UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Evaluación de Consejerías a derechohabientes para captar nuevos casos de VIH en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Managua durante el año 2007

Tesis para optar al Título de Médico y Cirujano

Universidad Nacional Autónoma de Nic. Biblioteca Central 85275 Reg. No Recinto Univ. Rubén Darío

MED 378.242 Cer 2010

Realizado por:

Br. Eduardo Cerrud Turner

Tutor:

Dr. Manuel Gómez Guerrero

Octubre, 2010

I. CONTENIDO

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
OPINIÓN DEL TUTOR	III
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVOS	12
MARCO TEÓRICO	13
Aspectos legales en Nicaragua	13
Conceptos	15
Características Morfológicas del VIH	16
Mecanismos de Transmisión	17
Prevención del VIH y consejerías	20
Pruebas Serológicas del VIH	42
Vigilancia II Generación	46
MATERIAL Y MÉTODOS	59
RESULTADOS	66
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	83
Tablas y Gráficos	84
Formatos	112
Figuras	119
Glosario	123

DEDICATORIA

Dedico esta tésis a mi madre, ***Clara****, ejemplo de sacrificio y paciencia, mi principal fuente de inspiración y aliento de ser mejor cada día. Por haber hecho el ser humano de buenas costumbres y siempre fiel a* ***Dios*** *me fue guiando paso a paso en el desarrollo de mi vida.*

A mi esposa, ***Martha****, por su apoyo en todos los sentidos, que con su amor y entrega, se ha convertido en la razón de mi fortaleza en el transcurso de nuestro matrimonio. Es la razón de mi vida feliz.*

A mi abuelita, ***Ana*** *(QEPD), ya que durante su vida me apoyó sin cesar en la culminación de mis estudios, brindándome sus conocimientos y cariño como maestra.*

A mi hijo, ***Eduardo Fabio****, de quien me siento orgulloso de ser el muchacho que es hoy, que a pesar de su corta edad muestra madurez en sus decisiones.*

A mi futuro hijo el regalo más sublime que ***Dios*** *me ha dado, a quien pienso guiarlo al servicio de la humanidad.*

A mis hermanos ***Yolaina*** y ***Mauro*** *con quienes he compartido mi vida y a pesar de la distancia los llevo siempre en lo más profundo mi corazón.*

A mi tutor ***Dr. Manuel Gómez****, quien es un ejemplo de calidad científica y calidez humana, siendo mi guía en la realización de este trabajo.*

Al noble pueblo de ***Nicaragua*** *a quien dedico mis conocimientos, agradeciendo sus aportes para convertirme en un profesional de bien. Prometo solemnemente retribuir su sacrificio ejerciendo mi profesión al servicio de la sociedad que me ha forjado.*

AGRADECIMIENTO

*A **Dios:** por darme todo, quien en especial me brindó la sabiduría para convertirme en un profesional.*

*A **mi madre:** por su paciencia y apoyo, con su fe y sus oraciones me ayudó a mantenerme de pie y convertirme en un ser humano de bien.*

*A **mi esposa:** z por su apoyo incondicional, por su amor y abnegación.*

*Al **Dr. Roberto Montenegro:** por su perseverancia en la realización del estudio y apoyo incondicional en la obtención y procesamiento de datos.*

*A **Lic. Alberto Gallegos:** por estar en continuo seguimiento del trabajo realizado y contribuir a que este estudio se llevara a efecto.*

***Mis Amigas(os):** quienes con su insistencia y amistad sincera propiciaron concluir con el estudio. Hago hincapié en aquellos que me brindaron su abnegado apoyo y colaboración hasta el final de este estudio.*

***Al personal de Epidemiología de las IPSS:** quienes con entusiasmo y entrega han colaborado en el desarrollo del componente de VIH en sus unidades, mejorando la calidad de atención a la sociedad nicaragüense.*

*A **Mis Maestros:** A los que me debo por la formación recibida en todos los años de mi vida.*

***Al pueblo nicaragüense:** Fuente de inspiración, trabajo y colaboradores directos de mi estudio.*

OPINION DEL TUTOR

La consejería surge en el mundo basado en un marco educativo y social y es desde entonces al consejero se le denomina a aquél que se dedica a la asesoría, orientación o consultoría. También es vista como una profesión de ayuda, donde se crea un espacio de trabajo sobre la problemática humana facilitando a las personas su bienestar y toma de conciencia de los problemas a los que se enfrenta en su vida cotidiana

En tal sentido, en los últimos años la consejeria ha sido orientada por la OMS/OPS en el marco de apoyar a las personas que buscan atención médica por diferentes causas, para diagnosticar tempranamente la infección por el *Virus de la Inmunodeficiencia Humana*.

El presenta trabajo fue llevado a cabo por el Bachiller: ***Eduardo Hjalmar Cerrud Turner,*** denominado: "Evaluación de Consejeria a Derechohabientes para captar nuevos casos de VIH en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Managua durante el año 2007", mostrando durante todo el proceso de investigación responsabilidad, interés y motivación por el presente trabajo, lo cual le fortalecerá en su formación académica, científica y profesional.

Felicito al Br. Cerrud Turner, por todo su entusiasmo mostrado a lo largo del trabajo y dios quiera que siempre mantenga ese espíritu de superación, creatividad e interés por mejorar como profesional de la salud.

Cordialmente

Dr. Manuel Gómez Guerrero
Tutor
Profesor Titular
Director de Dpto. Microbiología y Parasitología Médica
Master en Enfermedades Tropicales

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) y Filiales de Managua durante los meses de enero a diciembre de 2007 con el objetivo de evaluar de forma cuantitativa las consejerías realizadas a los derechohabientes y como influían en la captación de nuevos casos de VIH. La población de estudio la constituyeron 677,976 derechohabientes que visitaron por consulta médica a cualquier servicio las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y su muestra estuvo conformada por 8,842 derechohabientes que se realizaron las consejerías pre-prueba, las cuales fueron seleccionadas por conveniencia.

El estudio reveló que la seroprevalencia fue de 3 por cada 1000 derechohabientes abordados con un margen de error de menos de 1%. A pesar de encontrar la limitante de los formatos con grupos etáreos amplios y de mayor captación a realizarse la prueba VIH mediante las consejerías al sexo femenino, se registró mayor seropositividad en el sexo masculino con una relación de 1.5 hombre por cada mujer. Un dato importante es la pobre evidencia de consejería post-prueba encontrada en el estudio que denota desestimación en la importancia de la misma para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo y al mismo tiempo brinda apoyo emocional y psicológico a las personas infectadas con el VIH.

Basado en los hallazgos encontrados, las IPSS deberán establecer mejores mecanismos de captación, manejo y seguimiento de derechohabientes para realizarse la prueba de VIH, tanto en la obtención y evidencia de datos, como en la promoción y oferta del diagnóstico de VIH que faciliten la implementación de estrategias del país para combatir la Pandemia del VIH/SIDA.

II. INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), precursor del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es uno de los problemas de salud pública más complejos que se ha enfrentado la humanidad en las últimas décadas. No solo es una enfermedad que provoca daño al cuerpo humano, también produce serias repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas a los individuos, familias y comunidades afectadas *(26)*.

En el campo de la ciencia el avance sobre el conocimiento del SIDA ha sido espectacular. Durante la primera década de la epidemia se descubrió el agente causal, los mecanismos de transmisión y la epidemiología del padecimiento; se desarrollaron diversos medicamentos con actividad antiviral que retrasan la progresión de la enfermedad y mejoran la calidad de vida de los afectados; se describieron esquemas profilácticos y de tratamiento para las infecciones oportunistas que aquejan a los afectados, se han realizado gran número de estudios clínicos que nos ayudan a entender cada vez mejor este padecimiento que ofrecen nuevas esperanzas de una mejor calidad y tiempo de vida para los afectados *(29)*.

En Nicaragua, la epidemia aún se encuentra en una etapa de bajo nivel, lo que brinda oportunidades importantes en el campo de la prevención y el tratamiento de las personas infectadas. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son las principales intervenciones en el campo de la atención integral a las personas que conviven con VIH/SIDA (PVVS) y requieren de la participación mancomunada de las PVVS, sus familiares, el personal de salud y la comunidad en general *(25)*.

La consejería y prueba serológica son componentes importantes en la gama de servicios de prevención y tratamiento del VIH. Ya que la visita para la consejería y prueba del VIH incluye una evaluación individual integral de riesgo, éstas ofrecen la mejor oportunidad para remitir al paciente a otros servicios más intensivos. Por otra parte, la consejería y prueba del VIH son una de las entradas a los servicios de prevención y a otros servicios. La consejería breve y enfocada en el paciente puede incrementar el uso de condones y evitar la propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) *(48)*.

Para poder controlar el SIDA es necesaria la participación de todos los sectores de la población. Se requiere que el sector salud, el sector educativo, los niños y niñas, jóvenes, familias, legisladores, medios de comunicación, organizaciones civiles y

personas afectadas por el VIH/SIDA se informen, se sensibilicen, se comprometan, unan esfuerzos y actúen; sólo así podremos vencer a esta terrible epidemia *(4)*.

La consejería es una metodología de prevención y apoyo para el VIH SIDA, según orienta la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es considerada como una relación confidencial, de aceptación, en la que un consejero utiliza sus conocimientos y competencias para ayudar a los pacientes a enfrentar situaciones, que abordarían menos adecuadamente sin su ayuda *(40)*.

En Nicaragua es un derecho, según promulgó la Legislación Nacional dentro del marco de la Ley 238, la promoción de consejerías antes y después de la realización de pruebas de VIH, pero no existen estudios que evalúen el impacto de realización de las mismas *(24)*.

III. ANTECEDENTES

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA en castellano y AIDS en inglés) es una enfermedad de transmisión mayormente sexual que, según una de las teorías más discutidas, se debe a una mutación o cambio en un virus propio de una especie de mono africano, que pasó a la sangre humana y allí se ha adaptado y reproducido. Se conocen casos, estudiados posteriormente, de personas africanas que se infectaron hace 40 o 50 años, cuando ni la enfermedad ni el virus estaban descritos con perfección *(10)*.

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), a finales de 1997 había 30,600,000 personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo; 11, 700,000 ya han fallecido de SIDA y se calcula que existen 8,200,000 huérfanos por esta enfermedad. Asimismo, se estima que un promedio de 16,000 personas por día se infectan con el virus, de los cuales 10% corresponde a menores de 15 años y 42% a mujeres. Más de dos terceras partes de todas las personas del mundo que están infectadas por VIH - unos 21 millones de hombres, mujeres y niños – viven en África al sur del desierto del Sahara, y el 83% de las defunciones por SIDA en el mundo se producen en esa región *(38)*.

Para América Latina se estimó en el mismo año, que 2 millones de personas viven con el VIH, de las cuales 95 mil fallecieron a causa del SIDA. La epidemia es especialmente grave para la población más joven. Las mujeres representan el 36 por ciento de los 1,7 millones de personas adultas que viven con el VIH en la región *(40)*.

En la última década el SIDA se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes de la región, especialmente en el Caribe. La epidemia en la región centroamericana es generalizada en Guatemala, Honduras y Panamá, es concentrada en el Salvador y Costa Rica y baja en Belice y Nicaragua. Los sistemas de vigilancia epidemiológica en Centroamérica, aunque sean de notificación obligatoria, tienen un sub-registro de casos que se estima entre un 20 – 60%, lo cual se nota entre los casos reportados y los casos estimados *(37)*.

Según la Organización Internacional para Migraciones el estimado de PVVS es en Belice de 4.000, en Costa Rica de 20.000, en El Salvador de 25.000, en Honduras de 75.606, en Guatemala de 66.000, en Nicaragua de 5.000 y en Panamá de 22.000 *(25)*.

Sin embargo, dichas estadísticas no revelan el verdadero impacto de esta epidemia mundial; el SIDA ha sido la causa de que resurjan problemas de salud que se pensaban ya controlados, como la tuberculosis; ha sido la causa de que en tan solo cinco años se perdiesen los esfuerzos que llevaron más de 30 años para reducir la mortalidad infantil en el continente Africano mediante inmunizaciones, programas de atención, lactancia, etc. *(14).*

La epidemia mundial de SIDA continúa creciendo y existen indicios preocupantes de que en algunos países que hasta fechas recientes tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso éstas vuelven a aumentar. Sin embargo, también se observan descensos en las tasas de infección en algunos países, así como tendencias positivas en el comportamiento sexual de los jóvenes *(30).*

Al termino del 2006 vivían con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas, se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (65%) correspondieron a África subsahariana y hubo importantes aumentos en Europa oriental y Asia central, donde se observan algunos indicios de que las tasas de infección han crecido en más del 50% desde 2004 *(25).*

De acuerdo con los datos más recientes en la Situación de la epidemia de SIDA 2007 del ONUSIDA/OMS, se estima que actualmente viven con el VIH alrededor de 33,2 millones de personas. En 2007 se produjeron 2,5 millones de nuevas infecciones, de las cuales 1,7 millones correspondieron a África. En 2007, 2,1 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA *(50).*

La realidad es que cualquier persona, independientemente de su orientación sexual, nivel socioeconómico o nivel de escolaridad puede adquirir la infección por el VIH si realiza cualquiera de las prácticas de riesgo o se expone a situaciones de riesgo *(50,26).*

Hasta ahora los esfuerzos en el área de la prevención del SIDA demuestran que la información y la educación son piedras angulares, pero claramente no son suficientes. A ellos deben agregarse como elementos indispensables sistemas de salud, respaldo y ambiente social de apoyo, a fin de implantar programas eficaces de salud pública *(39).*

La consejería surge en el mundo basado en un marco educativo y social hace más de 60 años, y es desde entonces al consejero se le denomina a aquél que se dedica a la asesoría, orientación o consultoría, también es vista como una profesión de ayuda, donde se crea un espacio de trabajo sobre la problemática humana facilitando a las

personas desarrollo hacia un bienestar y toma de conciencia de los problemas a los que se enfrenta en su vida cotidiana *(19)*.

Este conjunto de prácticas surge en Estados Unidos, en el contexto de la crisis social norteamericana de principios del siglo XX; se desarrolla de manera importante en Europa. Su nacimiento y desarrollo se alimenta de movimientos sociales, de vertientes teóricas y técnicas tales como la psicometría, la salud mental, la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers, entre muchas otras. La práctica de la consejería se va modificando, evolucionando a lo largo de todo el siglo XX de acuerdo a contextos políticos, sociales y legales, a las temáticas que se va aplicando, a los diversos enfoques de grupos sociales y profesionales interesados en desarrollarla. Por otro lado, se vincula de manera significativa con los derechos cívicos, la democratización de la sociedad, la autodeterminación de los pueblos, la desmitificación de la medicina y la desmedicalización de la salud *(54)*.

Existen principios éticos que deben orientar las acciones de consejería y prueba de VIH que responden a las Declaraciones Universales de los Derechos Humanos, Tratados y Convenios Internacionales ratificados por nuestro país *(22, 24)*.

Desde 1991, se han elaborado diversas propuestas preventivas con una visión amplia y adecuada a las implicancias socioculturales que tiene dicha epidemia en nuestra sociedad. Es posible que para la opinión pública la imagen de la prevención del SIDA se asocie principalmente a las campañas, sin embargo, ellas son sólo una parte de la propuesta política general de prevención que ha elaborado la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA) *(27)*.

De esta manera, la prevención se ha abordado desde distintos niveles de intervención comunicacional, de acuerdo a los objetivos que los mensajes tengan y los públicos a los que se pretende acceder. Los niveles que se han determinado son: a) Nivel social, a través de las campañas nacionales de prevención y el trabajo con comunicadores sociales de los medios y del sistema nacional de salud; b) Nivel grupal, con propuestas de educación y capacitación focalizada dirigida a grupos sociales específicos y c) Nivel individual, a través de la consejería pre y pos test *(8)*.

Las Directrices Internacionales de Organizaciones de Naciones Unidas ante el SIDA (ONUSIDA) en 1998 establecen que: "los Estados deberán promulgar... leyes que protegen contra la discriminación.....velar por el respeto a la vida privada, la confidencialidad..." "Asimismo los años de experiencia en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos constituyen un factor esencial para prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

La promoción y protección de los derechos humanos son necesarios tanto para la protección de la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA como para el logro de los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección VIH, paliar los efectos negativos del VIH/SIDA en los afectados y dotar de medios a las personas para responder a la epidemia....". Es así que "El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental comprende, entre otras cosas, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad....". También "El derecho a la intimidad de la vida privada comprende obligaciones relativas a la intimidad física, en particular la obligación de pedir el consentimiento informado, fundado para las pruebas de VIH y la intimidad de información, en particular la necesidad de respetar la confidencialidad de todo lo relativo a su situación respecto del VIH" (El VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Directrices Internacionales Naciones Unidas 1996) *(38)*.

En 1999 en la 124.a Sesión del Comité Ejecutivo Organización Panamericana de la Salud resolvió como una de las recomendaciones a los países de la región a que se mantengan los logros alcanzados en el último decenio en cuanto a la prevención de la transmisión hematógena del VIH y otros agentes patógenos mediante el adiestramiento constante del personal sanitario, una información y educación más amplia del público, la aplicación de la garantía de la calidad en los laboratorios y bancos de sangre *(43)*.

Ese mismo año el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) anunció una iniciativa para expandir las Consejerías y Pruebas (C&P) en EE.UU. Su plan estratégico del año 2005 pretende reducir en un 50% el número de personas que ignoran su condición de VIH. Si se cumple esta meta para el año 2010, se calcula que se prevendrán unas 130,000 nuevas infecciones de VIH, ahorrándose así más de $18 mil millones de dólares *(17)*.

En Costa de Marfil, por ejemplo, el programa nacional de control de la tuberculosis (PNT) desarrolló y puso en práctica un programa gratuito, voluntario y confidencial de orientación y de pruebas de detección del VIH para todos los pacientes con tuberculosis de diagnóstico reciente, el cual proporciona datos continuos de serovigilancia. La aceptación de la prueba es buena, con un 92% de consentimiento por parte de las personas aconsejadas; si bien la cobertura del país sigue siendo incompleta, se han alcanzado conclusiones epidemiológicas valiosas a partir de estos datos *(42)*.

En la actualidad, existen diversas perspectivas y enfoques para ejercer la consejería, que se diferencian a partir de sus fundamentos teóricos, la concepción de ser humano subyacente, los objetivos y técnicas, la forma de comprender el vínculo de ayuda a los campos de aplicación posibles. Las cuatro grandes corrientes, según Tourette-Turgis, son el enfoque cognitivo-conductual; la corriente psicoanalítica; la consejería existencialista y la consejería centrada en la persona *(20).*

Es importante que toda la sociedad esté informada con los conocimientos necesarios sobre este problema de salud, ya que cada vez será más factible el conocer o atender a alguien cercano que vive con el VIH/SIDA. El SIDA es una enfermedad nueva, compleja que se encuentra íntimamente relacionada a la sexualidad de los seres humanos, por lo cual se ha asociado a prejuicios, mitos, falta de información y miedos infundados por diversos sectores de la sociedad. Lo anterior ha dado lugar a violaciones de derechos humanos y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA favoreciendo el ocultamiento y la clandestinidad de las personas afectadas *(21).*

En Nicaragua, el Ministerio de Salud Publica (MINSA) tiene registrados cuantitativamente las consejerías por unidad de salud, pero que no se ha realizado los análisis que permitan una evaluación del impacto que producen en la captación de nuevos pacientes con VIH (32).

Los datos epidemiológicos de VIH/SIDA en Nicaragua al 2007 revelan un total de 3.111 casos, donde 1.942 son portadores del VIH, casos SIDA 409, fallecidos 677 y pacientes datos incompletos 83 (34).

Datos comparativos revelan que en el año 2006 se reportaron 419 PVVS con una tasa de incidencia de 7,6 por 100.000 habitantes. En el año 2007 se reportaron 661 PVVS con una tasa de incidencia: 11,8 por 100.000 habitantes y una tasa de Prevalencia 2007: 4,3 por 10.000 habitantes. De estos 661 PVVS del sexo masculinos son 403 casos y del femeninos 222 casos (34).

En el año 2007 la distribución por condición reflejó que 499 eran portadores, 81 Casos SIDA, 45 fallecidos y 36 desconocidos. Los casos nuevos en mujeres embarazadas captadas al finalizar el 2007 fueron 31. Los PVVS captados con coinfección VIH/TB correspondieron a 13. La Distribución según mecanismo de transmisión reflejó por Vía sexual 593 (HT: 525, HSH: 68) y por transmisión madre-hijo 32 *(34).*

Aunque la epidemia del VIH en Nicaragua se ha mantenido con bajos niveles de prevalencia en la población general, en los últimos años se ha producido un aumento acelerado de la incidencia (34). Por tanto podemos esperar que en los años venideros esta tendencia se mantenga. Esto obedece principalmente al mejoramiento del registro de realización de las pruebas de VIH, estímulo realizado por el fortalecimiento en las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) impulsadas por el MINSA.

El sistema de información gerencial implementado por el INSS con el apoyo del Proyecto Fondo Mundial relaciona diferentes componentes promocionales, preventivos y de tratamiento sobre el VIH/SIDA tomando de referencia las normas, técnicas y procedimientos definidos por el MINSA.

IV. JUSTIFICACIÓN

La implementación de la consejería forma parte de las estrategias propuestas por el área de Prevención de la Comisión Nacional del SIDA de Nicaragua (CONISIDA). Se inserta en las acciones del nivel individual, bajo el objetivo de apoyar la gestión del riesgo, entregando información y orientación personalizada a los pacientes. Uno de los elementos fundamentales con respecto a este tema, radica en que las estrategias de prevención desarrollan acciones simultáneas en los 3 niveles (individual, grupal-comunitario y masivo) para potenciar sus efectos y permitir el logro de sus objetivos. De esta forma la consejería como actividad del nivel individual permite acoger las demandas de prevención personalizadas que surgen en forma espontánea en el contexto de las acciones desarrolladas en los niveles grupal/comunitario y masivos.

En la distribución de PVVS del año 2007 el departamento de Managua ocupa el primer lugar de prevalencia con una tasa de 8.9/10,000 habitantes y el segundo lugar de incidencia con una tasa de 21.6/ 100,00 habitantes a nivel nacional.

El siguiente trabajo tiene como finalidad de evaluar como las consejerías estimulan a los derechohabientes a realizarse las pruebas serológicas para VIH y propician la detección oportuna de nuevos casos VIH en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) de Managua durante el año 2007, demostrando ser una de las herramientas más útiles en el Sistema de Vigilancia de II Generación para generar la información que pueda servir más para reducir el avance del VIH y proveer atención a las personas afectadas.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es un problema real de salud pública para todos los países del mundo en especial la mayoría de los que pertenecen al mundo en desarrollo. Aunque los avances científicos son enormes aun no se tiene cura para esta enfermedad. La importancia de controlar la epidemia se fundamenta en la prevención y control de la infección por VIH, a través del apoyo a las personas afectadas (o en riesgo de estarlo) por medio de la consejería y realización de la prueba (42).

Por tal motivo, considerando que los derechohabientes constituyen una población sustancial en nuestro país, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo se evalúa la realización de consejerías sobre VIH en los derechohabientes que visitaron las IPSS de Managua durante el año 2007 que permiten promocionar e incitar la realización de pruebas VIH y captación de nuevos casos VIH?

VI. OBJETIVOS

1. Objetivo general:

Evaluar el impacto de las consejerías en los derechohabientes captados para realizarse las pruebas de VIH en las IPSS de Managua durante el año 2007.

BIBLIOTECA CENTRAL UNAN

2. Objetivos específicos:

1) Conocer las características sociodemográficas de los pacientes que recibieron consejerías y pruebas de detección de VIH por IPSS de Managua y por mes durante el año 2007.
2) Evaluar las consejerías realizadas para captar nuevos pacientes VIH positivo en las IPSS de Managua durante el año 2007.
3) Conocer el resultado de las pruebas VIH por IPSS de Managua y por mes durante el año 2007.

VII. MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS LEGALES EN NICARAGUA

La Constitución Política de la República de Nicaragua en el capítulo III de Derechos Sociales, Art. 59, establece que los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud, el estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma *(27)*.

En el capítulo I, Economía Nacional, Art. 105, se establece que es obligación del estado promover, facilitar y regular la prestación de los servicios públicos básicos a la población y derecho inalienable de la misma el acceso a ellos *(27)*.

