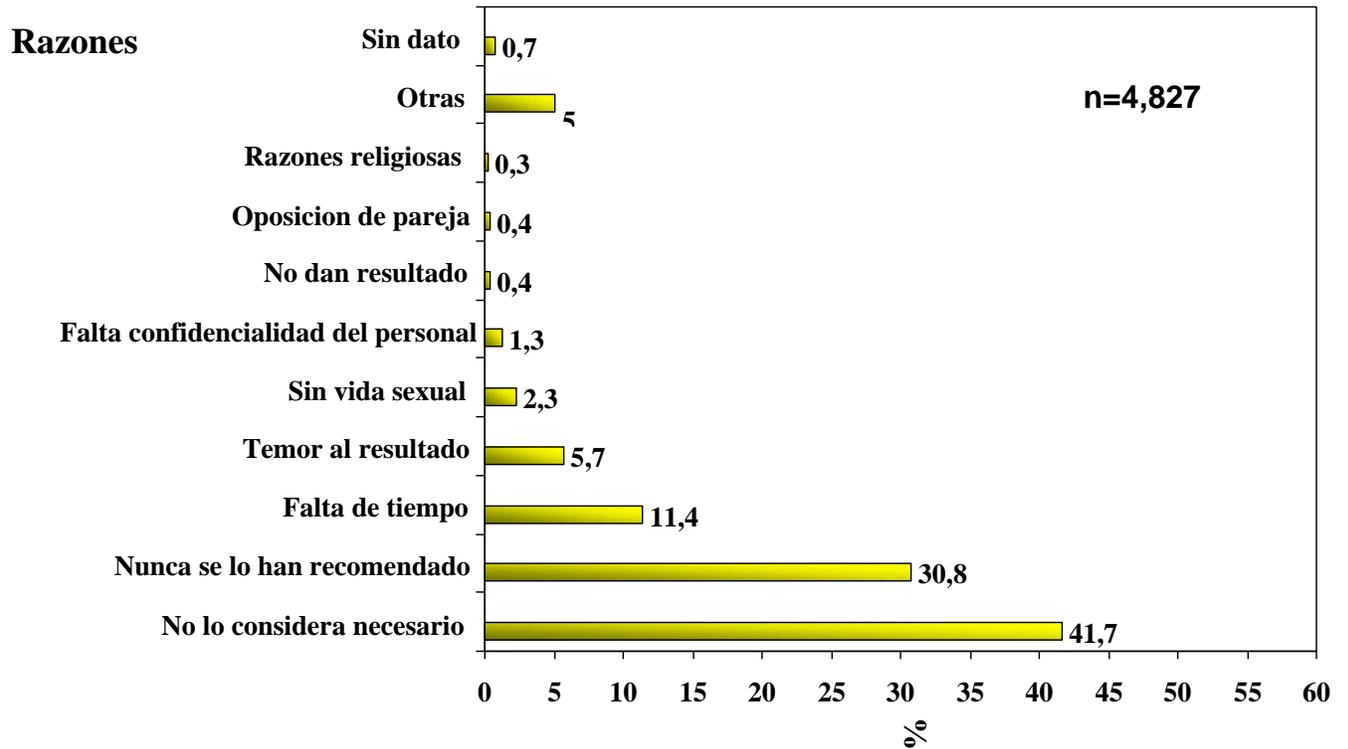
Fuente: Estadística nacional de salud y encuesta nacional de demografía y salud 2011/12.

Grafico. 1 Realización de la prueba del VIH en mujeres en edad fértil, Nicaragua, 2011.



Fuente: Estadística nacional de salud y encuesta nacional de demografía y salud 2011/12.

Grafico 2 Razones por las cuales las mujeres en edad fértil no se ha hecho la prueba del VIH, Nicaragua, 2011.



Fuente: Estadística nacional de salud y encuesta nacional de demografía y salud 2011/12.