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. Se delega la responsabilidad al Ministerio de Salud de dictar las normas técnicas para la prevención y control de enfermedades, realizando acciones de salud entendidas en el Título III, Capítulo I, Artículos 12, 13, 28, 30 y 31. Al igual que establece en el Capítulo I del Título II, en el Art. 7, que es un derecho del usuario recibir atención médica oportuna, con calidad y calidez, así como la terapia con medicamentos esenciales, en las condiciones establecidas para cada uno de los regímenes. En el Capítulo IV del título X, Art. 202 al 209, señala las prerrogativas que en materia de las Enfermedades Transmisibles, es de carácter obligatorio, deben promoverse y dirigirse desde los prestadores de servicios de salud en pro del beneficio de la población en general, la familia y el ciudadano *(27)*.

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 *(27)*.

A. Las Metas del Milenio:

Nicaragua establece como uno de sus compromisos: combatir el SIDA, la Malaria y otras enfermedades. Además, detener la propagación del SIDA y revertir su efecto con la participación multisectorial e interdisciplinaria para el año 2015 *(30)*.

B. La Política Nacional de Salud 2004-2015:

Establece en una de sus políticas el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud en el área de intervención-prevención de la salud, además instituye como estrategia la prevención y control del daño de enfermedades transmisibles y no transmisibles como el VIH/SIDA, con participación multisectorial *(30)*.

C. El Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS/VIH/SIDA 2006-2010:

En él se incluyen estrategias ampliamente concertadas entre instituciones del estado y la sociedad civil, en las cuales se detallan la atención integral de las personas viviendo con el VIH/SIDA, la prevención y atención de las infecciones de transmisión vertical y el fortalecimiento de la estrategia de intervención en la comunidad, entre otras *(30)*.

D. La Ley 238 y su Reglamento:

El gobierno de Nicaragua y el Ministerio de Salud, preocupado por el incremento de las personas que conviven con VIH-SIDA y por la discriminación que son víctimas por parte de la sociedad creo la ley 238 "Ley de protección, promoción y defensa de los derechos humanos ante el SIDA", la cual fue publicada en el diario oficial la Gaceta numero 232, del día viernes 6 de diciembre de 1996. 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) *(27)*.

El Artículo 7 dicta que los laboratorios clínicos o epidemiológicos que practiquen exámenes de detección del VIH/SIDA, deberán obligatoriamente brindar consejería a la persona interesada antes de la prueba y posteriormente a la hora de comunicar sus resultados, de conformidad con las normas de consejería que dicte el Ministerio de Salud *(24)*.

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 las legislaciones nacionales de algunos países, donde se penaliza las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo *(14,45)*.

Con respecto a la prevención en el capitulo numero III, arto.17, las autoridades sanitarias mantendrán información sobre la incidencia, prevalencia del VIH-SIDA,

garantizando el anonimato, tendrán acceso a dicha información las instituciones y organismos dedicados a la promoción y atención de salud que lo soliciten público o privado, en el arto. 16, del mismo capítulo se expone que es obligación del estado o de las empresas privadas adoptar medidas, normas universales y medios de bioseguridad para prevenir la infección por VIH, del personal de la salud que laboran en ellas *(24).*

2. CONCEPTOS

El SIDA es un síndrome clínico grave identificado en 1981, que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario que posibilita la invasión de múltiples infecciones oportunistas por bacterias, hongos y virus. Es la etapa final de una infección causada por un virus que tiene una duración de varios años; por lo que en la actualidad se considera que es una infección crónica. La palabra SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos *(10, 18,51).*

El virus que causa el SIDA es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que se conoce con las siglas de VIH o HIV. El VIH es un virus lento, que tarda varios años en provocar manifestaciones y tiene predilección por atacar las células del sistema de defensa de los seres humanos. El VIH sólo ataca a los seres humanos y actualmente no existe ninguna duda de que sea el agente causal del SIDA. Representa el estadío final de infección por VIH *(11).*

La velocidad con que desarrolla el SIDA en una persona infectada por el VIH depende de manera importante del nivel de carga viral. Las tasas de progresión de pacientes son similares de acuerdo a sexo, raza y factor de riesgo cuando se ajustan a la misma calidad de atención. Se han observado tres categorías de pacientes *(2,12)*:

a. Progresores normales (70 a 80%) aquellos pacientes que en ausencia de tratamiento tardan en promedio 10 años en desarrollar SIDA.

b. Progresores rápidos (15 a 20%) aquellos que desarrollan SIDA en promedio en 2.5 años. El tiempo más corto que se ha observado para el desarrollo de SIDA ha sido de 28 semanas a partir del momento de la infección.

c. Progresores lentos o no progresores (7 al 12%) aquellos que tardan más de 10 años en desarrollar SIDA.

La progresión de la infección VIH in vivo se divide en tres etapas *(10,2)*:

- La etapa aguda corresponde a la etapa de la primoinfección, es independiente del mecanismo de transmisión. El individuo pude permanecer asintomático o presentar síntomas difusos, pero prolongados (más de dos semanas) y puede presentarse fiebre, letargia, astenia, faringitis, diarrea, entre otros. síntomas se pueden confundir con otras enfermedades y la persona puede no sospechar que esté infectada con el VIH. Estos síntomas se pueden confundir con otras enfermedades y la persona puede no sospechar que esté infectada con el VIH.

- La etapa asintomática o de latencia corresponde a la etapa que aunque existe actividad viral constante, no se producen manifestaciones clínicas de la infección; por lo que la mayoría de las personas no se dan cuenta que se encuentran infectadas. A las personas que se encuentran en esta etapa se les conoce como portadores asintomáticos y es una etapa de latencia clínica. La única manera de saber que se encuentran infectados es a través de una prueba de laboratorio que detecta los anticuerpos que existen en la sangre contra el virus y se vuelve positiva a los 2-3 meses después de que sucedió la infección. Es importante señalar que una persona asintomática puede transmitir el virus aunque no tenga manifestaciones de la enfermedad.

- La etapa crítica o SIDA corresponde a la etapa donde clínicamente aparece una gran alteración del estado general del paciente, infecciones oportunistas y trastornos neurológicos.

3. CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DEL VIH

Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y es el responsable de la mayoría de los casos de SIDA en el mundo. El VIH-2 se identificó por primera vez en 1986 en pacientes de África Oriental en donde estuvo confinado varios años, sin embargo se han reportado algunos casos de infección por VIH-2 en Europa, América del Sur, Canadá y Estados Unidos. Existen algunas diferencias moleculares entre las cepas VIH 1 y 2; desde el punto de vista clínico lo más relevantes son la menor eficiencia de transmisión del VIH-2 y su mayor período de latencia antes del desarrollo del cuadro clínico de SIDA *(6,18)*.

El VIH pertenece a la familia Retroviridae, subfamilia *Orthoretrovirinae* y del género ***Lentivirus*** *(6)*.

Estructura genómica del VIH

Todos los virus solo tienen un tipo de ácido nucleico como material genético, el VIH contiene ácido ribonucleico (ARN), es un ARN virus. El VIH es un virus exclusivo del ser humano y tiene especial predilección por células del sistema inmune llamadas linfocitos CD4+, cuya principal función es defendernos de otros gérmenes *(9,10).*

La morfología que más se ha estudiado es la del VIH-1. Este virus mide 100 nanómetros de diámetro en promedio (0.1 Micra) por lo que sólo puede observarse a través de un microscopio electrónico. El VIH es un virus que presenta una estructura esférica con numerosas espículas formadas por las dos proteínas principales de la cubierta viral, la gp 110/120 o glicoproteína externa y la gp 41 o glicoproteína transmembranal. Sus principales componentes son: una envoltura externa, una capa de proteínas interna y una nucleocápside *(18,52).* **(Ver Figura 1)**

4. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares), la sexual (bien sea homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después).

Con menor frecuencia se han descrito casos de transmisión del VIH en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa), y en otras circunstancias en donde se puedan poner en contacto, a través de diversos fluidos corporales (sangre, semen u otros), una persona infectada y otra sana; pero la importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico *(6,23).*

Se puede resumir en cinco mecanismos de contagio:

1º por relaciones sexuales
2º por la relación materno-filial durante el embarazo
3º por medio de transfusiones de sangre y derivados
4º por medio de transmisión parenteral (jeringuillas y material de inyección)
5º por medio de transplante de órganos.

1) Transmisión sexual.

Las personas se pueden infectar con el HIV si tienen sexo vaginal, anal y sexo oral con una persona infectada cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El virus se encuentra en el semen y en las secreciones vaginales de una persona que está infectada y entra al cuerpo a través de laceraciones o pequeñas lesiones en el recto o vagina durante la actividad sexual *(53)*.

La transmisión sexual es la responsable de más del 80% de los casos en todo el mundo. Por esta vía puede haber transmisión de mujer a hombre, hombre a mujer, hombre a hombre y excepcionalmente de mujer a mujer *(53)*.

El riesgo es mayor en las relaciones hombre-hombre (homosexuales), debido a que durante el coito rectal existen frecuentes laceraciones de la mucosa. En el caso contrario, la vagina es una estructura muscular cubierta por un epitelio más resistente que no es frecuente que se lesione durante el coito *(2,53)*.

Sin embargo, en una relación sexual hombre-mujer (heterosexual), la mujer tiene 2-4 más posibilidades de infectarse que un hombre, debido a su mayor vulnerabilidad biológica. Asimismo, existe una serie de cofactores que aumentan el riesgo de infección, como son: la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, el uso de anticonceptivos hormonales, de secantes vaginales o la presencia de menstruación durante la relación sexual. Ha existido algo de discusión sobre si el sexo oral es capaz de transmitir el VIH; sin embargo, hoy en día se acepta que esta es una posible, si bien poco frecuente, forma de contagio *(7,10)*.

2) Transmisión de madre a hijo.

Alrededor de un cuarto a un tercio de las mujeres embarazadas infectadas con el virus del SIDA lo transmiten a sus bebés .Actualmente existe suficiente evidencia para afirmar que el niño puede infectarse durante el embarazo, a la hora del parto o a través de la leche materna. Esta categoría de transmisión representa más del 90% de todos los casos de menores de 15 años a nivel mundial *(12)*.

La posibilidad de que una madre infecte a su hijo por este mecanismo se estima en países industrializados del 13% al 32% y en países en vías de desarrollo del 25% al 48%. Recientemente se ha demostrado además que la leche materna infectada es capaz de transmitir la infección al lactante *(12)*.

3) Transfusiones de sangre y derivados, transmisión parenteral (jeringuillas y material de inyección) y transplante de órganos

En algunos casos, el virus puede transmitirse a través de la sangre y productos de sangre que se recibe por transfusiones de sangre. Sin embargo, actualmente el riesgo de adquirir el virus del SIDA o VIH a través de una transfusión es extremadamente bajo ya que la sangre es probada para ver si está infectada con el virus antes de transfundirla *(7)*.

El VIH puede ser transmitido a través de la sangre y sus derivados, siempre y cuando estos se hayan obtenido de una persona portadora del VIH *(5)*.

Cuando se transfunde un paquete de sangre contaminada, el riesgo de adquirir la infección es del 70 al 90%. La manera más eficiente de transmisión del VIH es mediante la transfusión de sangre (o hemoderivados) y de órganos infectados transplantados (riñón, hígado, corazón y médula ósea). Más del 95 por ciento de las personas que se han expuesto al VIH por alguno de estos mecanismos han adquirido la infección *(15,52)*.

El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección. Sin embargo, si ésta no es una opción, se recomienda utilizar cloro para esterilizar las jeringas y agujas y prevenir la transmisión del VIH *(7)*.

Las agujas contaminadas con sangre infectada por VIH, también constituyen un mecanismo de transmisión de mayor importancia entre los drogadictos intravenosos que comparten agujas. Sin embargo, no es frecuente en nuestro país. También puede transmitirse al personal de salud que sufra un piquete accidental con agujas, pero en estos casos la posibilidad de desarrollar la infección es menor del 0.5%. No existen evidencias de que el virus se transmita por insectos como los mosquitos o las chinches *(16)*.

La transmisión del HIV de pacientes infectados a médicos o enfermeras es baja. El riesgo es aproximadamente 3 en 1,000 *(7)*.Existe evidencia contundente de que no ocurre transmisión del VIH por contacto casual. Esta se deriva de un gran número de estudios epidemiológicos que en conjunto incluyen a miles de personas. Por ello afirmamos que el VIH no se transmite por saliva o lágrimas (a pesar de que se ha podido aislar el virus de estas secreciones) ni por el contacto de la convivencia no sexual que ocurre al compartir utensilios de comida, baños o a través de besos y caricias mutuas. *(3, 7,16)*.

5. PREVENCIÓN DEL VIH Y CONSEJERÍAS

La consulta sobre una ITS ofrece al prestador de salud la oportunidad de analizar y explorar, junto con el paciente en forma individual, los factores de riesgo para VIH/ITS y otros temas relacionados con la prevención y el tratamiento. Generalmente, la consejería consiste en brindar información sobre las ITS y su prevención, el uso del condón y la notificación a la pareja. Se trata de educar al paciente para la prevención, y es una parte esencial de la consulta por una ITS *(46)*.

Sin embargo, proporcionar información por lo general no basta para que los pacientes evalúen en forma adecuada su propio riesgo de infección, enfrenten los desafíos de notificar su estado a su o sus parejas, prevengan infecciones futuras, o superen las complicaciones de las ITS. Durante la consulta por una ITS pueden surgir situaciones que provoquen reacciones emocionales en el paciente. Por lo tanto, además de instrucción, es necesario brindar consejería *(3)*.

En muchos países en vías de desarrollo, donde los recursos de salud son escasos, no siempre se dispone de servicios de consejería. Sin embargo, se admite que algunas de las cualidades necesarias para la consejería —la compasión, la sensibilidad y la capacidad de comunicación— son cualidades que muchos prestadores de salud ya poseen y utilizan diariamente en la interacción con los pacientes. Aun en ausencia de una capacitación formal sobre consejería, se debe alentar a los prestadores de salud a invitar a sus pacientes al diálogo sobre las ITS para analizar la evaluación del riesgo y las opciones personales de comportamiento, e identificar a quienes necesiten mayor apoyo emocional cuando se cuente con este recurso *(26,33)*.

Generalidades de la Consejería

1) Introducción

La palabra *consejería* corresponde a una traducción de *counselling*, que se utiliza para designar un conjunto de prácticas tan variadas como las que consisten en orientar, ayudar, informar, apoyar y tratar. La traducción de *counselling* a *consejería* no es afortunada en la medida que transmite fuertemente la idea de "dar consejos", aspecto que, desde los principios fundamentales de esta práctica, no forma parte de este quehacer. De hecho, el dar consejos alude a una relación más bien vertical en la cual el consejero tiene el conocimiento y el poder para dar indicaciones a otro sobre su vida, situación que se contrapone con la lógica horizontal del vínculo propio de esta práctica *(55)*.

La consejería ha sido utilizada como un recurso que favorece la prevención, que está encaminada a la detección oportuna del VIH y otras ITS, así como al apoyo de las personas que viven con VIH/SIDA *(33)*.

La complejidad del VIH/SIDA e ITS requiere de estrategias específicas para abordarse tanto en los temas de sexualidad, como en las medidas de protección y autocuidado; principalmente en las poblaciones con prácticas de riesgo y de mayor vulnerabilidad, por lo que la consejería juega un papel importante en la educación, prevención y cambio de hábitos *(56)*.

Para reducir el número de personas que se infectan por el VIH/SIDA y otras ITS, se requiere incrementar el uso adecuado de medidas preventivas, donde la consejería contribuye a que la persona tome decisiones para resolver problemas y mejore su calidad de vida *(55)*.

2) Concepto

Se define a la consejería como un proceso confidencial interactivo en el que el prestador de salud ayuda al paciente a reflexionar sobre temas relacionados con las ITS y a analizar las posibles vías de acción. Muchas veces, es necesario desarrollar facultades y adoptar conductas diferentes. Para ello, es probable que se realicen múltiples visitas. Los prestadores de salud responsables de la consejería deben dedicar más tiempo que si utilizaran medios tradicionales para aportar información, y, además, deben tener más empatía y comprensión sobre la situación social y económica del paciente, poseer la facultad de superar sus propias actitudes y abstenerse de emitir juicios *(28,33)*.

También la podemos definir como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Este proceso precisa habilidades de comunicación que van dirigidas a facilitar que los pacientes afronten las situaciones que se les presenten; puedan tomar decisiones y trabajar en la resolución de problemas. Estas habilidades, por muy buenas que sean, no funcionan si no se fundamentan en tres actitudes básicas *(1)*:

- Aceptación incondicional de la persona (lo que no significa aprobación necesaria de sus ideas o conductas).
- Congruencia entre lo que se piensa, siente y expresa. (Atención a las formas de expresión no verbal).
- Empatía.

A través de la Consejería podremos comprender mejor la situación de su vida y ayudarle a que encuentre alternativas de cambio cognitivas, actitudinales y conductuales en pro de su beneficio físico y psicológico. En el caso de VIH/SIDA aglomera actividades para prepara a la persona con relación a sus conocimientos, prácticas y conductas de riesgo (sexuales, perinatales y sanguíneas) y de protección, antes y después de la realización de pruebas diagnósticas *(58).*

La esencia de la consejería es ser un proceso de acompañamiento y apoyo para la toma de decisiones informada, que conduzca a la reducción del riesgo de infección y a la movilización del apoyo social necesario para implementarla. Una de las metas es la reducción del sufrimiento psicológico, la prevención de la transmisión (primaria y secundaria), la mejora o mantenimiento de la calidad de vida, la adherencia a tratamientos y el aumento del apoyo familiar y social que minimice la necesidad de hospitalización y otros cuidados institucionalizados *(22).*

La consejería está siendo utilizada como una eficaz herramienta de prevención. Se trata de una intervención personalizada que incluye una evaluación individual donde se analiza la posibilidad del riesgo de infección y se incide también en el cambio paulatino de conductas como el uso del condón *(58).*

La importancia de una prueba no se limita a conocer los resultados, sino a las estrategias previas y posteriores a seguir, lo cual no ofrece una prueba casera.

3) Objetivos de la Consejería *(28)*

- Brindar información sobre la Prueba del VIH y lo que implica.
  - Dar a conocer medios de Transmisión y Prevención de las ITS/VIH/SIDA
  - Dar la posibilidad al derechohabiente de hacer preguntas o expresar sus dudas.
  - Brindar apoyo emocional.
  - Ayudar a elaborar un plan personal de protección ante su comportamiento sexual.

4) Funciones Generales de la consejería para el VIH/SIDA.

La infección por VIH y el SIDA ameritan los procesos de consejerías quizás más que otras patologías porque *(1)*:

- Un diagnóstico reactivo para el VIH puede crear presiones y ansiedades enormes que pueden demorar el cambio constructivo o empeorar la

enfermedad, especialmente en vista del temor, la incomprensión y la falta de solidaridad tanto de la pareja y los familiares como de algunos miembros del equipo de salud.

- Una persona que vive con VIH o con el SIDA puede mejorar su condición si, teniendo acceso a medicamentos antirretrovirales y profilácticos, hace un uso adecuado de ellos.
- Una persona puede evitar adquirir el VIH o transmitirlos a otro al modificar los comportamientos que impliquen riesgo para sí y para otros; se le pude apoyar para que conozca sus derechos y obligaciones y adquiera un compromiso ético ante la propagación de la epidemia.
- La infección por VIH es de curso lento por su enfermedad crónica tratable; la percepción sobre la muerte se hace inminente en el momento de recibir un diagnóstico reactivo, más aún si la persona no conoce sobre posibilidades de tratamiento o no posee una información adecuada sobre la enfermedad.

La labor de la consejería debe basarse en una filosofía formativa en la que la enseñanza sea una actitud permanente del consejero y de interés para la persona que consulta. En consecuencia, se deben considerar los siguientes niveles de prevención para que la consejería se cumpla *(44)*:

a) Prevención Primaria – la labor de la consejería debe dirigirse a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS. Para llevar a cabo esta función se debe tomar en cuenta la percepción del riesgo, la valoración de la vulnerabilidad y comprender que significa para el paciente ser portador de ITS o VIH, así mismo, que el paciente asuma las consecuencias que se derivan de un comportamiento inadecuado. Por tanto se dirige la actividad a poblaciones de riesgo (por actividad sexual promiscua, por uso inadecuado de cortopunzantes parenterales y poblaciones vulnerables como mujeres y jóvenes).

b) Prevención Secundaria – la labor de la consejería debe dirigirse a personas consideradas muy probables a infectarse o ya infectadas con VIH o cualquier ITS. La consejería se extiende a evaluar las consecuencias de la infección, evaluando la forma de evitar la transmisión mediante el compromiso del paciente de asumir conductas de riesgo que minimicen el riesgo.

c) Prevención Terciaria – la labor de la consejería es de carácter social, debe dirigirse a las personas portadoras del VIH para que no abandonen su trabajo, sus estudios, sus actividades recreativas, para que perpetúen o

mejoren sus vínculos afectivos y emocionales. En la fase terminal del SIDA se deben facilitar a las personas afectadas

5) Contexto para realizar la Consejería *(28, 43)*

En el campo de la orientación y de la consejería, podemos definir a la *entrevista* como el proceso en el que una persona solicita información a otra para obtener datos sobre un asunto o situación determinada. Reforzar comportamientos sobre relaciones sexuales más seguras teniendo en cuenta que:

- Lo más importante es que utilices siempre un preservativo en forma correcta en cada relación con penetración, porque:
    a. Te evitas la transmisión del VIH.
    b. Evitas otras infecciones de transmisión sexual.
- Realizas prácticas sexuales de menor riesgo que te permiten dar y obtener placer sin penetración: fantasías, juegos eróticos, masturbación mutua, etc.
- Disminuye el número de parejas sexuales; la exposición al virus y el riesgo de transmisión de la infección serán menores.
- Recuerda que ni la ducha vaginal, ni los anticonceptivos, ni el diafragma, ni los espermicidas protegen de la transmisión por el VIH.
- Si quieres evitar un embarazo, el preservativo puede ser un buen método aunque no es el único. Sin embargo, el preservativo es la mejor barrera para evitar la transmisión del VIH.

Es importante el conocimiento previo sobre las prácticas sexuales del paciente para llegar a modificar sus comportamientos de riesgo. Es importante escuchar al paciente para poder eliminar creencias erróneas sobre prácticas de riesgo y para intentar que decida "lo que tiene que hacer". Es más efectivo discutir alternativas sobre relaciones sexuales más seguras que dar una lista de prohibiciones. Por ejemplo: "las prácticas que me cuentas (coito vaginal con pareja estable sin preservativo, o coito anal ocasional) tienen un riesgo de contagio porque... (Explicar que la mucosa rectal tiene mayor absorción). ¿Se te ocurre alguna manera de poder reducir el riesgo?" *(50)*

Por tanto es importante señalar algunas conductas y factores de riesgo para la transmisión de las ITS que el paciente debe conocer *(28)*:

- El tener muchas parejas sexuales.
- Practicar actividades sexuales riesgosas como el sexo anal, vaginal u oral entre otros, sin protección o sin condón.

- Tener relaciones sexuales cuando se tiene otras enfermedades de transmisión sexual.
- Compartir agujas y jeringas para usar drogas intravenosas.
- Recibir transfusiones de sangre y hemoderivados que no se han examinado.
- Uso de alcohol u otras drogas que disminuyen o eliminan la capacidad de autocontrol y decisión y pueden propiciar conductas o comportamientos de riesgo.
- Falta de educación sobre el tema de las ITS y sobre el ejercicio de la sexualidad ordenada, sana y responsable.
- Presencia de una ITS en una mujer embarazada.
- Persona asintomática, es decir, persona con una ITS pero que no manifiesta problemas de salud por dicha ITS.
- El no tener habilidades y destrezas en la persona para rechazar presiones o comportamientos de riesgo.
- El "sentimiento de invulnerabilidad" en la persona que le hace creer y actuar como si el problema de las ITS no le compete.
- La influencia de personas sociales o del grupo hacia conductas de riesgo.
- El no reconocimiento de los síntomas y signos tempranos de las ITS.
- Desinterés o desconocimiento de orientación sobre prácticas sexuales responsables.
- La no atención a los contactos sexuales o parejas de las personas con una ITS.
- Interrumpir o ingerir incorrectamente el tratamiento indicado por el médico para la cura o atención de algunas ITS.
- Desinterés, temor o vergüenza de asistir a las unidades de salud.
- Automedicarse o auto recetarse medicamentos.

Presupone la existencia de dos personas y la posibilidad de interacción verbal, en donde puede contarse con una guía o serie de preguntas para orientar la entrevista hasta la conversación libre. En ambos casos, la finalidad o propósito de esto será ayudar en la toma de decisiones libres y voluntarias por parte de los pacientes *(22)*.

A este respecto, cabe mencionar que existen distintos tipos de entrevista, pero debido a la labor propia del orientador en consejería, consideramos sólo las siguientes: *(8,28)*.

- Entrevista estructurada: Se denomina así, cuando el entrevistador conduce la entrevista de modo tal que predetermina las posibles opciones que el entrevistado tiene. Para esta modalidad es necesario contar con una guía, que puede contener preguntas abiertas o temas a tratar, los cuales se derivarán de los aspectos que deseen explorarse.

- Entrevista no estructurada: Es considerada así, cuando el entrevistador escucha las manifestaciones, dudas y preguntas del entrevistado, sin contar con una guía preestablecida, y permite así, mayor libertad a la iniciativa de la persona entrevistada. En este sentido, el orientador deberá ser muy hábil para no perder de vista el objetivo de la entrevista.

Es este tipo el que por sus características resulta deseable para proporcionar orientación-consejería, puesto que su objetivo no sólo se enfoca a obtener datos para elaborar un diagnóstico sino que, a partir de la situación de interacción que se da entre el entrevistador y el entrevistado, logra el esclarecimiento de ideas *(22)*.

Como parte de los conocimientos necesarios del consejero es importante señalar que el abordaje de la información dependerá si va a ser enfocada hacia la prevención primaria, secundaria o terciaria *(36)*.

5) Principales Características para una buena Consejería.

La forma de cómo se brinda la Consejería depende de factores culturales, de la disponibilidad de recursos, de las necesidades propias del paciente y del grado de información, así como de los conceptos que este tenga frente a la infección por ITS/VIH/SIDA. Existen sin embargo ciertas características comunes que ayudaran a desarrollar una mejor labor *(8)*.

a. Disponibilidad de tiempo:

La complejidad de los temas referentes a las diferentes ITS y a la infección por VIH/SIDA requieren ser atendidas y asimilados a cabalidad. Hay que dar tiempo para que la persona exprese sus expectativas para así crear una adecuada relación de confianza *(28,33)*.

Una sola sesión no es suficiente para que el paciente comprenda la necesidad de adoptar los cambios de comportamiento sugeridos o para encontrar adecuada solución a los problemas. Es importante que el Consejero programe su tiempo, previendo que este tipo de pacientes puede solicitar sus servicios con urgencia; sin embargo, ubíquelo dentro de su horario de atención, aclarándole el tiempo disponible para cada paciente, determinando en 30 o 45 minutos por cada sesión, lo cual permite abordar los temas en profundidad *(22)*.

BIBLIOTECA CENTRAL UNAN

b. Actitud positiva:

Es importante que el consejero mantenga una actitud tal que las personas que lo consultan se sientan realmente apoyadas y aceptadas cualquiera que sea su estilo de vida, orientación social o clase social. Debe evitar la tendencia a juzgar comportamientos o a brindar Consejerías influenciadas por los sentimientos o creencias personales *(28).*

c. Honestidad:

La información que se brinda ha de ser coherente y exacta. Por lo tanto, el Consejero debe comprender a cabalidad todos los aspectos relacionados con la infección. Estos implican, actualización permanente. El Consejero ha de conocer sus limitaciones de tipo humano, técnico y remitir al paciente al profesional o institución especifica según sea el caso. Todo ofrecimiento o promesa que se haga al paciente debe ser cumplida *(8,28).*

d. Confidencialidad:

Como norma general, se ha de garantizar la confidencialidad al paciente. Esto es que la relación se de en un clima de confianza para que la persona pueda expresarse sin temor. Todo lo que sea dicho por el aconsejado o incluso intuido por parte del Consejero dentro de la consulta debe permanecer en reserva. Sin embargo, el paciente debe saber que acorde a parámetros éticos, la confidencialidad tiene un límite. Pues si bien el paciente tiene derecho, pero también tiene deberes. Especialmente en lo relacionado en la protección de terceros. La confianza mejora las relaciones de trabajo y hace que la persona asuma más fácilmente la información recibida *(28).*

e. Terminología a utilizar:

Es de suma importancia que el Consejero este consiente que debe usar un lenguaje que el paciente entienda. Se puede usar términos médicos solamente si el Consejero sabe que el paciente los conoce. Se debe escuchar respecto mutuo. De lo contrario, no se lograra ganar la confianza del paciente y el cambio de sus comportamientos *(8,28).*

6) Donde se puede realizar la Consejería *(28)*

En cualquier lugar donde haya o pueda haber una conversación sobre ITS/VIH y SIDA, por ejemplo los consultorios, centro de lucha contra las ITS, consultorios

prenatales y post natales, los de planificación familiar, centro de salud, escuelas, iglesias y todos los establecimientos de extensión sanitaria.

Debe ser:

- Privado.
- Cómodo.
- Calmo.
- Cálido.
- Con espacio de espera.
- Debe contar con materiales educativos sobre ITS/VIH y SIDA.
- Decorado con materiales educativos y láminas que induzcan a la paz espiritual y confianza.

Si es posible:

- Colocar un televisor con videos alusivos a ITS/VIH y SIDA.
- Una cafetera con café y equipos de agua con sus vasos.
- Un estante con materiales impresos sobre ITS/VIH y SIDA

7) Quienes pueden brindar consejería en VIH y SIDA

Además de los médicos, el personal de enfermería, los psicólogos y los trabajadores sociales, hay otras muchas personas a las que fácilmente se les podría estimular a realizar una labor de consejo, previo adiestramiento, con conocimientos científicos sobre ITS/VIH y SIDA. No es necesario que las personas que dan esos consejos formen parte del sistema oficial de atención de salud, maestros, educadores sanitarios, dirigentes religiosos y de la comunidad, animadores de agrupaciones juveniles y miembros de los grupos de autoayuda pueden también ejercer eficazmente una labor de Consejo preventivo y de apoyo *(8,28).*

Características personales (24):

- Desear ser Consejero/a.
- Saber leer y escribir.
- Ser dinámico/a y activa/o.
- Ser amable y cariñoso/a.
- Saber escuchar y dialogar.
- Discreta/o.
- Deseos de aprender.

- Tener voluntad.
- Paciencia.
- Interés.
- Tiempo.
- Comunicativa/o.
- Solidario/a.
- Comprensivo/a.

Cualidades de un consejero *(8,28).*

A diferencia de otras áreas educativas o metodologías, en la educación sexual, la persona facilitadora es aquella que brinda la oportunidad de que se genere:

a. Empatía: Es saber ponerse en el lugar de otro. Es experimentar como debe sentirse la otra persona en una circunstancia específica. Las palabras, la manera como se dicen, y la experiencia corporal, son coherentes entre sí.

b. Respeto: Es permitir la libertad de exposición en los términos que el paciente tenga es; no imponer, no invadir, no forzar, equidad de genero, libres de prejuicios religiosos y sexuales, sabe escuchar, no tiene prisa por opinar, promueve el respeto y la tolerancia entre todas las personas.

c. Confidencialidad: Mostrar discreción, es mantener confidencialmente lo que ha dicho un paciente, es ser respetuoso de la información recibido, tanto en la sala de espera como en el consultorio y en la comunidad, evita emitir juicios sobre las personas.

d. Responsabilidad: Es comprometerse con las personas, las tareas y con los pasos a seguir para alcanzar los objetivos acordados.

e. Honestidad: Es habla con la verdad a un básica para asegurar decisiones libres y un consentimiento responsable producto de la información imparcial, reconoce y respeta los distintos tiempos.

f. Comprensión: Es aceptar los diferentes valores y condiciones de una variedad de usuarios/as con experiencia distintas, reconoce y respeta los distintos tiempos.

g. Convicción: Es creer que la educación en VIH/SIDA juega un papel muy importante para mejorar la salud de la familia y que es un derecho humano básico.

h. Seguridad: Es sentir comodidad con el manejo de uno mismo/a ya que se estará expuesto en una forma intima con la persona a orientar, es estar convencido/a de lo que se está haciendo.

i. Sociabilidad: Es responder cálidamente a las necesidades de otras personas y relacionarse con satisfacción personal con una gama de usuarios/as de distintas edades, antecedentes y personalidades.

j. Eficiencia: Trabaja eficazmente bajo condiciones de presión con un mínimo de superación. Se compromete al trabajo disciplinado para ayudar a otros, promueve la participación de todos los integrantes, da espacio de reconocimientos a cada participante, ayuda al grupo a reconocer problemas y buscar soluciones, tiene capacidad para comunicar sus conocimientos e ideas, para lo cual deberá usar el lenguaje apropiado y está motivada(o) a aprender constantemente.

k. Flexibilidad: Es abrirse a los imprevistos a los cambios de opinión o de decisión de un paciente y ser tolerante con las diversas formas de comportamiento.

8) Estrategias de entrevista en orientación-consejería *(8,28).*

a. Escucha activa y comunicación no verbal

Implica mostrar interés por la necesidad que está expresando el paciente, sin interrumpirlo con comentarios fuera de lugar. Es importante mantener el contacto visual con el usuario e invitarlo a seguir hablando a través de monosílabos (sí, ya, ajá!). En este sentido, los movimientos del cuerpo y los gestos tienen que ir de acuerdo a lo que verbalmente se manifiesta, mostrando al usuario interés a través de este lenguaje no verbal.

b. Identificación del contenido (parafrasear):

Consiste en sintetizar lo que el entrevistado ha dicho con otras palabras para verificar con él lo que se entendió; esto ayudará al paciente a clarificar la información

y al orientador a entenderlo, implicando al mismo tiempo que el paciente se sienta escuchado y tranquilo.

Ejemplo de Mensaje: «Estoy muy inquieta porque una vecina está muy grave y dicen que va a morir de SIDA. Mis hijos han jugado mucho con los suyos y creo que se van a contagiar. Ya no los dejaré que jueguen en esa casa».

Ejemplo de parafraseo: «Señora, usted me dice que su vecina tiene SIDA. Y cree que sus hijos pueden contagiarse».

c. Identificar y reflejar sentimientos:

Con esta técnica, el orientador aclara los sentimientos expresados por el paciente en forma verbal y no verbal, ayudándole así a esclarecer sus vivencias emocionales facilitando el acercamiento, sin perder de vista el problema. Esta estrategia resulta también una respuesta empática que permite al usuario saberse escuchado y comprendido en su situación.

Ejemplo:

- Orientador: «Señora me gustaría ayudarle, la veo angustiada».
- Usuaria: «No, más que angustiada estoy asustada».

Es importante en este sentido que el orientador comente al usuario que hasta cierto punto su situación es frecuente, que existen personas en las mismas circunstancias o parecidas y que sus sentimientos son comunes; de esta forma se toman en cuenta las experiencias del paciente, entendiendo el cómo y el porqué de su situación, permitiendo que ambas partes se relajen y facilitando así el proceso de comunicación.

d. Formular preguntas significativas:

Es una estrategia que permite recopilar datos, aclarar mitos y tabúes, descubrir necesidades, profundizar en la información de una situación, problema o experiencia determinado y confirmar lo que el paciente ha dicho.

Ejemplo: «Señora ¿ha tenido relaciones sexuales extramaritales?

e. Proveer información:

Esta estrategia permite al paciente tomar una decisión informada. El orientador reafirmará la información que el paciente ya conoce o ha escuchado, cuando sea correcta la complementará y, en su caso, la corregirá si hay alguna equivocación. Debe cuidar y utilizar términos apropiados y claros para ser entendidos con facilidad. Partirá de escuchar inquietudes y preguntas del paciente para no recargarlo de datos inútiles y muy elaborados. Lo importante es dar la información clara, concreta y veraz de acuerdo a como se solicite y sobre todo evitar confundir al usuario.

f. Llegar a un acuerdo:

Después de proveer información es importante clarificar la decisión que tome el paciente durante la entrevista. El resumir permitirá llegar a un acuerdo, aclarar los temas discutidos, rescatar datos importantes y los sentimientos expresados.

No debe olvidarse dialogar sobre la siguiente etapa del proceso y fijar una futura entrevista para retomar los pasos a seguir, según lo decidido. No toda sesión finaliza con la elección definitiva de un método o con la aplicación del mismo, aún así es respetable y válida.

Ejemplo: «Entonces usted quiere la vasectomía, pues ya tienen paridad satisfecha y desea se realice la operación lo más pronto posible, por lo que lo referiré con el médico para que le dé la fecha de la cirugía».

9) Emociones y sentimientos de un consejero *(8, 28, 22)*

El consejero puede sentirse una o más de las siguientes emociones durante el proceso de orientación:

a. Confusión:

Sentirse preocupado al no saber que hacer o como actuar con las personas. Mezclar los sentimientos de las personas con los propios. Luchar entre su deseo de ayudar y su temor de contagio con el VIH cuando se trabaja en prevención o con personas que viven con VIH/SIDA.

b. Impaciente:

Desesperación con una persona que tiene dificultad para comprender, para expresarse le lleva la contraria, tiene conductas extrañas que le molestan.

c. Impotencia:

Se presenta al no saber como ayudar a la persona cuando sus necesidades van más allá de los recursos disponibles. Cuando capta sus sentimientos de frustración ante la incurabilidad del SIDA.

d. Ambivalencia:

Situación intermedia en la que se desea participar por una parte y por otra se prefiere mantenerse al margen sin compromiso por razones diversas.

e. Estrés, presión:

Se provoca por el impacto psicosocial de trabajar en la esfera del VIH/SIDA y del rechazo y estigma que esto puede provocar por cuestiones religiosas, culturales u otras. Por el exceso de trabajo y actividades que desempeña el orientador dentro de la comunidad. Por la dificultad de comunicarse sin tabúes, en el terreno de él o ella y sus consecuencias sociales. Falta de entrenamiento para ayudar a estas personas.

f. Temor al contagio con el virus del SIDA:

Los mitos, creencias y prejuicios hacia las personas viviendo con el VIH, generan actitudes de inseguridad o de rechazo. Estas emociones afectan la calidad de la ayuda que se le puede brindar y pueden generar ansiedades, presiones y problemas. También puede generarse como producto del miedo a ser estigmatizado si trabaja en el campo de la prevención del VIH/SIDA.

g. Sentimientos y emociones positivas:

Se viven muchas emociones positivas de logros, de metas alcanzadas de agradecimiento de personas.

10) Formas inapropiadas en la entrevista *(28)*

Aún cuando existen estrategias adecuadas aplicables en la entrevista de orientación-consejería, es importante evitar algunas situaciones denominadas formas inapropiadas en la entrevista. Con esta se puede incurrir en errores que entorpecen el logro del objetivo de la entrevista. En este sentido, hay actitudes personales del orientador que influyen en la decisión de los usuarios, tales como:

a. Dar consejos

En este tipo de situación el orientador da la pauta a seguir al paciente, y le aconseja sobre lo que debe hacer ante determinada situación o sentimiento. Esta tendencia puede generar que se cierre la comunicación y cargar de responsabilidades al orientador.

Ejemplo: «Debería realizarse la prueba de detección al VIH».

b. Juzgar

Esta actitud involucra prejuicios, valores y opiniones personales del orientador. Esto dificulta la comunicación en la entrevista, ya que el paciente se siente juzgado y evaluado en su conducta.

Ejemplo: «No le remuerde la conciencia salir con hombres y trabajar en eso».

c. Atacar

Es una forma de actuar que hace sentirse culpable al paciente, ya que se le «reclama» acerca de su vida, y esto rompe con el proceso de comunicación, sin antes ver qué ocasionó el error o la actitud.

Ejemplo: «Quiere más condones para seguir saliendo con hombres».

d. Negar (Ignorar sentimientos)

En esta situación el orientador se muestra ansioso, inquieto e incómodo, ignorando los sentimientos de la persona y rompiendo con el proceso de comunicación.

Ejemplo: «No se preocupe, no le va a dar SIDA nunca».

e. Compadecer

En esta actitud, el orientador se involucra con las emociones del paciente, por lo cual no logra reunir información o transmitirle a éste que puede decidir por sí mismo. Es una expresión de lástima o pena. La finalidad de la entrevista es ayudar a la toma de decisiones libres y voluntarias.

11) Pasos recomendados a seguir en la entrevista inicial

Consejería preprueba.

Es la actividad de apoyo que se realiza con el fin de preparar emocionalmente al paciente para el manejo del diagnóstico y de sus consecuencias *(35)*.

La decisión de someterse o no a la prueba de anticuerpos la debe tomar cada paciente por sí mismo. El consejero puede ayudar en el proceso de toma de decisiones

brindando información veraz sobre la prueba y su significado, y ayudando al paciente a analizar sus posibilidades de haber estado expuesto al VIH *(57)*.

El consejero puede ayudar al paciente a establecer sus motivos para tomar la prueba y a evaluar si éste está emocionalmente preparado para aceptar el resultado. Debe analizar las formas en las que el paciente se ha adaptado a situaciones de tensión en el pasado, así como sus fuentes actuales de apoyo emocional. Estos conocimientos son importantes para manejar las emociones durante el tiempo que transcurre entre la fecha en que se tome la muestra de sangre y la fecha en que los resultados estén disponibles, para que él/ella pueda prepararse para la posibilidad de recibir un resultado positivo *(1)*.

a. Para los pacientes que decidieron tomar la prueba (57):

- Dejar que el paciente elija el momento oportuno para saber el resultado de la prueba y revelárselo en tono directo y neutral.
- Para los pacientes que tienen un resultado negativo, asegurarse de que entienda el significado.
- Enfatizar la importancia de adoptar medidas preventivas para mantenerse libre de la infección del VIH.
- Decidir con el paciente si es necesario repetir la prueba en seis meses.

¿Qué significa un resultado negativo? *(22,57)*

- La persona no está infectada con el VIH.
- La persona ha adquirido el virus pero aún no ha pasado el tiempo suficiente (hasta seis meses) como para que su cuerpo haya producido anticuerpos que puedan ser detectados por el examen.
- El resultado negativo no significa que la persona es inmune al VIH o que está protegida de alguna manera.

¿Qué significa un resultado positivo? *(22,57)*

- Quiere decir que el anticuerpo al VIH ha sido detectado en la sangre, por lo tanto, la persona ha sido infectada. También significa que la persona infectada le puede pasar el VIH a otra persona aunque no tenga ningún síntoma del SIDA, si no toma las debidas precauciones.
- Igualmente indica que la persona podría desarrollar el SIDA eventualmente.
- El resultado positivo no significa necesariamente que la persona ha desarrollado el SIDA en ese momento.

Para los pacientes que tienen un resultado positivo *(22,57)*:

- Asegurarse que entiende el significado.
- Ofrecer su apoyo y ayudar a identificar otras fuentes de asistencia.
- Decidir con él o ella con quien quiere compartir el resultado y cómo.
- Ayudar a desarrollar un plan de salud que incluya medidas para prevenir la transmisión del VIH a otras personas.
- Hacer una cita para que regrese.

¿Quién debe pensar en tomar la prueba? *(1,3)*

- Las personas que tienen un comportamiento sano y que quieren obtener mayor información para que puedan sentirse más seguras.
- Las personas que desean saber si han sido infectadas con el VIH.
- La pareja que esté planeando tener un bebé, si cualquiera de los dos cree que existe la posibilidad de haber sido infectado o de haber estado en situaciones de riesgo.

b. Procedimiento para realizar la prueba del VIH.

Este puede variar levemente de un lugar a otro e incluye los siguientes pasos *(1,58)*:

- Se saca una pequeña cantidad de sangre del brazo.
- Se hace una prueba con esta muestra de sangre. Si el resultado es positivo se puede confirmar con otra prueba, utilizando para ello la misma muestra de sangre.
- El lapso que transcurre entre tomar la muestra, realizar la prueba y obtener los resultados depende del tipo de prueba.
- Los resultados se revelan en una cita posterior.
- El consejero debe estar familiarizado con los procedimientos que se conducen en los centros locales donde se realiza la prueba para que pueda ayudar a preparar a sus pacientes para el proceso y para manejar las emociones durante el tiempo de espera antes de recibir el resultado.

¿Cómo proteger el anonimato del usuario?

El SIDA y la infección por VIH generan mucha controversia en las comunidades. Las personas que corren el riesgo de infectarse con el VIH y aquellas diagnosticadas con el SIDA o el VIH generalmente son discriminadas e incluso rechazadas si su estado de salud llega a conocerse públicamente. El consejero debe tomar todas las

medidas necesarias para prevenir que esto suceda y para proteger la vida privada de las personas afectadas *(57)*:

- Examine las actitudes.
- Reconozca cuánto valora su vida privada.
- Considere el daño que podrían causarle a alguien al hablar con ligereza de su condición en relación con el SIDA o el VIH.
- Reflexione sobre lo que sentirá El. si se enterase de que sus datos personales han sido revelados a otros sin su consentimiento.
- Su meta debe ser la absoluta confidencialidad:
- Respete el derecho del usuario a mantener su vida privada.
- Intercambie ideas con sus colegas sobre cómo promover el derecho de sus pacientes a la confidencialidad.
- Decida cómo enfrentaría a un colega que está haciendo comentarios sobre un usuario con el SIDA o el VIH.

¿Qué puede hacer el paciente para mantener la confidencialidad en su centro de atención? *(28)*:

- Realizar las entrevistas o sesiones con sus pacientes en una habitación en privado si es posible. Asegúrese de que su conversación no pueda ser escuchada.
- Tomar sólo las anotaciones que le sean indispensables.
- Ponerse de acuerdo con sus colegas, para no comentar por ningún motivo la vida personal del paciente.
- Anticipar las posibilidades que el paciente tiene de hablar sobre la vida privada de sus pacientes y decida en qué medida podría evitarlo, especialmente si se trata de una persona con el SIDA o el VIH.
- Solicitar regularmente sesiones de capacitación para mantenerse al día con información actualizada sobre el SIDA y el VIH. Consiga material escrito sobre el SIDA y el VIH y póngalo a disposición de sus colegas y pacientes.
- Solicitar consejería en situaciones donde se originan conflictos de lealtad, como por ejemplo cuando conoce al paciente o a sus parientes; o cuando por algún motivo tiene dificultades para mantener en secreto la información. Tenga en cuenta que el paciente puede hablar del caso sin necesidad de revelar el nombre.
- Los consejeros necesitan saber que sus pacientes pueden sufrir de depresión o tensión y deben capacitarse para reconocer estas condiciones y manejarlas apropiadamente.

c. Lo que puede se puede hacer dentro de las instituciones (57)

- Responder a los temores de infección del VIH/SIDA que surjan del personal y asegurarse de que éstos conozcan las medidas de prevención. Aclarar los conceptos erróneos que tenga el personal sobre los riesgos de transmisión y trazar pautas para el buen desempeño de su trabajo, el cuidado del paciente y la confidencialidad. Coloque estas pautas donde puedan ser vistas por todos y asegúrese de que se cumplan.
- Ofrecer otros servicios de tratamiento y consejería a personas con VIH-SIDA o infectadas por alguna otras ITS y hacer esto de tal manera que los usuarios que los soliciten no se vean estigmatizados o encasillados.
- Desarrollar un sistema de codificación para el uso de las fichas de control de los *pacientes* de manera que su diagnóstico e identidad sean conocidos por muy pocos. Si es posible, la información debe guardarse en un lugar seguro o en un archivo con llave.
- Mantener al personal con información actualizada en los aspectos de tratamiento y control del VIH-SIDA, enfatizando la importancia de la confidencialidad.
- Implementar un sistema que mantenga anónimo o confidencial el nombre del usuario que se hace la prueba del VIH.

La prueba de anticuerpos se ofrece de forma anónima y entra en cobertura por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS). Los resultados son confiables y el anonimato protege la identidad de la persona para efectos de posible discriminación *(25).*

El anonimato significa que nadie tiene acceso a los resultados de la prueba pues nadie sabrá el nombre de la persona que fue a tomarla. Cuando esta prueba se relaciona al nombre de la persona, significa que es confidencial, no anónima, lo que implica que el médico o enfermera sabe el resultado, y que el resultado podrá registrarse en el expediente médico. A cada persona se le asigna un código que le servirá de identificación *(¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).* Generalmente el código está compuesto de letras y números que corresponde a las siglas de los nombres y apellidos, a la fecha de nacimiento y el sexo. Todas las IPSS ofrecen asesoramiento antes de la prueba y evaluación de riesgos por medio de las consejerías. Normalmente se extrae una muestra de sangre y en una a dos semanas regresa para recoger los resultados *(25).*

Algunas razones para tomar la prueba confidencial son *(45)*:

- Puede ser conveniente cuando una mujer embarazada en situación de riesgo quiera tener los resultados a través de su médico, ya que el resultado es muy importante para proveer la atención médica necesaria en su caso.
- En el caso de los jóvenes, es útil para establecer su derecho de admisión a la información, asesoramiento y recursos apropiados.

La lectura de la carta de Consentimiento Informado y obtener la firma de la hoja de consentimiento forma parte de la consejería pre prueba. La firma de la carta de consentimiento es un requisito ético indispensable para realizar la prueba rápida de detección de anticuerpos del VIH. El consejero/a siempre llevará cartas de consentimiento informado adicionales, de ese modo las podremos usar para registrar rechazos o duplicaciones. No obstante, al final de la jornada, el número de cartas de consentimiento debidamente firmadas deberá coincidir con el número de pruebas rápidas aplicadas *(8)*.

Cada médico asistencial de la consulta externa debe identificar en los pacientes que atienden los factores de riesgo evaluados en los indicadores. En caso de usuarias de clínicas de control prenatal, pacientes de clínicas de ITS y pacientes captados por tuberculosis deben considerase como grupos centinelas. Los pacientes con factores de riesgo y grupos centinelas deben ser referidos al programa de consejerías. Pacientes captados en consejería deben continuar ruta de algoritmo de abordaje diagnóstico de la infección VIH. La consejería post-prueba debe realizarse por la misma persona que realizó la consejería inicial y además sea quien entregue el resultado *(33)*.

Es necesario que en las sesiones de consejería, sin importar el motivo de la demanda, se indaguen los siguientes puntos, con el fin de que el consejero cuente con elementos para entregar un resultado positivo o negativo y en su caso, lograr que haya seguimiento serológico: evaluar la percepción de riesgo y los sentimientos y conocer escenarios respecto a los posibles resultados *(8)*.

Ventajas y desventajas de tomar la prueba

1) Ventajas *(53)*

- Las personas que saben que tienen el virus pueden comenzar a recibir tratamiento médico temprano y monitorear el estado de su sistema inmunológico.

- Los resultados pueden ayudar a una persona a evitar comportamientos de alto riesgo.
- La prueba ayuda a mantener un compromiso de mantener buenos hábitos de salud.
- Las personas que resultan ser negativas se sienten menos ansiosas.
- Las personas que desean un hijo pueden buscarlo sin el temor de la infección.

2) Desventajas (53)

- Las personas que resultan ser positivas pueden deprimirse y tener mucha ansiedad.

En caso de resultado positivo se envía la muestra de sangre al Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR), donde se le da continuidad para ingresarlo al programa de VIH, con seguimiento de equipo multidisciplinario y donde se realizan las evaluaciones clínicas subsecuentes y la administración de tratamiento antirretrovirales (TAR) *(25)*.

Consejería Postprueba

La sesión de consejería postprueba ofrece oportunidades significativas para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo y al mismo tiempo brinda apoyo emocional y psicológico a las personas infectadas con el VIH. Es importante que todas las personas que han tomado la prueba reciban consejería postprueba, incluyendo las que han tenido un resultado negativo *(35)*.

Para entregar los resultados de las pruebas de VIH es necesario hacer una interpretación con base a lo obtenido en el examen y en los riesgos personales del paciente. Muchos pacientes que regresan a averiguar el resultado de su prueba exhiben al principio un alto grado de ansiedad. Muchos estarán confusos acerca del significado de su resultado porque no recuerdan bien la información proporcionada durante la consejería preprueba *(57)*.

Idealmente esta sesión o sesiones postprueba le permiten al paciente *(57)*:

- Aclarar la información.
- Expresar sus sentimientos y reacciones.
- Digerir la información sobre los resultados de la prueba.
- Identificar estrategias de adaptación.

- Comenzar a aceptar la conveniencia de comportamientos preventivos alternativos.

a. Cuando el resultado es negativo

El alivio y regocijo son invariablemente las reacciones ante un resultado negativo. Existe el peligro, sin embargo, de que algunas personas consideren que se les ha concedido inmunidad para el futuro a través de este resultado *(57)*.

El consejero necesita refutar este falso sentido de seguridad y reafirmar acerca de la reducción de riesgos *(57)*:

- Asegurar que el paciente entienda lo que significa un resultado negativo.
- Hacerle hincapié en la necesidad de seguir un plan de prevención.
- Aconsejar que vuelva a someterse a la prueba después de seis meses porque puede pasar este período antes de que una persona infectada con el VIH desarrolle anticuerpos al virus.

b. Cuando el resultado es positivo:

Una de las tareas más difíciles en la consejería en la prevención del VIH-SIDA es informar a un paciente que tiene un resultado positivo en su prueba de detección de anticuerpos al VIH *(55)*.

Como consejero, se puede brindar apoyo a sus pacientes, pero no puede impedir que experimenten sensaciones de temor, tristeza e ira. El papel del consejero es el de ayudar a manejar la ansiedad del paciente reconociendo sus sentimientos y asegurándole que habrá tiempo para abordar estos sentimientos, preocupaciones y decisiones *(55)*.

Durante la sesión postprueba *(57)*:

- Ayudar al paciente a decidir con quién quiere compartir la información, qué debe contar, cómo debe hacerlo y cuándo debe revelar su condición.
- Hablarle sobre la conveniencia y la forma de contarle a sus compañeros(as) sexuales, actuales y anteriores, acerca de su condición.
- Hacerle hincapié en la necesidad de hacer ejercicio regularmente, de llevar una dieta balanceada y de dormir lo suficiente. Recomendarle que no consuma drogas ni alcohol ya que pueden afectar su comportamiento.

- Ofrecer información y apoyo para los miembros de su familia. Recomiéndeles a los adultos que permanezcan activos en la comunidad y que mantengan contacto con sus familiares.
- Aclarar al entorno social del paciente que no es necesario que las personas con VIHSIDA sean aisladas de su entorno social/familiar.

Siempre que sea posible, ofrezca reunirse nuevamente con la persona y defina una cita específica para hacerlo *(58)*.

6. PRUEBAS SEROLÓGICAS DEL VIH

EXÁMENES DE LABORATORIO (PRUEBAS) PARA DETECTAR EL VIH

El diagnóstico de la infección por VIH se puede realizar por métodos indirectos, que demuestran la presencia de anticuerpos específicos anti-VIH, o bien por métodos directos que objetivan el virus o sus proteínas constituyentes **(Figura No. 2)** *(18)*.

A. MÉTODOS INDIRECTOS

Estos métodos detectan anticuerpos contra el VIH formados por el sistema inmune. En nuestro país todas las pruebas de este método son de tipo serológico. Los test serológicos buscan la presencia en el suero problema de anticuerpos específicos contra el VIH y son los más utilizados *(18)*.

1) Métodos de rastreo

Existen varios métodos para la realización de las pruebas de cribado (screening) para la detección de anticuerpos específicos frente al VIH. Actualmente las podemos dividir en dos grandes grupos: las técnicas ELISA o EIA y las pruebas de rápidas. Estas últimas son de tres tipos según la técnica empleada: de aglutinación, de enzimoinmunoanálisis de membrana (dot-blot) y de inmunocromatografía *(21)*.

a. Pruebas Rápidas

Existen tres técnicas:

- La técnica de aglutinación consiste en aglutinar antígenos de VIH que previamente han sido fijados a partículas susceptibles en presencia de suero que contenga anticuerpos VIH. Su sensibilidad varía desde un 90% y su

especificidad desde un 80% *(21, 56)* .Las pruebas más representativas son SERODIA y CAPILLUS.

- Las técnicas de inmunoadherencia de membrana (dot-blot) suelen ser de fácil y rápida realización por lo que se han empleado algunas veces en procedimientos de urgencia, ya que poseen una sensibilidad alta, pero son de elevado costo *(21)*. Entre las pruebas más representativas son HIV TRIDOT, IMMUNOCOMB II BISPOT e INSTANTSCREEN RAPID TEST.

- Las técnicas de inmunocromatografía detecta los antígenos específicos que están ligados a micropartículas y el indicador de la reacción es un fluorocromo que actúa como sustrato, la fluorescencia emitida es medida por un fluorómetro *(21, 56)*. Actualmente son las pruebas más ofertadas en el mercado nicaragüense. A este grupo encontramos las conocidas DETERMINE™, UNI-GOLD™ HIV y HIV 1&2 DOUBLECHECK. Otras menos conocidas son ADVANCED QUALITYTM RAPID HIV TEST, FIRST RESPONSETM HIV-1/HIV-2 WB, INSTANTCHEK™- HIV 1+2 RAPID TEST, SD BIOLINE HIV 1/2 3.03 y Genie II HIV-1/HIV-2.

b. ELISA o EIA (Técnicas Inmunoenzimáticas)

ELISA (EIA) proviene de sus siglas en inglés enzyme-linked immunoabsorbent assay or inmunoenzyme assay que español significa ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas. Es una prueba de bajo costo, relativamente sencilla y posee una sensibilidad y una especificidad cercana al 100% con las técnicas de última generación *(37)*.

Dentro de estas pruebas están *(21,37)*:

1) EIA indirecto con antígeno obtenido de lisado vírico: el antígeno puede proceder del lisado viral de un cultivo (como en los primeros EIA disponibles que se llamaron de 1ª generación)
2) EIA indirecto o competitivo con antígeno obtenido de proteínas recombinantes o péptidos sintéticos de hasta 10 aminoácidos específicos del VIH (que se han calificado como ELISA de 2ª)
3) EIA de tipo sandwich o de inmunocaptura, con antígeno obtenido de proteínas recombinantes o péptidos sintéticos de hasta 50 aminoácidos específicos del VIH, detección conjunta de anticuerpos específicos de clase IgG, IgM e IgA y antígeno VIH-1 del grupo O (outlayer o marginal) (ELISA de 3ª generación)

4) Detección simultánea de antígeno y de anticuerpos frente al VIH-1y VIH-2, VIH-1 del grupo O y anticuerpos para detectar el antígeno p24. (ELISA de 4ª generación)

2) Métodos de confirmación

Todo resultado positivo en una prueba de «screening» o rastreo debe ser verificado mediante uno de estos test.

a) Western Blot (WB)

El más usado es el Western Blot (WB) detecta anticuerpos específicos frente a ciertas proteínas del VIH. Se basa en la separación de los antígenos obtenida del VIH-1 procedentes del lisado del cultivo del virus y purificadas por centrifugación *(18)*.

Según los criterios de la CDC se acepta un WB como positivo aquel que muestra bandas de anticuerpos contra dos de los siguientes antígenos: gp24, gp41, o gp120/160. *(15)*.

Ante un resultado indeterminado debe repetirse un ELISA y un WB a los 6 meses, y si entonces es negativo o sigue siendo indeterminado y no hay factores de riesgo para la infección VIH, se considerará que está libre de infección *(15)*.

En los casos indeterminados o negativos pero con una fuerte sospecha, además deberá realizarse una antigenemia p24 u otra prueba confirmatoria; y descartar también una infección por el VIH-2 mediante un WB específico *(18)*.

b) Otras técnicas

Se dispone de otras pruebas confirmatorias como la inmunofluorescencia indirecta (IFI), con una sensibilidad y especificidad similares al WB, pero que aporta menos información al no precisar los anticuerpos específicos que detecta *(11)*.

El ensayo de inmunofluorescencia indirecta (IFI o IFA) utiliza normalmente células H9 infectadas y no infectadas por el VIH-1 fijadas en pocillos de un portaobjetos. Se observa con un microscopio de fluorescencia y se evalúa en función de la intensidad de la fluorescencia y el porcentaje entre células infectadas y no infectadas. *(18)*.

La radioinmunoprecipitación (RIPA) es una técnica compleja y cara, cuya utilidad principal es ante un WB repetidamente indeterminado, ya que permite detectar

seroconversiones más precozmente. En general es una técnica limitada a los laboratorios de investigación *(47)*.

Existe otras prueba accesorias para la discriminación y confirmación de las muestras positivas en el cribado, varias de las cuales se basan en el análisis inmunoenzimático de tipo lineal (LIA) y que suelen incorporan en un soporte plano, equivalente a la tira, varias proteínas recombinantes o péptidos sintéticos correspondientes a diferentes proteínas del VIH-1 y en algunos casos del VIH-2. Estas pruebas que son sensibles y especificas pueden considerarse como pruebas confirmatorias y en algunos sitios reemplazan al WB, aunque la presencia de péptidos sintéticos puede ocasionar resultados falsos negativos en la infección VIH aguda y en niños *(18)*.

B. MÉTODOS DIRECTOS

Estos métodos evidencian la presencia del virus o alguno de sus componentes. Estos métodos aportan información adicional sobre el estado de la enfermedad (carga viral, identificación de cepas resistentes a los fármacos antirretrovirales, etc) Se centra en optimizar métodos para aislar el virus y detectar sus antígenos (Ag) o el genoma, directamente, en las muestras clínicas tras su cultivo *(49)*.

1) Detección de Antigenemia

El método más utilizado es la detección del antígeno p24 mediante una técnica de ELISA en sandwich que detecta principalmente proteínas del core. El antígeno p24 es una proteína específica del virus, y por lo tanto diagnóstica de infección *(49)*.

2) Detección molecular de ADN provírico y ARN vírico

Los antígenos vírales desaparecen cuando empiezan a circular los anticuerpos específicos, esta técnica está indicada en las etapas de la enfermedad donde aun no se producen anticuerpos. Este método realiza amplificación de una parte del material genético del virus, de los que tres métodos son los más conocidos *(49)*:

a. El método PCR (en inglés, polymerase chain reaction) o RCP (en español, reacción en cadena de la polimerasa) utiliza una enzima para multiplicar al VIH de la muestra de sangre. Este tipo de análisis es producido por Roche y Abbott.

b. El método bDNA (en inglés, branched DNA) combina la muestra con un material que emite luz. Este material se conecta con las partículas del VIH. Este análisis es producido por Bayer.
c. El método NASBA (amplificación basada en la secuencia del ácido nucleico) amplifica las proteínas virales para producir un conteo. Es fabricado por bioMerieux.

3) Cultivo del virus

Para realizar esta técnica, se tiene que sembrar la muestra en diferentes líneas celulares, con el propósito de aislar al virus. Esta técnica tiene como inconveniente su alto costo. La técnica se utiliza cuando con las pruebas anteriores no ha podido llegar a establecer el diagnóstico *(49)*.

7. VIGILANCIA DE II GENERACIÓN

El capítulo de la prevención no es sencillo, pues se trata de una enfermedad del comportamiento. Además de la investigación, las otras soluciones al SIDA deben ya venir de mano de la educación sanitaria, de la educación sexual y de la transmisión de una serie de valores humanos como la responsabilidad personal que motive a las personas al rechazo de drogas y de otras conductas de riesgo *(47)*.

La revolución sexual ocurrida en las últimas décadas ha llevado a un cambio de planteamientos y perspectivas de muchos expertos, sobre todo, si estos no tienen hijos. Conductas que han llegado a ser aceptadas por algunos adultos en privado son propugnadas ahora para los niños. Quienes actúan de esta manera deberían darse al menos cuenta que lleva tiempo hacer de un niño un adulto; y que los hábitos que no tienen obvias consecuencias trágicas para los adultos, suelen ser malentendidas y llevadas a la práctica más irresponsablemente aún por jóvenes inmaduros *(26)*.

La estrategia fundamental de prevención a la hora de enfocar el problema del SIDA se apoya básicamente en un trípode de objetivos que son: disminución del riesgo de contraer infecciones por VIH en los usuarios de drogas por vía parenteral, información a la población general y educación para la salud y en valores para los jóvenes y adolescentes *(17)*.

Es imperativo el hacer énfasis en la población en como podemos solucionar el problema del VIH, ya que sentarnos a esperar por una cura no debe ser considerada

como la respuesta, ni mucho menos la mejor opción; definitivamente este es un problema que se debe resolver mediante la prevención *(40)*.

Los sistemas de vigilancia son una herramienta de salud pública muy importante ya que permiten tomar decisiones informadas a fin de invertir en forma eficiente los escasos recursos. En el área de la vigilancia de VIH, el enfoque es en la prevención de la transmisión de la infección por VIH *(40)*.

- **Sistema de Vigilancia del VIH:** tiene como propósito fundamental coadyuvar a evitar que el VIH siga transmitiéndose, ya sea por transmisión sexual, sanguínea, perinatal, o en usuarios de drogas intravenosas. Otorgando una detección oportuna, informando sobre las medidas de prevención donde el consejero debe conocer los factores de riesgo, factores predisponentes y los factores desencadenantes que facilitan la transmisión, durante la consejería se podrá sensibilizar al usuario para que éste sea conciente y disminuya sus conductas que lo ponen en peligro de infectarse *(35)*.
- **Sistema de Vigilancia del SIDA:** es cuando ya va dirigida a las personas que viven con VIH/SIDA que tiene como objetivo aumentar la sobrevida y su calidad de vida a través del control de la enfermedad, prevenir nuevas infecciones, ejercer una vida sexual responsable, reincorporar a la persona a la sociedad en un ambiente de respeto a sus derechos humanos *(35)*.

La vigilancia del SIDA y del VIH no es lo mismo. En la notificación de casos de SIDA, la entidad patológica es el SIDA. En la notificación de VIH, los casos de infección por el VIH se notifican sin importar si la enfermedad clínica está presente o no. En la notificación de casos de SIDA, la entidad patológica es el SIDA diagnosticada clínicamente. En la notificación del VIH, el caso de infección por el VIH se hace a partir del diagnóstico serológico *(35)*.

Un sistema de vigilancia centinela focalizado en grupos con conductas de alto riesgo se diseña con el fin de ayudar a entender los patrones de comportamientos riesgosos. Teniendo en cuenta esto, podemos mejorar la cobertura de grupos poblacionales que reúnen ciertas características. A esto se le llama focalización. La focalización nos permite desarrollar intervenciones educativas apropiadas y atractivas, las cuales se espera sean más efectivas a fin de ayudar a la población a reducir su riesgo de adquirir el VIH. Cuando la focalización es bien planificada ha mostrado ser bastante efectiva. La focalización nos permite además ejecutar los fondos de una manera inteligente, obteniendo el mayor impacto posible a partir de los cada vez más escasos recursos. Cuando la vigilancia de comportamientos es repetida en el tiempo nos permite ver cambios de comportamiento que ocurren a largo plazo. La

investigación de comportamientos puede captar información acerca de la exposición antes que las infecciones ocurran. De esta manera se constituye en un sistema de alerta temprano que se puede usar a fin de anticipar un número creciente de infecciones por VIH. Actualmente se están usando métodos de modelaje matemático para entender el papel de los comportamientos en la transmisión del VIH e ITS. Los modelos matemáticos tratan de usar una descripción relativamente simple de los estadíos de la transmisión de la enfermedad y así describir cómo evoluciona un brote o una epidemia. En la transmisión de VIH/ITS hay varias características de comportamientos que pueden ser importantes en estos modelos *(32, 35,40)*.

A. Sistema de Vigilancia de II Generación del VIH en Nicaragua

Dentro de las ventajas que encontramos en el sistema de Vigilancia del VIH de la II Generación están el mejor uso de los datos y sistemas existentes, una mejor comprensión de las tendencias de la epidemia a lo largo del tiempo, una mejor comprensión de los comportamientos que favorecen la epidemia en un país, concentración de la vigilancia en los subgrupos de población con mayor riesgo de infección y flexibilidad de la vigilancia de modo que se adapte a las necesidades y estados de la epidemia *(25, 27,35)*.

1) Los componentes básicos de Vigilancia del VIH de II Generación son (25,35):

   a) Vigilancia centinela en poblaciones definidas (como pacientes de clínicas de control prenatal, pacientes de clínicas de ITS y trabajadoras del sexo). Los pacientes que acuden a los servicios de salud por una Infección de Transmisión Sexual (ITS) son un grupo centinela de gran utilidad para determinar la proporción de personas infectadas en relación con aquellas que tienen relaciones sexuales sin protección con parejas de alto riesgo. La información de este grupo puede servir de advertencia temprana, debido a que los pacientes con infecciones de transmisión sexual son de los que tienen más riesgo de adquirir el VIH o contagiar a otros por la vía sexual. Aún así, las tendencias de la infección entre los clientes de las clínicas de ITS deben analizarse con cautela, ya que no son un indicador fiable del impacto del programa, puesto que los buenos programas de prevención deberían reducir las relaciones sexuales de riesgo y lograr una disminución de las ITS. Por otra parte, las personas que efectivamente cambian su comportamiento pueden reducir su exposición a la infección por VIH de manera significativa, pero es probable que también se eliminen del denominador, porque no se contagiarán de otras infecciones de transmisión sexual y, por lo tanto, no irán a las clínicas de ITS en busca de atención. Es

más, los programas de prevención y otros factores pueden cambiar el perfil de los clientes de las clínicas. En muchos países, la preferencia por las clínicas particulares o el autotratamiento es la opción preferida de la mayoría de los pacientes, de modo que las instituciones públicas, que son la proporción más alta de los puestos centinela, solo captan una pequeña proporción de la muestra de hombres y mujeres con ITS y por lo tanto, esta no es muy representativa.

b) Encuestas seriadas transversales de comportamiento en subpoblaciones definidas con alto riesgo de infección por el VIH. A veces se lleva a cabo la vigilancia en cohortes laborales constituidas, por ejemplo, trabajadores migratorios o militares; este tipo de estudio a menudo se liga a exámenes periódicos de salud o a las clínicas de trabajadores. Estas personas pueden ser considerablemente distintas de la población general, ya que podrían ser más sanas, tener mejores condiciones de vida o vivir lejos de su hogar con mayor frecuencia que el resto de la población. Por otra parte, su estado de salud, situación económica o de lejanía de su hogar podrían estar relacionados con su grado de exposición a la infección por el VIH.

c) Detección regular del VIH en donantes de sangre. En las primeras etapas de la vigilancia de la infección por VIH, el examen de los donantes de sangre voluntarios y altruistas podía proporcionar una idea del grado de infección entre la población general, sin costo alguno, dado que la sangre se examinaba de todas maneras como parte de los programas de sangre segura. Sin embargo, la donación de sangre cada vez sirve menos para la vigilancia del VIH, ya que en la mayoría de los países se hace una selección de los donantes de sangre para eliminar a los que tengan riesgo de infección. De todos modos, una de las grandes ventajas de utilizar los datos sobre las donaciones de sangre sigue siendo válida. Debido a que la sangre se examina de todas maneras, este sigue siendo un medio accesible de obtener datos sobre la prevalencia del VIH entre los grupos de población de bajo riesgo. El registro de la proporción de unidades de sangre positivas a lo largo del tiempo prácticamente no tiene costo para el país. En especial en los casos de epidemias de bajo nivel o concentradas, en los que la vigilancia de la prevalencia entre las mujeres embarazadas puede no ser eficaz en relación con el costo, la sangre de donación puede constituir la única fuente de información sobre las tasas de infección en los grupos de población que no están expuestos a un riesgo particularmente alto de infección por el VIH. Si bien es necesario tener presentes las restricciones de estos datos, los cambios de prevalencia entre donantes de sangre o entre las unidades de sangre donada pueden dar información útil para promover los programas

de prevención del VIH. Los donantes voluntarios a menudo donan sangre repetidamente.

d) Vigilancia de casos de SIDA. El sistema de notificación de casos de SIDA se refiere a la notificación regular y pasiva de los casos de SIDA y sus defunciones. La notificación de casos de SIDA tiene como base la definición de caso que puede requerir o no una prueba positiva del VIH. En nuestro país se diferencian los casos de infección por el VIH de los casos SIDA.

2) Los componentes adicionales de Vigilancia de VIH de II Generación son *(25,35)*:

a) Información proveniente de otros programas como asesoramiento y pruebas voluntarias.
b) Vigilancia de casos del VIH.
c) Vigilancia de los registros de defunciones y mortalidad.
d) Vigilancia de ITS, TB y de otras oportunistas.
e) Información derivada de programas de tratamiento.
f) Detección regular de cohortes ocupacionales u otras subpoblaciones (como trabajadores de fábricas, reclutas militares).
g) Detección del VIH de muestras tomadas en encuestas de la población general.
h) Detección del VIH de muestras tomadas en encuestas de poblaciones especiales.
i) Encuestas seriadas transversales del comportamiento en la población general.

Existen tres indicadores empleados en la vigilancia del VIH de II Generación para valorar el riesgo de exposición de una persona a la enfermedad, donde encontramos a *(25,35)*:

1) Indicadores de comportamientos: estos se valoran por:

a. Más de una pareja sexual fuera de la pareja habitual en los últimos 12 meses.
b. Falta de uso de condón durante la última relación sexual fuera de la pareja habitual.
c. En jóvenes al momento de la primera relación sexual.
d. Usuarios de drogas inyectables: notificación de uso compartido de equipo de inyección no esterilizado.

Los indicadores del comportamiento principales que se usan en las epidemias de origen sexual forman parte de un conjunto de indicadores de prevención.

2) Indicadores biológicos: estos se valoran por:

   a. Grupos Centinelas:
      - Personas con diagnostico de ITS.
      - Personas diagnosticadas con tuberculosis.
      - Personas embarazadas.
   b. Personas que demandan voluntariamente la prueba de VIH, conscientes o no de haberse sometido a riesgos.

En la mayoría de los casos, se notificará la prevalencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual de los grupos sexualmente activos más jóvenes (15 a 24 años de edad) y del grupo de edad reproductiva más activo, es decir el de 15 a 49 años de edad. La notificación de la prevalencia de VIH en grupos de edad quinquenales también deberá ser estándar. La notificación de los casos de SIDA deberá incluir las variables de edad, sexo, supuesto modo de transmisión, enfermedades indicadoras de SIDA y mes de diagnóstico y de notificación. Estos criterios se tratan más a fondo en otros documentos publicados. También podrían obtenerse los datos de prevalencia de hepatitis y tuberculosis que llevan los programas especializados o por medio del sistema de notificación de enfermedades transmisibles.

3) Indicadores sociodemográficos empleados en la vigilancia del VIH de II Generación que se valoran por:

   a. Edad: Pacientes en grupos etáreos económico y sexualmente activos (15-44 años)
   b. Género: La infección afecta a ambos géneros, los varones que tienen sexo desprotegido con varones es un factor de riesgo importante para la infección. Las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo y periparto. Además las pacientes femeninas son más suceptibles a la infección por VIH.
   c. Ocupación: Existen ocupaciones que ponen en prácticas de riesgo a los sujetos como los trabajadores de la salud, trabajadores de las zonas francas y trabajadores de higiene y limpieza.
   d. Un indicador de residencia o migración: Proveniencia de regiones con alta incidencia de VIH.
   e. Estado Civil: es menos suceptibles la infectación en unión libre que en la unión estable.

B. Sistema de Vigilancia de II Generación del VIH en el INSS

Como parte de una estrategia nacional se creó un proceso de evaluación permanente de la situación de salud de un grupo humano, basado en la recopilación, análisis e interpretación de información *(25).*

Este nuevo sistema, denominado de vigilancia de segunda generación, tiene por objeto concentrar los recursos en los elementos que puedan generar la información que pueda servir más para reducir el avance del VIH y proveer atención a las personas afectadas. El desarrollo de las estrategias permitirá la respuesta oportuna y eficaz a la epidemia y a sus consecuencias *(25)*

Refleja en la necesidad de contar con un sistema de vigilancia que se adapte al modelo que asume la epidemia en cada país, lo cual a su vez indica que la recolección de información debe concentrarse en los grupos de población expuesta al riesgo más alto de infectarse con el VIH, es decir, la población con mayor comportamiento de riesgo o los jóvenes que están en el inicio de su actividad sexual *(25).*

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, específicamente la Dirección de Prestaciones en Salud, creó la Dirección de Servicios Preventivos, encargada de procesar la información relacionada a patologías prevenibles que pongan en riesgo a la mayoría de la población Nicaragüense asegurada y sus beneficiarios. Además contempla dar cumplimiento al proyecto "Nicaragua compromiso y acción ante el VIH-SIDA, Tuberculosis y Malaria" *(25).*

Hace dos años las IPSS y sus filiales, solamente informaban algunas contingencias y el comportamiento de la producción de servicios en formatos preestablecidos por el INSS que no reflejaban patologías sujetas vigilancia y a notificación obligatoria para la toma de decisiones, prevención y control.

Para mejorar esta situación el objetivo general de la Dirección de Servicios Preventivos (D.S.P.) del INSS en el Componente VIH/SIDA es garantizar el análisis de la información generada por la vigilancia del VIH/SIDA. De esta manera se logra conocer la tendencia real de la epidemia y utilizar la información para elaborar planes de prevención y atención dentro de la población asegurada y sus beneficiarios adscritos a la IPSS *(25).*

Como objetivos específicos se planteó determinar una estructura estadística en la IPSS que permita recopilar información de VIH/SIDA de acuerdo a los formatos establecidos por el INSS y MINSA, así como el reporte en períodos determinados,

implementar actividades de capacitación (sobre VIH SIDA, bioseguridad, tratamiento antirretroviral y consejerías) dirigidas al personal de las IPSS para identificar los factores de riesgo del VIH/SIDA en los pacientes asegurados y/o beneficiarios e indicar la prueba de VIH y capacitación sobre Ley 238 a personal de las empresas a nivel nacional. Además de que las IPSS garantizaran el abordaje diagnóstico de la infección del VIH de acuerdo al algoritmo establecido por el MINSA *(25)*.

Para cumplir con estos objetivos se condujo a realizar actividades en las IPSS de *(25)*:

1) Recopilación de información estadística permanente por día según formato de las consejerías pre-prueba, post-prueba y pruebas realizadas.
2) Notificación de manera inmediata los casos de VIH (+) detectados por las pruebas rápidas y de detección a la Dirección de Servicios Preventivos.
3) Disposición de los registros utilizados por la IPSS para el funcionamiento de la Vigilancia Epidemiológica de II Generación del VIH/SIDA.
4) Remisión de los formatos de informe mensual de VIH/SIDA conforme a la información recolectada en su IPSS a la Dirección de Servicios Preventivos.
5) Capacitación a los médicos asistenciales sobre la importancia de identificar en los pacientes que atienden los factores de riesgo del VIH/SIDA, evaluando los indicadores para referirlos al programa de consejería.
6) Información al asegurado y/o beneficiario sobre el VIH SIDA por medio de la consejería pre-prueba para clarificar sus conocimientos y lograr una decisión acorde a la detección y prevención de la epidemia.
7) Información al asegurado y/o beneficiario sobre el resultado de la prueba VIH/SIDA por medio de la consejería post-prueba considerando los factores de riesgo identificados para orientar las medidas de prevención.
8) Coordinación con el MINSA la confirmación y seguimiento de los casos VIH (+) identificados en la IPSS.
9) Programación de supervisión de las actividades y tareas mensuales para la prevención de VIH SIDA de sus IPSS dirigidos a mantener la salud y disminuir los riesgos de enfermedades y muerte.
10) Apoyo con capacitaciones de prevención de enfermedades potencialmente epidémicas (VIH SIDA, Bioseguridad, Consejerías, TAR y Ley 238).
11) Atención las patologías oportunistas (incluidas en el listado de prestaciones) de los asegurados y/o beneficiarios portadoras del VIH/SIDA.

Se estableció el flujo en la captación de pacientes asegurados y/o beneficiarios al programa de consejerías de la siguiente manera *(25)*.

1) Cada médico asistencial de la consulta externa, emergencia y hospitalización debe identificar en los pacientes asegurados o beneficiarios que atienden los factores de riesgo evaluados en los indicadores. En caso de usuarias de clínicas de control prenatal, pacientes de clínicas de ITS y pacientes captados por sintomáticos respiratorios de más de 14 días deben considerase como grupos centinelas.
2) Los pacientes con factores de riesgo y grupos centinelas deben ser referidos al programa de consejerías.
3) La consejería debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado con información, experiencia y adecuado manejo de emociones (consejería pre-prueba).
4) Pacientes captados en consejería deben continuar ruta de algoritmo de abordaje diagnóstico de la infección VIH.
5) La consejería post-prueba debe realizarse por la misma persona que realizó la consejería inicial y además sea quien entregue el resultado.
6) En caso de resultado positivo se realiza consejería post-prueba y se envía muestra al MINSA. El MINSA se hace cargo de realizar las evaluaciones clínicas subsecuentes y la administración de TAR. Pero es responsabilidad compartida del equipo encargado de la Vigilancia de II Generación de la IPSS junto con el MINSA darle seguimiento en conjunto.

Además se establecieron y documentaron mediante afiches los pasos del abordaje diagnóstico del VIH/SIDA (Algoritmo Diagnóstico) con la siguiente secuencia **(Ver Figura 3)** *(25)*.

1) Se comprueba que el paciente asegurado o beneficiario referido cumpla el requisito ético indispensable para realizar la prueba de detección de anticuerpos del VIH.
2) En caso de que el paciente asegurado o beneficiario no acepte la realización de la prueba o firma del consentimiento informado debe ser referido a su médico asistencial de la consulta externa, emergencia y/o hospitalización que lo captó.
3) Se registra la toma de muestra en libro de control del laboratorio siempre y cuando cumpla con los requisitos de discreción, confidencialidad y anonimato. En la casilla de los datos personales se utiliza el código del paciente.
4) En el primer paso se realiza la detección de anticuerpos específicos con métodos indirectos frente al VIH como pruebas de técnicas de aglutinación,

pruebas de técnicas de inmunoadherencia (dot-blot) o pruebas de técnicas de inmunocromatografía.

5) En el caso de resultado negativo se refiere al consejero. Se recomienda que sea la persona que realizó la consejería inicial sea la que entregue el resultado. Si no hay persistencia de los factores de riesgo se recomienda realizar control hasta 1 año después de la última exposición de riesgo.
6) En el caso de resultado positivo o indeterminado se realiza el segundo paso que es la detección de anticuerpos específicos con métodos indirectos frente al VIH con ELISA o EIA de cualquier generación.
7) En caso que en el segundo paso de resultado negativo se refiere al consejero. Si hay persistencia de los factores de riesgo se recomienda repetir en intérvalo de tiempo de 3 meses la prueba o según evaluación del riesgo se deja espacio abierto para una siguiente sesión de consejería.
8) En caso que en el segundo paso de resultado positivo o indeterminado se le explica por medio de una consejería post-prueba su situación y se envía la muestra para realizar la prueba confirmatoria en el MINSA.
9) En caso que en el tercer paso de resultado negativo debe ser captado por consejero de la IPSS y dar seguimiento según los factores de riesgo.
10) En caso que en el tercer paso de resultado positivo o indeterminado el MINSA se hace cargo de realizar la consejería post-prueba, ya que es donde se realizan las evaluaciones clínicas subsecuentes y la administración de TAR.

INDICADORES DE PREVENCIÓN:

En marzo del 2003 se obtuvo un proyecto de país para cinco años denominado: Fondo Mundial "**Nicaragua, compromiso y acción ante el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria**". La finalidad del Fondo es atraer, gestionar y asignar recursos adicionales mediante una nueva alianza pública – privada que contribuya de manera sostenida y significativa a la reducción de las infecciones, enfermedades y defunciones y de cierto modo que mitigue los efectos devastadores que causan estas enfermedades *(25)*.

Así mismo ha venido a contribuir con el fortalecimiento de la implementación del Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS/VIH/SIDA 2006-2010, el cual fue elaborado con la participación multisectorial y fue la base para la formulación del Proyecto, así mismo ha sido el norte para muchos cooperantes dispuestos a sumarse a esta lucha en nuestro país *(27)*.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS, como miembro del Mecanismo Coordinador de País (MCP) y CONISIDA, es subreceptor para la ejecución de fondos con el Proyecto Fondo Mundial en el componente de VIH y SIDA

y Tuberculosis, la convocatoria recientemente realizada para la VIII ronda del componente VIH y III Fase de TB, el INSS participo en la elaboración de la propuesta para subreceptor del Fondo, asimismo aplico para Receptor Principal, que a través del MCP fue preseleccionado para la administración de los Fondos *(25)*.

El sistema de información gerencial en proceso ha desarrollado diferentes mecanismos y herramientas destinadas a garantizar la prevención del VIH, abordar y fortalecer la vigilancia epidemiológica para la captación diagnóstica y reducir el subregistro, mecanismos de promoción de la prueba de VIH, prevención de la coinfección TB-VIH y coordinación interinstitucional y el fortalecimiento de la supervisión, monitoreo y evaluación *(25)*.

En este sentido, en base a los compromisos asumidos, en respuesta a estas enfermedades emergentes como VIH/SIDA y lo establecido y desarrollado en lineas de trabajo para el INSS evaluaremos los siguientes indicadores de prevención de consejerías y pruebas *(25)*:

Personas que reciben consejerías y pruebas *(41)*

Se mide el porcentaje de población general que recibe una prueba del VIH, los resultados y las consejerías anterior y posterior a la prueba.

En la consejería y las pruebas del VIH es importante introducir puntos para la prevención y las necesidades de asistencia. Por lo tanto es importante medir el número de personas que acceden a estos servicios, como un indicador del número de personas que pueden beneficiarse en potencia de la asistencia y la prevención.

Este indicador se designa para mostrar cuanta gente ha realizado la prueba y el impacto de los servicios de consejería posteriores a la misma. Para el investigador, este indicador sería una cascada que podría definir los siguientes:

1. Número de personas que han recibido consejería previa a la prueba y/o información suficiente anterior a la prueba para garantizar un consentimiento informado.
2. Porcentaje de aquellos que han realizado la prueba y han recibido consejería previa a la misma y que actualmente son sometidos a pruebas.
3. Porcentaje de aquellos que han sido sometidos a pruebas y han recibido sus resultados.
4. Porcentaje de aquellos que han sido sometidos a pruebas y han recibido consejería posterior a la prueba.

Meta:

- 100% de pruebas con consejería pre prueba
- 100% de pruebas con consejería post prueba

Indicadores de Impacto

Los indicadores se organizan en cuatro capítulos de acuerdo con un modelo lógico, vinculando la acción programática a los resultados esperados y, finalmente, al impacto epidemiológico *(32)*.

Los indicadores de impacto incluyen mediciones a nivel de la población, o sea, mediciones epidemiológicas, en especial, índices de prevalencia del VIH entre los jóvenes y subgrupos específicos de jóvenes. La Dirección de Servicios Preventivos del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social es el responsable del seguimiento como subreceptor de todos los indicadores de compromiso con el Fondo Mundial en el desarrollo del Proyecto *Nicaragua, compromiso y acción ante el SIDA, Tuberculosis y Malaria,* utilizando como base los tres siguientes enunciados *(25)*:

- Prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas.
- Prevalencia del VIH en subpoblaciones de jóvenes con conductas de alto riesgo - Directrices de vigilancia de segunda generación emitidos por ONUSIDA/OMS; Directrices de FHI sobre muestreo en sub-poblaciones
- Pacientes que consultaron por sospecha clínica o epidemiológica de una enfermedad de transmisión sexual.

Cada vez se reconoce una mayor importancia a la vigilancia de la infección por el VIH entre estas tres subpoblaciones, considerándose grupos de Vigilancia Centinela. El objetivo primordial de la vigilancia centinela es obtener información sobre la prevalencia y tendencia de la infección por el VIH en poblaciones específicas, seleccionadas por grupo demográfico, distribución geográfica y riesgo asumido de adquirir la infección por VIH.

Estas tres subpoblaciones nos proporcionan elementos con que podremos evaluar si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) están cumpliendo con el muestreo mínimo obligado de pruebas a la población derechohabiente:

1. Número de embarazadas que han recibido consejería previa a la prueba y/o información suficiente anterior a la prueba para garantizar un consentimiento informado.

2. Número de derechohabientes con Tuberculosis que han recibido consejería previa a la prueba y/o información suficiente anterior a la prueba para garantizar un consentimiento informado.
3. Número de derechohabientes con Infecciones de Transmisión Sexual que han recibido consejería previa a la prueba y/o información suficiente anterior a la prueba para garantizar un consentimiento informado.

Meta:

- 100% de pruebas en embarazadas captadas por primera vez.
- 100% de pruebas en pacientes con Tuberculosis captados.
- 100% de pruebas en pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual captados.

VIII. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo, lugar y período de estudio.

Se realizó un estudio en las 27 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Filiales de Managua durante los meses de enero a diciembre del año 2007 (15 Sedes y 12 Filiales).

Este estudio se clasificó de acuerdo a los siguientes criterios (Pineda, Alvarado y Canales 1994; Rottman y Greenland 1998):

- Según el análisis y alcance de los resultados: *Descriptivo*
- Número de mediciones (período y secuencia del estudio): *Transversal*

Universo.

Lo constituyeron los 677,976 derechohabientes que asistieron a consulta en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Managua durante el año 2007.

Muestra.

Se conformó por los 8,842 (1.30%) derechohabientes que se realizaron las consejerías pre-prueba. Se tomó esta muestra observando el cumplimiento en el desarrollo del algoritmo diagnóstico planteado para la realización de pruebas de detección VIH, incluyendo la firma del consentimiento informado.

El muestreo realizado fue por selección intencionada o muestreo de conveniencia que consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreo la "representatividad" se determinó de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método, ya que no pude cuantificar la representatividad de la muestra *(5)*.

Aún con este inconveniente, se seleccionó un tamaño de muestra basado en una fórmula matemática correspondiente para determinación de proporción en una población.

El tamaño de la muestra fue calculado a través de fórmula matemática establecida para estudios epidemiológicos, aplicando los siguientes criterios para el cálculo muestral *(13)*:

$$n_\infty = \frac{Z_{\alpha/2} \times p \times q}{e^2}$$

Donde:

n_∞ : Muestra (subconjunto de N), El valor de *n* obtenido por esta fórmula indica el tamaño de la muestra para una población infinita, a efectos prácticos se considera población infinita cuando la muestra supone menos del 5% de la población total.

$Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido = 99% (2.56).

p : Está determinada por la partir de la prevalencia del VIH en Nicaragua 2007 en la población general = 11.8% (se redondea a 12%) (0.12).

q : Esta determinada por la fórmula = 1-p (0.88).

e^2 : Error máximo aceptable = 1% (0.01)

El tamaño mínimo necesario de la muestra calculada fue **692** derechohabientes.

Criterios de inclusión.

- Persona asegurada o afiliada al INSS.
- Derechohabientes adscritos a IPSS de Managua
- Derechohabientes a quienes se les realizará consejerías pre-prueba.
- Derechohabientes a quienes se les realizará las pruebas de detección de VIH.
- Derechohabiente que aceptara llenar ficha de consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Derechohabientes adscritos a IPSS de los departamentos.
- Derechohabientes a quienes no se les promociona las pruebas de detección de VIH.

Instrumento para recolectar la información.

En la Dirección de Servicios Preventivos (DSP) del INSS se cuenta con dos instrumentos de recolección de datos que fueron elaborados por el equipo técnico para componente VIH y posteriormente validados por el Fondo Mundial:

- El Formato No. 1 es una ficha de supervisión de VIH/SIDA que se ejecuta durante la visitas a las instalaciones de las IPSS, valorando aspectos mensuales como número de pacientes a los que se le ha realizado consejería Pre y Post prueba de VIH/SIDA, número de pacientes que se les realizó pruebas de VIH, códigos de casos positivos, lugar de realización de las pruebas VIH, método diagnostico utilizado en el momento de la visita y observaciones donde se reflejan aspectos de importancia técnica a mencionar por supervisor. Este instrumento está compuesto de seis formularios abiertos y uno cerrado. La DSP del INSS verificó la información a través de esta ficha de recolección de datos según cronograma establecido de visita, realizándose aproximadamente una visita cada tres meses a cada IPSS y sus Filiales.
- El Formato No. 2 consiste en una tabla de información mensual de VIH/SIDA que obligatoriamente todas las IPSS y sus Filiales remiten a la DSP del INSS (vía correo electrónico o fax) tabulando la cantidad de consejería Pre y Post prueba de VIH/SIDA realizadas y el número pruebas de VIH negativas y positivas. En caso de existir casos positivos se anota código del paciente.

Los instrumentos de recolección de datos fueron validados por el Fondo Mundial como herramienta de información técnica ante el Proyecto "Nicaragua Compromiso y Acción ante el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria" en diciembre 2006 para el INSS. Durante las supervisiones que realizó la Dirección de Servicios Preventivos del INSS a las IPSS y sus Filiales durante el año 2007, la información se verificaba a través de una ficha de recolección de datos elaborada para supervisar (Formato No. 1). Además está establecida la remisión vía correo electrónico o fax del informe mensual de VIH/SIDA (Formato No. 2) al INSS.

La información se almacenó en tabla de Excel según IPSS o Filial por mes. Esta información se obtiene principalmente del Formato No. 2 y se tabuló la realización de consejerías según grupo etáreo (menores y mayores de 19 años) y las pruebas de VIH según resultado de prueba de VIH confirmatorio (positivo y negativo) y según grupo etáreo (menores y mayores de 19 años).

Método para recolectar la información

La medición se basó en sistemas de información de gestión de la salud. A todo derechohabiente que acudió a consulta a las diferentes IPSS y Filiales ubicadas en el departamento de Managua se le ofreció la oportunidad de realizarse la prueba de detección del VIH/SIDA. En el estudio se tomó en cuenta todo derechohabiente que aceptó que se le brinde la consejería pre-prueba sobre conocimientos de la infección

por VIH/SIDA, formas de transmisión y prevención, así como el significado de un resultado positivo o negativo.

Previo, se le llenó la hoja de consentimiento informado a todo aquel derechohabiente que accedió a la realización de pruebas de detección de VIH. Es importante recalcar que por las implicaciones éticas en todo momento durante el estudio se mantuvo la confidencialidad, tanto de la toma de muestras como sus respectivos resultados. Cada derechohabiente que se realizó la prueba de detección de VIH se le entregó una copia de solicitud de prueba de VIH, debidamente codificada, para que el resultado de su muestra se le revelara en una segunda cita, cuando se le brindó la consejería post-prueba.

A todas las muestras de sangre debidamente codificadas se les realizó las pruebas de tamizaje para VIH/SIDA establecidas en el algoritmo diagnóstico nacional. Estas pruebas fueron procesadas en los laboratorios, propios o subprestados de las IPSS y/o Filiales, por personal calificado cumpliendo las normas del laboratorio nacional del MINSA. Inicialmente se hizo una primera prueba de diagnostico rápido cuyo principio varió dependiendo de la IPSS o Filial entre las pruebas con técnica de aglutinación y las pruebas inmunocromatográficas. Luego, en aquellas muestras que resultaran positivas se les verificó con la misma prueba utilizada por el laboratorio. Durante todo este proceso se realizaron controles de calidad en el 30% de las pruebas que resulten negativas y aquellas muestras que tuvieron resultados positivos o indeterminados se enviaron al Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del MINSA (CNDR) para que se les realizaran las respectivas pruebas diagnosticas confirmatorias de ELISA (ensayo inmunoenzimático) y Western Blot.

Variables

1) Edad
2) Sexo
3) Mes
4) Consejería
5) Derechohabiente
6) Prueba de VIH
7) Serorreacción
8) Institución Prestadora de Servicios de Salud (Sede o Filial)

Operacionalización de variables

Variables	Concepto	Fuente	Escala
Edad	Años vividos desde el nacimiento hasta la fecha	Expresado en formatos 1 y 2	Menor o igual a 19 años Mayor de 19 años
Sexo	Diferencia física y biológica entre mujeres y varones.	Expresado en formatos 1 y 2	Masculino Femenino
Mes	Período de tiempo en el que se divide un año	Expresado en el encabezado de formatos 1 y 2	Enero Julio Febrero Agosto Marzo Setiembre Abril Octubre Mayo Noviembre Junio Diciembre
Consejería	Proceso interactivo en que el consejero ayuda al paciente a reflexionar sobre temas relacionados con VIH	Expresado en formatos 1 y 2	Suficiente Insuficiente
Derechohabiente	Es el beneficiario directo y legal de la atención por las IPSS, ya sea el asegurado, su cónyuge o conviviente (solo maternidad) y sus hijos menores de 12 años.	Expresado en formatos 1 y 2	Valores numéricos
Prueba VIH	Pruebas de laboratorio que utilizan métodos que detectan anticuerpos contra el VIH	Expresado en formatos 1 y 2	Realizada No realizada
Serorreacción	Método serológico diagnóstico, mediante el que los métodos de tamizaje y confirmatorios producen una determinada reacción	Expresado en formato 1 y 2	Seropositivo Seronegativo.

Institución Prestadora de Servicios de Salud	Unidad de Salud que por área geográfica o conveniencia elige el derechohabiente para ser atendido por sus problemas de Salud	Expresado en los formatos 1 y 2	27 Sedes o Filiales de Sedes

Nota: Consejero es el trabajador de la salud que ayuda al paciente a reflexionar sobre temas relacionados con las ITS y a analizar las posibles vías de acción. Se designa a las consejerías en cantidad suficiente cuando al menos cumple con el 100% del muestreo mínimo obligado según sus grupos centinelas e insuficiente con el incumplimiento de la misma.

Métodos e instrumentos para analizar la información

Una vez obtenida la información, esta se introduce en la base de datos en Microsoft Office Excel 2003, donde cada celda representará un mes. Mensual se llenará los datos correspondientes por IPSS, que se totalizan en la última pestaña de la base de datos. Los datos darán lugar a elaborar tablas de frecuencia (absolutas y porcentajes) de cada una de las variables cuantitativas. Los datos se presentan en forma de tablas de contingencia utilizando tablas de Microsoft Office Word 2003, distribuyéndolas por cada IPSS o filial por mes. Se colocarán en números absolutos la realización de consejerías por sexo y por grupo etáreo, así como el número de resultados positivos por grupo etáreo.

Se indicará el número de análisis, distribuidas en cada una de las diferentes casillas, números absolutos que posteriormente fueron expresados en frecuencia relativa (porcentaje).

Para los gráficos se utilizará el programa Microsoft Office PowerPoint 2003 donde se mostrarán los datos obtenidos en valores absolutos y porcentuales.

Limitaciones del Estudio

- No existe un indicador establecido por el Fondo Mundial, ni por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) para medir el cumplimiento de la meta de consejerías según población existente en un área determinada.
- Los datos obtenidos por la DSP del INSS son muy limitados, no se reúnen todos los indicadores planteados por el Fondo Mundial de manera individual.
- Los grupos etáreos utilizados en los formatos son muy amplios y no permiten evaluar los grupos que se recomiendan para valoraciones estadísticas actuales.

- Las IPSS y Filiales iniciaron a evidenciar la información de VIH precisamente en este año (2007), lo que provoca falta de registro de la misma principalmente en los primeros cuatro meses.
- Un tercio de las IPSS no disponen de servicios de laboratorio para realizar la prueba de VIH, por lo que han subcontratado a prestatarios externos (públicos o privados) los que utilizan diversos métodos diagnósticos lo cual es recomendable estandarizarlos y controlar la calidad de los mismos. Otro aspecto relacionado es la falta de ambientes adecuados en los servicios de laboratorio en más de la mitad de las IPSS.
- En las todas las IPSS se ha realizado mayor énfasis en la captación de las embarazadas para realizarse la prueba de VIH. Por tanto los resultados pueden verse inclinados al sexo femenino. Sin embargo los instrumentos utilizados para recolectar datos nos da pobre información de este grupo centinela.
- Tanto en las IPSS de Managua como en la DSP del INSS se cuentan con herramientas estadísticas incompletas que no consolidan los datos necesarios, ni dan seguimiento a los grupos de Vigilancia Centinela.

IX. RESULTADOS

1. Generalmente por cada adscrito hay más de un beneficiario, por tanto la población es mayor a la cantidad de adscritos en cada IPSS (677.976). Las IPSS que registran mayor grupo centinela son PAME con 2.885, Nuevo Hospital Monte España con 2.427 y Hospital Metrópoli Xolotlán con 2.022. **(Cuadro No. 1)**

2. Durante el estudio se realizaron 8,842 consejerías pre prueba sobre VIH, de las que 7,407 se realizaron en el sexo femenino (83.8%) y 1,435 se realizaron en el sexo masculino (16.2%). **(Cuadro No. 2 y No. 3)**

3. En el mes de agosto se registra la mayor realización de consejerías pre prueba sobre VIH con 1,118 (12.64%), seguido muy de cerca por octubre con 1,100 (12.44%) y por noviembre con 1,018 (11.51%). **(Gráfico No. 1)**

4. En la IPSS PAME registra la mayor realización de consejerías pre prueba sobre VIH con 2,088 (23.61%), seguido por Hospital Metrópoli Xolotlán con 1,541 (17.43%) y Salud Integral 1,463 (16.55%). **(Gráfico No. 2)**

5. Se registra mayor realización de consejerías pre prueba sobre VIH en el sexo femenino, específicamente en el grupo de mayores de 19 años con 6,919 (78.3%). **(Gráfico No. 1 y No. 2)**

6. Se realizaron 7,164 pruebas serológicas de VIH, de las que 6,298 se realizaron en el sexo femenino (87.5%) y 896 se realizaron en el sexo masculino (12.5%) **(Cuadro No. 4 y No. 5)**

7. En el mes de octubre se registra la mayor realización de pruebas serológicas de VIH con 809 (11.29%), seguido muy de cerca por agosto con 783 (10.93%) y por julio con 757 (10.57%). **(Gráfico No. 3)**

8. La IPSS PAME registra la mayor realización de pruebas serológicas de VIH con 2,128 (29.70%), seguido por Salud Integral 1,463 (20.42%) y Hospital Metrópoli Xolotlán con 1,262 (17.62%). **(Gráfico No. 4)**

9. Se registra mayor realización de pruebas serológicas de VIH en el sexo femenino, específicamente en el grupo de mayores de 19 años con 6,034 (84.2%). **(Gráfico No. 3 y No. 4)**

10. En los resultados de las pruebas VIH del total de las pruebas realizadas 7,134 dieron reacción negativa (99.58%), mientras 30 dieron reacción positiva tanto a pruebas de tamizaje como a pruebas confirmatorias. **(Cuadro No. 6, No. 7, No. 8 y No. 9)**

11. Las seropositividad más alta se obtiene en el mes de julio con 6 (20%), luego en los meses de octubre, mayo y marzo con 4 cada uno (13.33%). **(Gráfico No. 5)**

12. La IPSS con mayores hallazgos seropositivos es el PAME con 14 (46.67%), muy distantemente seguido por Hospital Metrópoli Xolotlán y Salud Integral con 3 cada uno (10%). **(Gráfico No. 6)**

13. Se registra mayor seropositividad en el sexo masculino mayores de 19 años con 18 (60%), mientras en el sexo femenino 12(40%). No se registra seropositivos en ambos sexos en menores de 19 años. **(Gráfico No. 5 y No. 6)**

14. Las seronegatividad mayor se obtiene en el mes de octubre con 805 (11.28%), seguido muy de cerca por agosto con 782 (10.96%) y julio con 751 (10.53%). **(Gráfico No. 7)**

15. La IPSS con mayor seronegatividad y correspondiendo con la mayor realización de pruebas VIH, es el PAME con 2,114 (29.63%), seguido por Salud Integral con 1,460 (20.47%) y Hospital Metrópoli Xolotlán con 1,259 (17.65%).**(Gráfico No. 8)**

16. La mayor cantidad de reacciones negativas serológicas las encontramos en el grupo etáreo mayor de 19 años en el sexo femenino con 6,022 (84.41%). **(Gráfico No. 7 y No. 8)**

BIBLIOTECA CENTRAL UNAN-LEON
Biblioteca Universitaria Rubén Darío

17. Se realizaron 1,214 consejerías post prueba sobre VIH, de las que 1,038 se realizaron en el sexo femenino (85.5%) y 176 se realizaron en el sexo masculino (14.5%) **(Cuadro No. 10 y No. 11)**

18. En el mes de octubre se registra la mayor realización de consejerías post prueba sobre VIH con 216 (17.79%), seguido muy de cerca por agosto con 210 (17.30%) y por mayo con 181 (14.91%). **(Gráfico No. 9)**

19. La IPSS Nuevo Hospital Monte España registra la mayor realización de consejerías post prueba sobre VIH con 842 (69.36%), seguido por EXCEL MEDIC con 130 (10.71%) y Salud Integral 68 (5.60%). **(Gráfico No. 10)**

20. Se registra mayor realización de consejerías post prueba sobre VIH en el sexo femenino, específicamente en el grupo de mayores de 19 años con 849 (69.93%). **(Gráfico No. 9 y No. 10)**

21. En las IPSS donde se ubican más de 20,000 adscritos el PAME es el único que registra mayor realización de pruebas VIH (2,128) que consejerías pre-prueba sobre VIH (2,088) y además nula realización de consejería post-prueba sobre VIH. Hospital Metrópolis Xolotlán y Nuevo Hospital Monte España registran mayor realización de consejerías pre-prueba sobre VIH (1,541 y 1,041, respectivamente) que pruebas de VIH realizadas (1,262 y 897, respectivamente), pero en consejerías post-prueba sobre VIH el primero solo registra 1 y el segundo realizó 84. **(Gráfico No. 11)**

22. En las IPSS donde se ubican de 10,000 a 19,999 adscritos el Centro Quirúrgico Médicos Unidos y SUMEDICO registran mayor realización de pruebas VIH (247 y 56, respectivamente) que consejerías pre-prueba sobre VIH (77 y 30, respectivamente) pero en consejerías post-prueba sobre VIH el primero nula realización y el segundo registra 24. **(Gráfico No. 12)**

23. En las IPSS donde se ubican de 5,001 a 9,999 adscritos Cruz Azul es el único que registra mayor realización de pruebas VIH (111) que consejerías pre-prueba sobre VIH (108) y además la realización de 68 consejerías post-prueba sobre VIH. **(Gráfico No. 13)**

24. En las IPSS donde se ubican menor de 5,000 adscritos Servicios Médicos es el único que registra mayor realización de pruebas VIH (82) que consejerías pre-

prueba sobre VIH (27) y además nula realización de consejerías post-prueba sobre VIH. **(Gráfico No. 14)**

25. Realizando una evaluación de la cantidad de consejerías pre-prueba realizadas en cada IPSS, tomando como meta mínima para cada una cumplir con el 100% de la captación según los grupos de Vigilancia Centinela, observamos que solo dos IPSS cumplen: Medintegral El Redentor (606/189) y PROFAMILIA (914/199). **(Gráfico No. 15)**

26. A pesar del sobrecumplimiento en consejerías pre-prueba de las IPSS Medintegral El Redentor y PROFAMILIA en el cumplimiento de la meta mínima de captación de grupos centinelas, ninguna de las dos las logró cumplir en captación para realizarse la prueba de VIH (164/189 y 72/199). **(Gráfico No.13 y No. 15)**

27. Realizando una evaluación de la cantidad de consejerías post-prueba realizadas en cada IPSS, tomando como meta mínima para cada una cumplir con el 100% a todas las pruebas de VIH realizadas, observamos que ninguna IPSS cumple. **(Gráfico No. 16)**

28. Tomando en cuenta que del sexo masculino fueron captados 18 casos positivos de VIH y 12 del sexo femenino, la relación es de 1.5 hombre por cada mujer. **(Gráfico No. 17)**

X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Como el tamaño de la muestra es suficiente, teniendo como principal característica la alta precisión, el error estimado es menor del 1%. Por otro lado, los derechohabientes incluidos en el estudio presentan características que se corresponden con los datos reportados para población general en las encuestas de salud y demografía que se publican periódicamente en el país, esto nos sugiere que la posibilidad de la presencia de los sesgos de selección es muy baja.

En cuanto a la clasificación del estatus de seropositividad de los derechohabientes investigados, la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas utilizadas está por arriba del 90%, además de ser confirmado dichos resultados por MINSA (CNDR), lo que nos garantiza que aquellos pacientes clasificados como portadores de VIH realmente son portadores de ese virus.

La información obtenida a través de los formatos es sencilla y relevante, por lo que el sesgo de memoria es poco probable. Sin embargo se debe de tomar en cuenta que por la naturaleza propia del tema abordado algunas evidencias de datos son complicados de recolectar. Esto fue evidente en el estudio en la recolección de datos de las consejerías post prueba sobre VIH que reveló información por debajo de los datos obtenidos en las consejerías pre prueba sobre VIH y pruebas realizadas de VIH. El pobre registro de la información se debe a que tanto en las IPPS de Managua como en la DSP del INSS se cuentan herramientas estadísticas incompletas que no consolidan los datos necesarios, mucho menos el seguimiento adecuado a los grupos de Vigilancia Centinela. Esto conduce al incumplimiento de los principios básicos de la Ley General de Salud de la República de Nicaragua, (Arto. 5, Cap. 7, acerca de calidad y mejoramiento contínuo de la situación de salud de la población), al no dar la información que de continuidad a las acciones a tomar en contra de la Epidemia del VIH/SIDA.

Los resultados del estudio demuestran que de los 677,976 derechohabientes que asistieron a consulta en las IPSS de Managua en el período de enero a diciembre del 2007 se les realizó pruebas diagnósticas de VIH/SIDA a 7,164, lo que significa una cobertura del 1.06%. Tomando en cuenta que la sumatoria de los grupos centinelas es de 15,446, la tasa mínima de cobertura debió ser del 2.27%. Es decir, que no se cumplió ni siquiera con el 50% de la tasa de cobertura mínima en el período 2007 (46.38%).

De los 7,164 derechohabientes que se les efectuó las pruebas diagnósticas de VIH/SIDA, el 0.42% resultó positivo lo que representa que más de un derechohabiente de cada 239 abordados fue seropositivo, proporción que es mayor en relación con el 0.11% reportado a nivel nacional por el último estudio centinela que se realizó en 2004-2005 por la Secretaría de Salud. Según el informe de vigilancia epidemiológica del MINSA en el año 2006 hubo una incidencia de 7.6/100,000, superada en el 2007 con una tasa de 12/100,000 lo cual denota una tendencia de incidencia creciente que ya sobrepasó lo proyectado por el ministerio de salud en su plan estratégico nacional. En la presente investigación se obtiene una tasa de incidencia a nivel de las IPSS de Managua de 4.42/100,000 que está por debajo de las tasas de incidencia nacionales, justificado por la cobertura baja en la realización de pruebas VIH. El margen de error estimado para nuestro parámetro en el estudio es extremadamente bajo (menor de 1%). Por tanto nos queda el reto de aumentar el muestreo para identificar la posibilidad de mayor cantidad de casos positivos de VIH.

El grupo etáreo donde se registra la mayor realización de consejerías pre prueba sobre VIH, de pruebas serológicas de VIH y de consejerías post prueba sobre VIH en el grupo de mayores de 19 años. La población que generalmente se capta es población adulta, ya que no existen programas dentro de las IPSS para estimular la realización de las pruebas a adolecentes, mucho menos en la población infantil.

De igual forma, la mayor cantidad de consejerías pre prueba sobre VIH, de pruebas serológicas de VIH y de consejerías post prueba sobre VIH se realizaron en derechohabientes del sexo femenino. Esto se explica por el compromiso asumido por el MINSA y el INSS en las unidades de salud de desarrollar mayor captación de mujeres en edades fértiles o embarazadas para reducir la transmisión vertical en el binomio madre-hijo del virus de VIH. Sin embargo se está desestimando la realización de consejerías sobre VIH y la promoción de pruebas de VIH en la población masculina.

Todos los derechohabientes con VIH/SIDA se encontraban en los mayores de 19 años de vida: 30 (100%), etapa de mayor productividad y reproducción en el ser humano, similar a lo reportado de de forma general en las estadísticas nacionales. Se registra mayor seropositividad en el sexo masculino (60%). Estos datos coinciden con la información obtenida en las consejerías pre prueba sobre VIH, pruebas serológicas de VIH y de consejerías post prueba sobre VIH.

Tomando en cuenta que del sexo masculino fueron captados 18 casos positivos de VIH y 12 del sexo femenino, la relación es de 1.5 hombre por cada mujer. Estos datos siguen el patrón registrado a nivel nacional de la feminización de la epidemia.

Aunque en los primeros años la proporción de hombres viviendo con VIH/SIDA era mayoritaria, con el tiempo esta situación ha ido cambiando. Si bien los hombres fueron los más afectados al comienzo de la epidemia, los índices de nuevas infecciones entre las mujeres ahora han aumentado. Antes del 2005 en Nicaragua la proporción era mayor de 4:1. Aunque también este resultado puede obedecer a la mayor captación del sexo femenino que el sexo masculino en la realización de consejerías sobre VIH y la promoción de pruebas de VIH en las IPSS de Managua.

El 99.58% de las pruebas VIH del total dieron reacción negativa, mientras 0.42% dieron reacción positiva tanto a pruebas de tamizaje como a pruebas confirmatorias.

Analizando los datos obtenidos según mes e IPSS, observamos que a mayor realización de consejerías pre prueba sobre VIH se registra mayor realización de pruebas serológicas de VIH. Esos mismos resultados se obtienen en los datos de seropositividad de los derechohabientes. Esto es evidente si observamos los datos de las tres IPSS que realizaron más consejerías, ya que fueron las que registran mayores casos de VIH (PAME; Hospital Metrópoli Xolotlán y Salud Integral). Podemos deducir que si se realiza mayor cantidad de consejerías, mayor probabilidad de detectar casos positivos de VIH.

Las consejerías post-prueba sobre VIH guardan el mismo patrón analizándose por mes. Sin embargo, los datos de consejerías post-prueba sobre VIH por IPSS son variados y esto está en dependencia de la calidad de las evidencias de realización de las mismas. Es decir, que a pesar que las IPSS PAME, Hospital Metrópoli Xolotlán y Salud Integral fueron las que realizaron más consejerías preprueba y pruebas de VIH, no cuentan con un registro de realización de consejería postprueba. En caso de PAME y Salud Integral la entrega del resultado de la prueba de VIH en la mayoría de las ocasiones es entregada por el personal de laboratorio, como si se tratara de una prueba común. En estos casos se está produciendo:

a. Falta de seguimiento del instrumento en que consiste la consejería para modificar o estimular a cambiar sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención.
b. Desestimación del impacto emocional que ocasiona la incertidumbre del resultado de la prueba.
c. Falta de afinamiento en la intervención psicosocial por el sufrimiento que implica ser portador del virus de VIH, tanto para la persona afectada como para la familia, principalmente por los casos de estigma y discriminación social que envuelven a la enfermedad.

Las consejerías post-prueba en los datos comparativos no depende de la población con que cuente la IPSS. Se observan datos muy variados entre la realización de consejerías pre-prueba sobre VIH, pruebas de VIH realizadas y consejerías post-prueba sobre VIH. Lo que si se puede percibir es el menor registro de consejerías post-prueba sobre VIH con que cuentan casi todas las IPSS.

A pesar que no existe a nivel mundial ningún método para cuantificar las consejerías según población, en el sistema de vigilancia de segunda generación se establecen poblaciones centinelas, que como su nombre lo denota, son grupos de subpoblaciones que deben mantenerse bajo estudio y determinan el nivel de la epidemia en determinadas poblaciones. Estos grupos de Vigilancia Centinela están determinados por la subpoblación de pacientes embarazadas, la subpoblación de pacientes con Tuberculosis y la subpoblación de pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual.

El área de epidemiología de las diferentes IPSS, mediante el programa de CPN y el registro mensual de los pacientes con Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, impulsan la realización de consejerías y consecuente toma de muestras de VIH. Sin embargo se refleja la falta de interés de los médicos asistenciales en la realización de consejerías sobre VIH y la promoción de pruebas de VIH, no permiten cumplir con la vigilancia de los grupos centinelas.

Por eso es que se observa que la cantidad de consejerías pre-prueba de VIH en la mayoría de las IPSS no cumplen con la meta mínima según los grupos de Vigilancia Centinela. Las dos IPSS que cumplen con la meta mínima no logran cumplir en captación para realizarse la prueba de VIH. A partir de estos datos se podría deducir que las consejerías preprueba en ambas IPSS no logran el objetivo de captar a los derechohabientes a realizarse las pruebas de VIH debido a la calidad de las mismas. Para el presente estudio se trataría de una conjetura, ya que abordamos aspectos cuantitativos y no cualitativos de las consejerías VIH.

Por la información obtenida donde se muestra que mayor cantidad de consejerías, mayor probabilidad de detectar casos positivos de VIH y con las deducciones anteriores evaluamos en términos generales como insuficientes las consejerías realizadas para captar nuevos pacientes VIH positivo en las IPSS de Managua.

El panorama es aún más sombrío al analizar las consejerías post-prueba de VIH ya que ninguna IPSS cumple con la meta mínima de realización, representada por el total de las pruebas VIH realizadas. Este es un hecho que debe alertar a todos las

entidades involucradas (Dirección IPSS, INSS y MINSA), ya que no se cumple con los principios básicos de la Ley General de Salud de Nicaragua, dándole garantía al mejoramiento contínuo de la situación de salud de la población.

De manera general los servicios de consejería pre y post-prueba de VIH son muy de3ficientes en casi todas las IPSS. Esto dificulta el cumplimiento como país del compromiso adquirido con el Fondo Mundial, además de entorpecer el desarrollo de actividades netamente preventivas en la lucha constante en contra de la propagación del virus VIH/SIDA y el acatamiento de la Ley General de Salud de la república de Nicaragua. Es necesario contar con los datos exactos de incidencia y prevalencia de la enfermedad para valorar las acciones a tomar según el estadío de la epidemia en que se encuentre nuestro país.

XI. CONCLUSIONES

1. Incumplimiento de las IPSS de Managua con los principios básicos de la Ley General de Salud de la República de Nicaragua, por el pobre registro de la información, con herramientas estadísticas incompletas que no consolidan los datos necesarios para dar continuidad a las acciones a tomar en contra de la Epidemia del VIH/SIDA.

2. Baja tasa de cobertura mínima de pruebas de VIH en las IPSS de Managua durante el año 2007 con el 46.38%

3. Alta seroprevalencia de VIH/SIDA en las IPSS de Managua durante el año 2007 de 4 por cada 1000 derechohabientes abordados.

4. La incidencia del año 2007 para las IPSS de Managua sería de 4.42/100,000, justificado por la baja cobertura de pruebas de VIH.

5. Mayor captación del sexo femenino que el sexo masculino en la realización de consejerías sobre VIH y la promoción de pruebas de VIH en las IPSS de Managua.

6. Falta de programas dentro de las IPSS de Managua que estimulen la realización de las pruebas a adolecentes, mucho menos en la población infantil.

7. A mayor número de consejerías pre-prueba sobre VIH realizadas mayor cantidad de pruebas serológicas de VIH, que da como resultado mayor captación de nuevos casos VIH en derechohabientes.

8. A pesar de que se realiza mayor cantidad de de pruebas serológicas de VIH en el sexo femenino, se registra mayor seropositividad en el sexo masculino con una relación de 1.5 hombre por cada mujer.

9. Existe escasa evidencia de realización de consejerías post-prueba obviando la oportunidad para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo y al mismo tiempo brinda apoyo emocional y psicológico a las personas infectadas con el VIH.

10. Falta de interés de los médicos asistenciales que laboran en las IPSS de Managua en la realización de consejerías sobre VIH y la promoción de pruebas de VIH.

XII. RECOMENDACIONES

1. La Dirección General de cada una de las IPSS deberá:

    a. Generar mayor sensibilidad en el personal médico y de apoyo de cada IPSS mediante educación contínua donde se enmarque la importancia y los avances en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

    b. Comprometer al personal de salud a su cargo que colabore en el registro de las evidencias de consejerías y pruebas de VIH desde los diferentes servicios de las IPSS.

    c. Mejorar la oferta de pruebas diagnósticas para VIH/SIDA a todos los derechohabientes que acudan a consulta mediante la promoción de las consejerías sobre VIH.

    d. Mejorar la vigilancia epidemiológica de los grupos centinelas: personas con diagnostico de ITS, personas con SR + 14 y diagnosticada con tuberculosis y personas embarazadas.

    e. Aumentar la promoción de consejerías y pruebas VIH en sexo masculino, tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio y a nivel nacional.

    f. Crear programas de educación sexual en adolecentes, donde se promuevan la modificación de sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención.

    g. Mejorar la oferta de pruebas diagnósticas para VIH/SIDA en poblaciones infantiles, mediante la sensibilización a la madre de lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

2. La Dirección de Servicios Preventivos del INSS debe incidir de manera directa en el mejoramiento del registro de la información en todas las IPSS:

    a. Capacitando al personal involucrado de cada IPSS en el registro de información de manera contínua con datos de actualización de las estrategias para combatir la epidemia.

b. Apoyando el desarrollo de herramientas estadísticas que eviten el sesgo de información.

3. El Ministerio de Salud debe establecer mejores formatos de recolección de datos, para ser aplicados por todas las unidades de salud a nivel nacional:

   a. En el caso de las consejerías se recomienda el Formato No. 3, donde se abarcan los indicadores establecidos por el MINSA para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo, tanto durante la consejería pre-prueba como en la consejería post-prueba sobre VIH.

   b. En el caso de los instrumentos de recolección de datos debe mejorarse la calidad de la información obtenida de la misma, por lo que se proponen los Formato No. 4 para Informes Mensual VIH/SIDA y Formato No. 5 para Ficha de Supervisión VIH/SIDA.

4. El Ministerio de Salud y la Dirección de Servicios Preventivos del INSS deben establecer periódicas evaluaciones conjuntas de la consolidación de los datos de las IPSS a nivel nacional, para pautar las estrategias a tomar en cada IPSS y dar continuidad en la lucha en contra de la epidemia VIH/SIDA.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI).1996. II Taller de Capacitación para Consejeros en VIH/SIDA; Manual del Participante. Venezuela: ONG Amigos de la Vida.

2. Ameli, Gladys y Gutiérrez, C del R. (2007). Infección por VIH-1 en pacientes no progresores a largo tiempo. Caracas: Instituto Nacional de Higiene, Rafael Rangel. Departamento de Virología.

3. Bartlett, JG y Gallart, JE (2004). "Medical Management of HIV Infection". Baltimore: Johns Hopkins University.

4. Blanche, S. 2003. Second international AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment HIV Disease in Children.

5. Casall, Jordi y Mateu, Enric. (2003). "Tipos de muestreo. Cresa". Revista Epidemiológica, Medicina Preventiva. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; Departament sanitat i anatomia animals. No. 1 pp. 3-7.

6. Castro, Kenneth G. et al... (1993). "Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults". Washington DC: National Center for Infectious Diseases Division of HIV/AIDS/ Government Printing Office.

7. Cardo, DM. et al. "A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure". N Engl J Med. No. 337. pp 1485-1490.

8. Chile, Ministerio de Salud. (2002). Consejería para VIH/SIDA. [Documento Técnico] Santiago de Chile: Comisión Nacional del SIDA.

9. Conlon, C .P. and D .R. Snydman (2000). Atlas and Text of Infectious Diseases. Mosby's Color Mosby.

10. Delgado Rubio Alfonzo (1993). Manual de SIDA. Organización Médica Colegial, 2ª edición Murcia, España.

11. Dolin R, Masur H, Saag M. (1999). AIDS Therapy. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.

12. Grove, Elk y Village, IL. (2003). "Report of the Committee on Infectious Diseases". En: Red Book. 26 a. edition, cap. 119, pp. 360-382.

13. Hernández Sampieri, R. et al... (2003). Metodología de la investigación. 4 a. edición, México, D.F: McGraw Hill/Iberoamérica.

14. Jacobson, Jerry O. (2007). Monitoreo de la Epidemia, Indicadores de Prevalencia e Incidencia en VIH/SIDA. Primera Reunión de la Red Centroamericana. Guatemala: e-mail: jojz@gt.cdc.gov. , enero 2008.

15. Kaplan, Jonathan E. et al... (2002). "Guidelines for preventing opportunistic for infections among HIV infection persons". Washington, D.C.: Surveillance and Epidemiology National Center for HIV/STD and TB Prevention National Institutes of Health Bethesda / Maryland University of Washington D.C.

16. Khalsa, J.H. et al... (2003). "Bloodborne and sexually transmitted infections in drug abusers in the United States, Latin America, the Caribbean, and Spain". Clinical Infection Diseases. No. 37(Suppl. 5).

17. Leroy, V. et al... (1995). "Four years of natural history of HIV-1 infection in African women: a prospective cohort study in Kigali (Rwanda) 1988-1993". [Investigación]. Bordeaux: University of Bordeaux II.

18. Llano Montero, Anuska. (2004). "Factores del Huésped que afectan a la progresión de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana tipo I." [Investigación]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

19. Mellado Peña, Mª J. (2004). "Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral de inicio de la infección por VIH en niños". Madrid: Hospital Carlos III, Servicio de Pediatría / Grupo de trabajo de VIH de la Sociedad de Infectología.

20. México, Secretaría de Salud. (2004). Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA. 2003 - 2004. México, DF: CENSIDA.

21. México, Secretaría de Salud. (2004). Guía para la aplicación de la prueba rápida, México, DF: CENSIDA. http://www.salud.gob.mx/ CONASIDA

22. México, Secretaría de Salud. (2006). Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS. México, DF: CENSIDA.

23. Moloughney, B.W. et al... (2001). Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health settings: Where are we now? CMAJ No. 165 pp. 445-451.

24. Nicaragua (1999) Reglamento No. 238: Ley de Promoción, Protección y Defensa de los derechos humanos ante el SIDA. La Gaceta No.238. Managua.

25. Nicaragua, (2008). Plan Estratégico Componente VIH/SIDA en la Dirección de Servicios Preventivos. Managua: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

26. Nicaragua, Banco Mundial. Diciembre (2006). "Situación del VIH/SIDA y Respuesta Epidemia". Managua: Región de Latino América y el Caribe/ Programa Global de VIH/SIDA.

27. Nicaragua, Ministerio de Salud. (1999). Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ETS/VIH/SIDA. Managua: Programa Nacional de las ETS/VIH/SIDA.

28. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2005). Manual de Consejería VIH/SIDA. Managua: Programa Nacional de las ITS/VIH/SIDA.

29. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2005). Pautas de Tratamiento Antirretroviral. Programa nacional ITS/VIH/SIDA.

30. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2005). Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA Nicaragua 2006-2010.

31. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2005). Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA.

32. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2005). Vigilancia Epidemiológica 2004. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

33. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2007). Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Manejo Sindrómico.

34. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2008). Estadísticas VIH 2007. Programa Nacional VIH/SIDA.

35. Nicaragua, Ministerio de Salud. (2008). Vigilancia Epidemiológica 2007. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

36. Organización Mundial de la Salud (2000). Vigilancia del VIH de Segunda Generación. Ginebra: ONUSIDA/OMS.

37. Organización Mundial de la Salud (2001). Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección, selección, evaluación y uso. Ginebra: ONUSIDA/OMS.

38. Organización Mundial de la Salud (2001). VIH/SIDA en las Américas. Una epidemia multifacética. Ginebra: ONUSIDA/OPS.

39. Organización Mundial de la Salud (2003). Expansión de tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados: directrices terapéuticas para un enfoque de salud pública. Ginebra: OMS.

40. Organización Mundial de la Salud. (2004) Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el mundo de la historia. Ginebra: OMS.

41. Organización Mundial de la Salud. (2006). Guía de monitoreo y evaluación VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. Fondo Mundial. 2ª ed. Ginebra: Fondo Mundial.

42. Organización Mundial de la Salud. (2007) Vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis. Ginebra: OMS/ ONUSIDA.

43. OPS/OMS (1999) 124ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, DC. 21 al 25 de Junio.

44. OPS/OMS. (2000). Guía Clínica y Formulario para el Tratamiento de Enfermedades Infecciosas. 23ª ed. pp. 152-179.

45. OPS/OMS (2003). Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector de salud. Washington DC.

46. OPS/OMS. (2005) Plan de monitoreo y evaluación de monitoreo y evaluación de los servicios de consejería en VIH/SIDA. Washington, DC.: OPS/OMS/ASDI.

47. Organización Panamericana de la Salud. (2002). Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas. Washington DC: OPS.

48. Panamá, Ministerio de Salud. (2002). Guías para la atención integral para personas viviendo con VIH /SIDA. Ciudad de Panamá: Dirección General de salud; Programa de ITS/SIDA.

49. Quirós E. y García, F, (1992) Métodos directos para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana. Granada, Es.: Facultad de Medicina, Departamento de Microbiología.

50. "Repaso de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Sesión Especial sobre el VIH/SIDA." (2007). www.advocatesforyouth.org. Septiembre 2008.

51. Rodríguez Morales AJ, et al... (2000). Prevalencia de enfermedades oportunistas asociadas a SIDA según tratamiento antirretroviral vs. hospitalización. Enfermedades infecciosas. Ciudad de México: XXV Congreso de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica.

52. Romo, Mohar. et al... (1992). The spectrum of clinical and pathological manifestations of AIDS in a consecutive series of. autopsied patients in Mexico AIDS. No. 5 pp. 467-473.

53. Rubio, R. et al... (2005). Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana 2002. Madrid: Hospital Carlos III.

54. Schacker, T. et al... (1996)." Clinical and epidemiologic features of Primary HIV infection". Ann Intern Med. Washington DC: University of Washington. No. 125 pp. 257– 264.

55. Solar, Ximena. (2002). Trabajo entre Pares y Consejería. [Documento técnico] Santiago de Ch.: Área de Prevención, Comisión Nacional del SIDA.

56. Soriano, Vicenç, González-Lahoz, Juan. (1994). Manual del SIDA: Patogenia, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento .México: DF: Wellcome Labor.

57. Velandia, Manuel Antonio. (2002). Manual de Consejería pre y post prueba en VIH/SIDA. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud, Programa del SIDA.

58. Vidal, Jahel y Osimani, Ma. Luz. (2006). Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/SIDA. Montevideo: Mastergraf.

ANEXOS

Tabla Nº 1: Población y Grupos de Vigilancia Centinela en IPSS Managua 2007

IPSS	POBLACIÓN		CAPTACIÓN GRUPOS VIGILANCIA CENTINELA			
	Adscritos	Consultantes por Primera Vez	Captación Embarazadas	Captación ITS	Captación TB	Total
Hospital Carlos Roberto Huembes	10.970	12.983	725	20	3	748
Nuevo Hospital Monte España	27.003	41.360	2.341	75	11	2.427
Roblessa	3.078	14.383	162	5	2	169
Hospital Salud Integral	23.232	19.795	1.679	72	2	1.753
Hospital Central Managua	12.472	39.704	801	7	4	812
Hospital PAME	44.655	179.094	2.764	110	11	2.885
Policlínica Cruz Azul	6.031	10.761	672	60	3	735
Centro Medico Americano	5.385	9.568	182	13	2	197
Hospital Bautista	23.425	99.504	853	198	9	1.060
La Popular	3.210	2.617	70	10	1	81
Medintegral el Redentor	5.412	1.643	127	61	1	189
Hospital Metrópoli Xolotlán	37.425	176.006	1.874	142	6	2.022
Centro Quirúrgico Médicos Unidos	10.933	24.562	614	20	2	636
Empresa de Servicios Médicos	3.968	12.568	318	31	1	350
PROFAMILIA Tipitapa	5.424	9.739	171	27	1	199
SUMEDICO S.A.	14.158	16.734	480	19	4	503
EXCEL MEDIC Tipitapa	3.266	6.955	675	5	0	680
Total	240.047	677.976	14.508	875	63	15.446

Nota: El Nuevo Hospital Monte España tiene Filiales en Tipitapa, Zona Franca y Ciudad Sandino, Roblessa tiene en Zona Franca, PAME tiene en Zona Franca, Hospital Bautista tiene en Zona Franca, Hospital Metrópoli tiene en Tipitapa, Hospital Alemán y Ciudad Sandino y Médicos Unidos tiene en Tipitapa.

Tabla Nº 2: Consejerías pre prueba en derechohabientes por grupo etáreo y mes Managua 2007

Mes	≤ 19 Años						> 19 años						Total					
	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Total	%
Enero	0	0%	1	100%	1	0,2%	418	84,8%	75	15,2%	493	99,8%	418	84,6%	76	15,4%	494	5,59%
Febrero	3	75%	1	25%	4	1,1%	336	95,2%	17	4,8%	353	98,9%	339	95%	18	5%	357	4,04%
Marzo	9	69,2%	4	30,8%	13	3,3%	348	92,6%	28	7,4%	376	96,7%	357	91,8%	32	8,2%	389	4,40%
Abril	8	72,7%	3	27,3%	11	2,4%	402	91,6%	37	8,4%	439	97,6%	410	91,1%	40	8,9%	450	5,09%
Mayo	8	66,7%	4	33,3%	12	1,7%	610	85,9%	100	14,1%	710	98,3%	618	85,6%	104	14,4%	722	8,17%
Junio	32	71,1%	13	28,9%	45	6,0%	652	91,8%	58	8,2%	710	94,0%	684	90,6%	71	9,4%	755	8,54%
Julio	85	78%	24	22%	109	11,2%	663	76,9%	199	23,1%	862	88,8%	748	77%	223	23%	971	10,98%
Agosto	148	69,8%	64	30,2%	212	19,0%	739	81,6%	167	18,4%	906	81,0%	887	79,3%	231	20,7%	1118	12,64%
Septiembre	47	68,1%	22	31,9%	69	8,0%	665	84,3%	124	15,7%	789	92,0%	712	83%	146	17%	858	9,70%
Octubre	59	45,4%	71	54,6%	130	11,8%	832	85,8%	138	14,2%	970	88,2%	891	81%	209	19%	1100	12,44%
Noviembre	62	67,4%	30	32,6%	92	9,0%	772	83,4%	154	16,6%	926	91,0%	834	81,9%	184	18,1%	1018	11,51%
Diciembre	27	93,1%	2	6,9%	29	4,8%	482	83%	99	17%	581	95,2%	509	83,4%	101	16,6%	610	6,90%
Total Managua	**488**	**67,1%**	**239**	**32,9%**	**727**	**8,2%**	**6919**	**85,3%**	**1196**	**14,7%**	**8115**	**91,8%**	**7407**	**83,8%**	**1435**	**16,2%**	**8842**	**100%**

Tabla Nº 3: Consejerías pre prueba en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Consejería realizadas para pruebas VIH																	
	≤ 19 Años						> 19 años						Total					
	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Total	%
Hospital Carlos Roberto Huembes	2	100%	0	0%	2	2,3%	64	75,3%	21	24,7%	85	97,7%	66	75,9%	21	24,1%	87	0,98%
Nuevo Hospital Monte España	142	91%	14	9%	156	15%	780	88,1%	105	11,9%	885	85,0%	922	88,6%	119	11,4%	1041	11,77%
Roblessa	1	100%	0	0%	1	3,7%	17	65%	9	35%	26	96,3%	18	66,7%	9	33,3%	27	0,31%
Hospital Salud Integral	12	85,7%	2	14,3%	14	1%	1130	78%	319	22%	1449	99,0%	1142	78,1%	321	21,9%	1463	16,55%
Hospital Central Managua	1	50%	1	50%	2	1,3%	122	83%	25	17%	147	98,7%	123	82,6%	26	17,4%	149	1,69%
Hospital PAME	14	100%	0	0%	14	0,7%	2043	98,5%	31	1,5%	2074	99,3%	2057	98,5%	31	1,5%	2088	23,61%
Policlínica Cruz Azul	1	100%	0	0%	1	0,9%	74	69,2%	33	30,8%	107	99,1%	75	69,4%	33	30,6%	108	1,22%
Centro Medico Americano	1	100%	0	0%	1	0,5%	154	83,7%	30	16,3%	184	99,5%	155	83,8%	30	16,2%	185	2,09%
Hospital Bautista	0	0%	1	100%	1	0,7%	102	72,3%	39	27,7%	141	99,3%	102	71,8%	40	28,2%	142	1,61%
La Popular	4	100%	0	0%	4	7,7%	42	87,5%	6	12,5%	48	92,3%	46	88,5%	6	11,5%	52	0,59%
Medintegral el Redentor	165	53,9%	141	46,1%	306	50,5%	193	64,3%	107	35,7%	300	49,5%	358	59,1%	248	40,9%	606	6,85%
Hospital Metrópoli Xolotlán	11	100%	0	0%	11	0,7%	1390	90,8%	140	9,2%	1530	99,3%	1401	90,9%	140	9,1%	1541	17,43%
Centro Quirúrgico Médicos Unidos	2	50%	2	50%	4	5,2%	53	72,6%	20	27,4%	73	94,8%	55	71,4%	22	28,6%	77	0,87%
Empresa de Servicios Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	13	48,1%	14	51,9%	27	100%	13	48,1%	14	51,9%	27	0,31%
PROFAMILIA Tipitapa	111	74,5%	38	25,5%	149	16,3%	578	75,6%	187	24,4%	765	83,7%	689	75,4%	225	24,6%	914	10,34%
SUMEDICO S.A.	0	0%	0	0%	0	0%	16	53,3%	14	46,7%	30	100%	16	53,3%	14	46,7%	30	0,34%
EXCEL MEDIC Tipitapa	21	34,4%	40	65,6%	61	20%	148	60,7%	96	39,3%	244	80,0%	169	55,4%	136	44,6%	305	3,45%
Total Managua	488	67,1%	239	32,9%	727	8,2%	6919	85,3%	1196	14,7%	8115	91,8%	7407	83,8%	1435	16,2%	8842	100%

Nota: El Nuevo Hospital Monte España tiene Filiales en Tipitapa, Zona Franca y Ciudad Sandino, Roblessa tiene en Zona Franca, PAME tiene en Zona Franca, Hospital Bautista tiene en Zona Franca, Hospital Metrópoli tiene en Tipitapa, Hospital Alemán y Ciudad Sandino y Médicos Unidos tiene en Tipitapa.

Tabla Nº 4: Pruebas VIH realizadas por grupo etáreo y mes Managua 2007

Mes	≤ 19 Años						> 19 años						Total					
	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Total	%
Enero	0	0%	1	100%	1	0,2%	418	85%	74	15%	492	99,8%	418	84,8%	75	15,2%	493	6,88%
Febrero	0	0%	0	0%	0	0%	326	95,6%	15	4,4%	341	100%	326	95,6%	15	4,4%	341	4,76%
Marzo	2	100%	0	0%	2	0,5%	337	92,8%	26	7,2%	363	99,5%	339	92,9%	26	7,1%	365	5,09%
Abril	0	0%	0	0%	0	0%	385	92,3%	32	7,7%	417	100%	385	92,3%	32	7,7%	417	5,82%
Mayo	2	66,7%	1	33,3%	3	0,4%	591	87,8%	82	12,2%	673	99,6%	593	87,7%	83	12,3%	676	9,44%
Junio	32	86,5%	5	13,5%	37	5,2%	624	93,4%	44	6,6%	668	94,8%	656	93%	49	7%	705	9,84%
Julio	67	90,5%	7	9,5%	74	9,8%	553	81%	130	19,0%	683	90,2%	620	81,9%	137	18,1%	757	10,57%
Agosto	60	95,2%	3	4,8%	63	8%	627	87,1%	93	12,9%	720	92%	687	87,7%	96	12,3%	783	10,93%
Septiembre	10	52,6%	9	47,4%	19	3%	523	86,6%	81	13,4%	604	97%	533	85,6%	90	14,4%	623	8,70%
Octubre	24	85,7%	4	14,3%	28	3,5%	675	86,4%	106	13,6%	781	96,5%	699	86,4%	110	13,6%	809	11,29%
Noviembre	28	56%	22	44%	50	7%	569	87,0%	85	13%	654	92,9%	597	84,8%	107	15,2%	704	9,83%
Diciembre	9	100%	0	0%	9	1,8%	406	84,2%	76	15,8%	482	98,2%	415	84,5%	76	15,5%	491	6,85%
Total Managua	**234**	81,8%	**52**	18,2%	286	4%	**6034**	87,7%	**844**	12,3%	6878	96%	**6268**	87,5%	**896**	12,5%	**7164**	100%

Tabla Nº 5: Pruebas VIH realizadas por grupo etáreo e IPSS Managua 2007

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Pruebas realizadas para pruebas VIH																	
	≤ 19 Años						> 19 años						Total					
	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Total	%
Hospital Carlos Roberto Huembes	2	100%	0	0%	2	2,9%	48	72,7%	18	27,3%	66	97,1%	50	73,5%	18	26,5%	68	0,95%
Nuevo Hospital Monte España	143	90,5%	15	9,5%	158	17,6%	669	90,5%	70	9,5%	739	82,4%	812	90,5%	85	9,5%	897	12,52%
Roblessa	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	0,01%
Hospital Salud Integral	13	86,7%	2	13,3%	15	1%	1129	78%	319	22%	1448	99%	1142	78,1%	321	21,9%	1463	20,42%
Hospital Central Managua	1	50%	1	50%	2	1,4%	118	85,5%	20	14,5%	138	98,6%	119	85%	21	15%	140	1,95%
Hospital PAME	16	100%	0	0%	16	0,8%	2077	98,3%	35	1,7%	2112	99,2%	2093	98,4%	35	1,6%	2128	29,70%
Policlínica Cruz Azul	1	100%	0	0%	1	0,9%	77	70,0%	33	30,0%	110	99,1%	78	70,3%	33	29,7%	111	1,55%
Centro Medico Americano	2	100%	0	0%	2	1,2%	138	85,2%	24	14,8%	162	98,8%	140	85,4%	24	14,6%	164	2,29%
Hospital Bautista	0	0%	1	100%	1	0,7%	102	72,3%	39	27,7%	141	99,3%	102	71,8%	40	28,2%	142	1,98%
La Popular	4	100%	0	0%	4	8,3%	38	86,4%	6	13,6%	44	91,7%	42	87,5%	6	12,5%	48	0,67%
Medintegral el Redentor	23	76,7%	7	23,3%	30	47,6%	20	60,6%	13	39,4%	33	52,4%	43	68,3%	20	31,7%	63	0,88%
Hospital Metrópoli Xolotlán	5	71%	2	29%	7	0,6%	1122	89,4%	133	10,6%	1255	99,4%	1127	89,3%	135	10,7%	1262	17,62%
Centro Quirúrgico Médicos Unidos	5	100%	0	0%	5	2,0%	210	86,8%	32	13,2%	242	98,0%	215	87,0%	32	13,0%	247	3,45%
Empresa de Servicios Médicos	3	0%	0	0%	3	4%	72	91,1%	7	8,9%	79	96%	75	91,5%	7	8,5%	82	1,14%
PROFAMILIA Tipitapa	0	0,0%	1	100%	1	1,4%	62	87,3%	9	12,7%	71	98,6%	62	86,1%	10	13,9%	72	1,01%
SUMEDICO S.A.	1	0%	0	0%	1	2%	42	76,4%	13	23,6%	55	98%	43	76,8%	13	23,2%	56	0,78%
EXCEL MEDIC Tipitapa	15	39,5%	23	60,5%	38	17%	109	59,9%	73	40,1%	182	82,7%	124	56,4%	96	43,6%	220	3,07%
Subtotal Managua	234	81,8%	52	18,2%	286	4,0%	6034	87,7%	844	12,3%	6878	96,0%	6268	87,5%	896	12,5%	7164	100%

Nota: El Nuevo Hospital Monte España tiene Filiales en Tipitapa, Zona Franca y Ciudad Sandino, Roblessa tiene en Zona Franca, PAME tiene en Zona Franca, Hospital Bautista tiene en Zona Franca, Hospital Metrópoli tiene en Tipitapa, Hospital Alemán y Ciudad Sandino y Médicos Unidos tiene en Tipitapa.

Tabla Nº 6: Seropositividad de Pruebas VIH realizadas por grupo etáreo y mes Managua 2007

Mes	POSITIVAS										
	≤ 19 Años				> 19 años				Total		
	F	%	M	%	F	%	M	%	Sub Total	%	% SR
Enero	0	0%	0	0%	1	33,3%	2	66,7%	3	10%	0,61%
Febrero	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	6,67%	0,59%
Marzo	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	4	13,33%	1,1%
Abril	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	3,33%	0,24%
Mayo	0	0%	0	0%	3	75%	1	25%	4	13,33%	0,59%
Junio	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	6,67%	0,28%
Julio	0	0%	0	0%	2	33,3%	4	66,7%	6	20%	0,79%
Agosto	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	3,33%	0,13%
Septiembre	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	3,33%	0,16%
Octubre	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	4	13,33%	0,5%
Noviembre	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	3,33%	0,14%
Diciembre	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	3,33%	0,2%
Total Managua	**0**	0%	**0**	0%	**12**	40%	**18**	60%	**30**	100%	0,42%

Tabla Nº 7: Seropositividad de Pruebas VIH realizadas por grupo etáreo e IPSS Managua 2007

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	POSITIVAS										
	≤ 19 Años				> 19 años				Total		
	F	%	M	%	F	%	M	%	Sub Total	%	% SR
Hospital Carlos Roberto Huembes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Nuevo Hospital Monte España	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	6,67%	0,22%
Roblessa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Hospital Salud Integral	0	0%	0	0%	1	33,33%	2	66,67%	3	10%	0,21%
Hospital Central Managua	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	6,67%	1,43%
Hospital PAME	0	0%	0	0%	8	0,4%	6	37,5%	14	46,67%	0,66%
Policlínica Cruz Azul	0	0%	0	0%	0	0%	2	100,0%	2	6,67%	1,83%
Centro Medico Americano	0	0%	0	0%	0	0%	1	100,0%	1	3,33%	0,61%
Hospital Bautista	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
La Popular	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Medintegral el Redentor	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	3,33%	1,61%
Hospital Metrópoli Xolotlán	0	0%	0	0%	1	33,33%	2	66,67%	3	10%	0,24%
Centro Quirúrgico Médicos Unidos	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	6,67%	0,82%
Empresa de Servicios Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
PROFAMILIA Tipitapa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
SUMEDICO S.A.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
EXCEL MEDIC Tipitapa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Subtotal Managua	0	0,0%	0	0,0%	12	0,2%	18	7,7%	30	100%	12,8%

Nota: El Nuevo Hospital Monte España tiene Filiales en Tipitapa, Zona Franca y Ciudad Sandino, Roblessa tiene en Zona Franca, PAME tiene en Zona Franca, Hospital Bautista tiene en Zona Franca, Hospital Metrópoli tiene en Tipitapa, Hospital Alemán y Ciudad Sandino y Médicos Unidos tiene en Tipitapa.

Tabla Nº 8: Seronegatividad de Pruebas VIH realizadas por grupo etáreo y mes Managua 2007

Mes	NEGATIVAS														
	≤ 19 Años						> 19 años						Total		
	F	%	M	%	Sub Total	%ST	F	%	M	%	Sub Total	%ST	Sub Total	%	% SR
Enero	0	0%	1	100%	1	0,2%	417	85,3%	72	14,7%	489	99,8%	490	6,87%	99,39%
Febrero	0	0%	0	0%	0	0%	326	96,2%	13	3,8%	339	100,0%	339	4,75%	99,41%
Marzo	2	100%	0	0%	2	0,6%	336	93,6%	23	6,4%	359	99,4%	361	5,06%	98,9%
Abril	0	0%	0	0%	0	0%	384	92,3%	32	7,7%	416	100,0%	416	5,83%	99,76%
Mayo	2	66,7%	1	33,3%	3	0,4%	588	87,9%	81	12,1%	669	99,6%	672	9,42%	99,41%
Junio	32	86,5%	5	13,5%	37	5,3%	623	93,5%	43	6,5%	666	94,7%	703	9,85%	99,72%
Julio	67	90,5%	7	9,5%	74	9,9%	551	81,4%	126	18,6%	677	90,1%	751	10,53%	99,21%
Agosto	60	95,2%	3	4,8%	63	8,1%	627	87,2%	92	12,8%	719	91,9%	782	10,96%	99,87%
Septiembre	10	52,6%	9	47,4%	19	3,1%	523	86,7%	80	13,3%	603	96,9%	622	8,72%	99,84%
Octubre	24	85,7%	4	14,3%	28	3,5%	674	86,7%	103	13,3%	777	96,5%	805	11,28%	99,51%
Noviembre	28	56%	22	44%	50	7,1%	568	87%	85	13%	653	92,9%	703	9,85%	99,86%
Diciembre	9	100%	0	0%	9	1,8%	405	84,2%	76	15,8%	481	98,2%	490	6,87%	99,8%
Total Managua	**234**	81,8%	**52**	18,2%	286	4%	6022	87,9%	826	12,1%	**6848**	96%	**7134**	100%	99,58%

Tabla Nº 9: Seronegatividad de Pruebas VIH realizadas por grupo etáreo e IPSS Managua 2007

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	NEGATIVAS														
	≤ 19 Años						> 19 años						Total		
	F	%	M	%	ST	%	F	%	M	%	ST	%	Sub Total	%	% SR
Hospital Carlos Roberto Huembes	2	100%	0	0%	2	2,94%	48	72,73%	18	27,27%	66	97,06%	68	0,95%	100%
Nuevo Hospital Monte España	143	91%	15	2%	158	17,65%	668	90,64%	69	9,36%	737	82,35%	895	12,55%	99,8%
Roblessa	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	1	0,01%	100%
Hospital Salud Integral	13	87%	2	0%	15	1,03%	1128	78,06%	317	21,94%	1445	98,97%	1460	20,47%	99,8%
Hospital Central Managua	1	50%	1	1%	2	1,45%	118	86,76%	18	13,24%	136	98,55%	138	1,93%	98,6%
Hospital PAME	16	100%	0	0%	16	0,76%	2069	98,62%	29	1,38%	2098	99,24%	2114	29,63%	99,3%
Policlínica Cruz Azul	1	100%	0	0%	1	0,92%	77	71,30%	31	28,70%	108	99,08%	109	1,53%	98,2%
Centro Medico Americano	2	100%	0	0%	2	1,23%	138	85,71%	23	14,29%	161	98,77%	163	2,28%	99,4%
Hospital Bautista	0	0%	1	1%	1	0,70%	102	72,34%	39	27,66%	141	99,30%	142	1,99%	100%
La Popular	4	100%	0	0%	4	8,33%	38	86,36%	6	13,64%	44	91,67%	48	0,67%	100%
Medintegral el Redentor	23	77%	7	35%	30	48,39%	20	62,50%	12	37,50%	32	51,61%	62	0,87%	98,4%
Hospital Metrópoli Xolotlán	5	71%	2	0%	7	0,56%	1121	89,54%	131	10,46%	1252	99,44%	1259	17,65%	99,8%
Centro Quirúrgico Médicos Unidos	5	100%	0	0%	5	2,04%	209	87,08%	31	12,92%	240	97,96%	245	3,43%	99,2%
Empresa de Servicios Médicos	3	100%	0	0%	3	3,66%	72	91,14%	7	8,86%	79	96,34%	82	1,15%	100%
PROFAMILIA Tipitapa	0	0%	1	2%	1	1,39%	62	87,32%	9	12,68%	71	98,61%	72	1,01%	100%
SUMEDICO S.A.	1	100%	0	0%	1	1,79%	42	76,36%	13	23,64%	55	98,21%	56	0,78%	100%
EXCEL MEDIC Tipitapa	15	39%	23	21%	38	17,27%	109	59,89%	73	40,11%	182	82,73%	220	3,08%	100%
Subtotal Managua	234	81,8%	52	18,2%	286	4,01%	6022	87,94%	826	12,06%	6848	95,99%	7134	100%	99,6%

Nota: El Nuevo Hospital Monte España tiene Filiales en Tipitapa, Zona Franca y Ciudad Sandino, Roblessa tiene en Zona Franca, PAME tiene en Zona Franca, Hospital Bautista tiene en Zona Franca, Hospital Metrópoli tiene en Tipitapa, Hospital Alemán y Ciudad Sandino y Médicos Unidos tiene en Tipitapa.

Tabla Nº 10: Consejerías post prueba en derechohabientes por grupo etáreo y mes Managua 2007

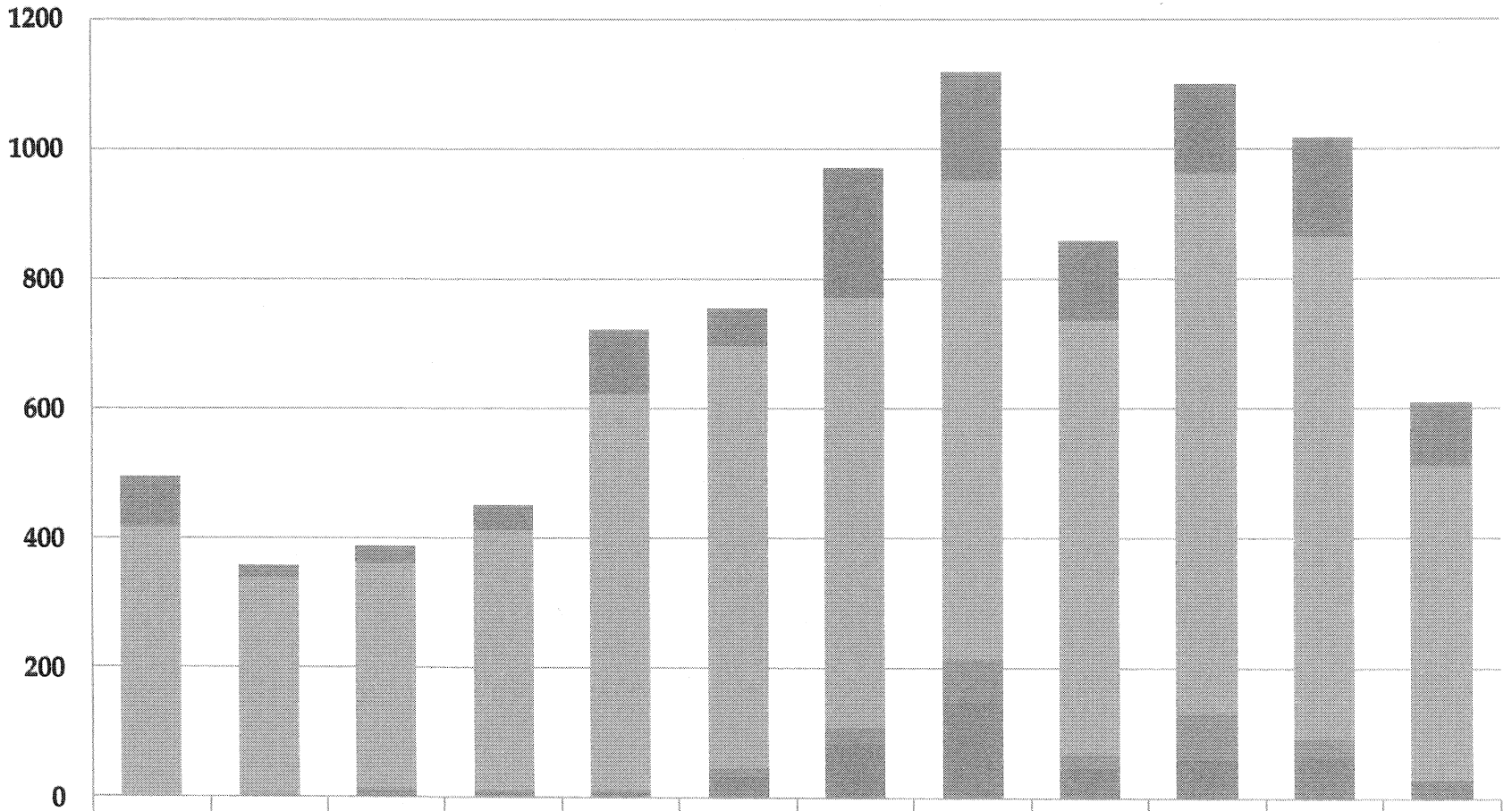
Mes	≤ 19 Años						> 19 años						Total					
	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Total	%
Enero	0	0%	0	0%	0	0%	12	92,3%	1	7,7%	13	100%	12	92,3%	1	7,7%	13	1,07%
Febrero	0	0%	0	0%	0	0%	3	0%	2	0%	5	0%	3	0%	2	0%	5	0,41%
Marzo	0	0%	0	0%	0	0%	10	83,3%	2	16,7%	12	100%	10	83,3%	2	16,7%	12	0,99%
Abril	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,00%
Mayo	46	80,7%	11	19,3%	57	31,5%	103	83,1%	21	16,9%	124	68,5%	149	82,3%	32	17,7%	181	14,91%
Junio	23	88,5%	3	11,5%	26	23,9%	70	84,3%	13	15,7%	83	76,1%	93	85,3%	16	14,7%	109	8,98%
Julio	46	93,9%	3	6,1%	49	31,8%	83	79%	22	21%	105	68,2%	129	83,8%	25	16,2%	154	12,69%
Agosto	52	94,5%	3	5,5%	55	26,2%	134	86,5%	21	13,5%	155	73,8%	186	88,6%	24	11,4%	210	17,30%
Septiembre	4	33,3%	8	66,7%	12	12,4%	71	83,5%	14	16,5%	85	87,6%	75	77,3%	22	22,7%	97	7,99%
Octubre	10	76,9%	3	23,1%	13	6%	188	92,6%	15	7,4%	203	94%	198	91,7%	18	8,3%	216	17,79%
Noviembre	8	72,7%	3	27,3%	11	7,5%	121	89%	15	11%	136	92,5%	129	87,8%	18	12,2%	147	12,11%
Diciembre	0	0%	0	0%	0	0%	54	77,1%	16	22,9%	70	100%	54	77,1%	16	22,9%	70	5,77%
Total Managua	**189**	84,8%	**34**	15,2%	**223**	18,4%	**849**	85,7%	**142**	14,3%	**991**	81,6%	**1038**	85,5%	**176**	14,5%	**1214**	100%

Tabla Nº 11: Consejerías pre prueba en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Consejería realizadas para pruebas VIH																	
	≤ 19 Años						> 19 años						Total					
	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Sub Total	%ST	F	%F	M	%M	Total	%
Hospital Carlos Roberto Huembes	0	0%	0	0%	0	0%	12	50%	12	50%	24	100%	12	50,0%	12	50,0%	24	1,98%
Nuevo Hospital Monte España	181	88,7%	23	11,3%	204	24,2%	577	90,4%	61	9,6%	638	75,77%	758	90%	84	10%	842	69,36%
Roblessa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Hospital Salud Integral	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%	1	50%	1	50%	2	0,16%
Hospital Central Managua	0	0%	0	0%	0	0%	56	90,32%	6	9,68%	62	100%	56	90%	6	10%	62	5,11%
Hospital PAME	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Policlínica Cruz Azul	0	0%	0	0%	0	0%	51	75%	17	25%	68	100,0%	51	75,0%	17	25,0%	68	5,60%
Centro Medico Americano	0	0%	0	0%	0	0%	4	100,0%	0	0%	4	100%	4	100%	0	0%	4	0,33%
Hospital Bautista	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	0,08%
La Popular	0	0%	0	0%	0	0%	10	83,33%	2	16,67%	12	100%	10	83,3%	2	16,7%	12	0,99%
Medintegral el Redentor	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Hospital Metrópoli Xolotlán	0	0%	0	0%	0	0%	5	83,33%	1	16,67%	6	100%	5	83,33%	1	16,67%	6	0,49%
Centro Quirúrgico Médicos Unidos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Empresa de Servicios Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PROFAMILIA Tipitapa	0	0%	1	100%	1	1,59%	54	87,1%	8	12,9%	62	98,41%	54	85,71%	9	14,29%	63	5,19%
SUMEDICO S.A.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
EXCEL MEDIC Tipitapa	8	44,44%	10	55,56%	18	13,85%	78	69,64%	34	30,36%	112	86,15%	86	66,15%	44	33,85%	130	10,71%
Subtotal Managua	189	84,75%	34	15,25%	223	18,37%	849	85,67%	142	14,33%	991	81,63%	1038	85,5%	176	14,5%	1214	100%

Nota: El Nuevo Hospital Monte España tiene Filiales en Tipitapa, Zona Franca y Ciudad Sandino, Roblessa tiene en Zona Franca, PAME tiene en Zona Franca, Hospital Bautista tiene en Zona Franca, Hospital Metrópoli tiene en Tipitapa, Hospital Alemán y Ciudad Sandino y Médicos Unidos tiene en Tipitapa.

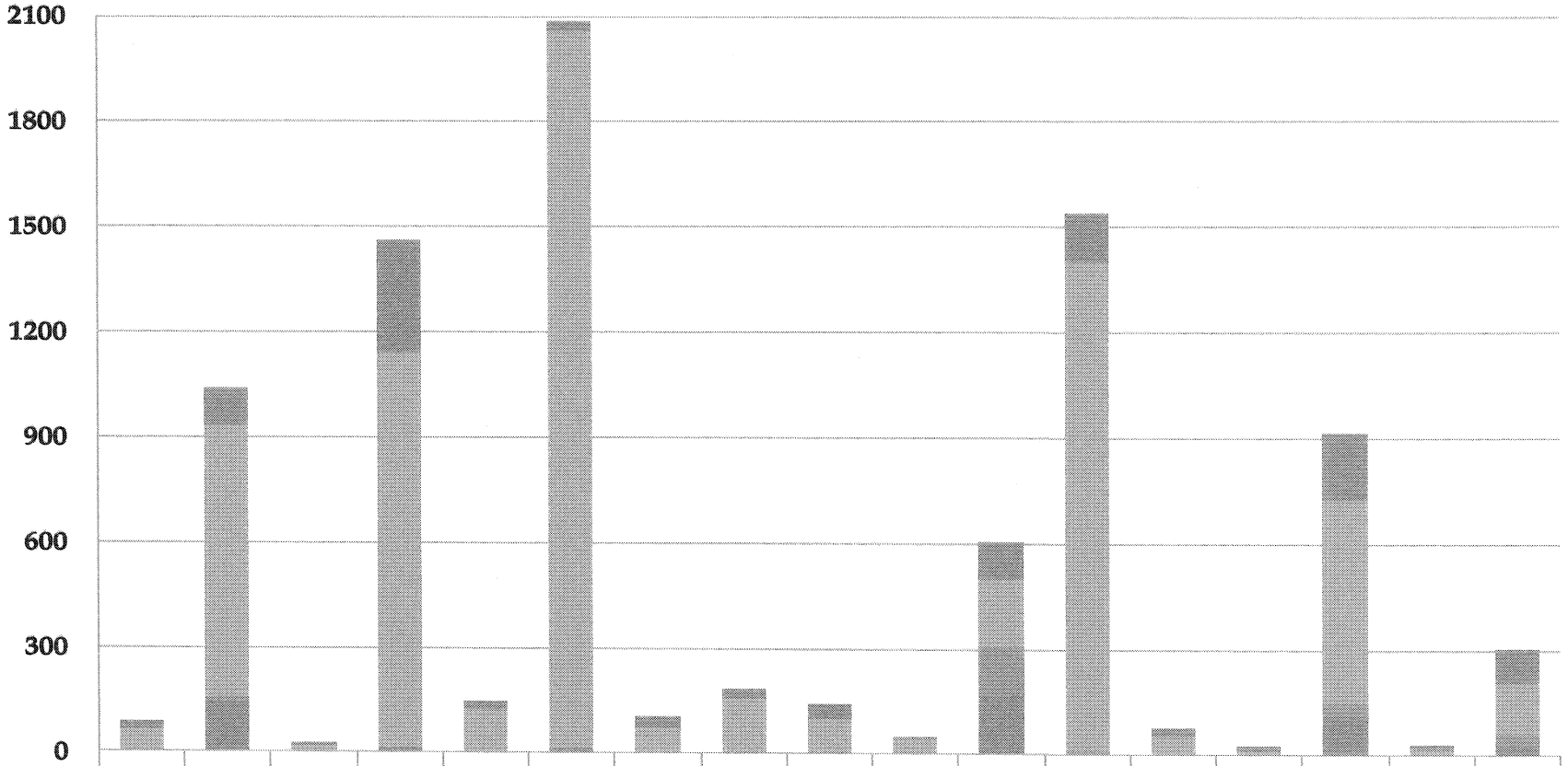
Gráfico No. 1: Consejerías pre prueba en derechohabientes por grupo etáreo y mes Managua 2007



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
M > 19 años	75	17	28	37	100	58	199	167	124	138	154	99
F > 19 años	418	336	348	402	610	652	663	739	665	832	772	482
M < 19 años	1	1	4	3	4	13	24	64	22	71	30	2
F < 19 años	0	3	9	8	8	32	85	148	47	59	62	27

Fuente: Tabla No. 2

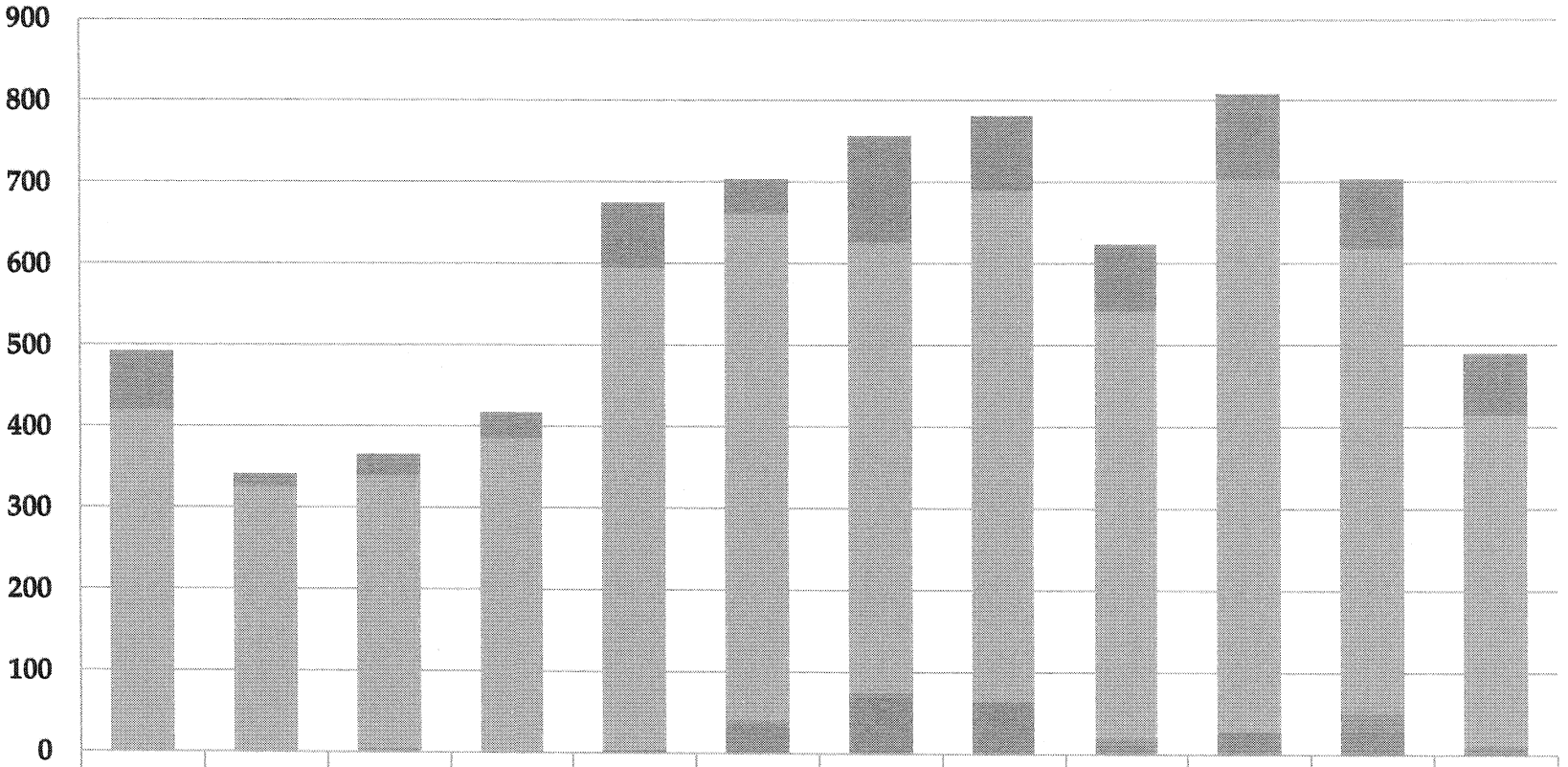
Gráfico No. 2: Consejerías pre prueba en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007



	HCRH	NHME	RobleSA	HSI	HCental	PAME	GuzAzul	CEMASA	HB	Popular	Redentor	HMX	CQMU	SrvMed.	PROFAM.	SUMEDICO	EXCEL MEDIC
M>19años	21	105	9	319	25	31	33	30	39	6	107	140	20	14	187	14	96
F>19años	64	780	17	1130	122	2043	74	154	102	42	193	1390	53	13	578	16	148
M<19años	0	14	0	2	1	0	0	0	1	0	141	0	2	0	38	0	40
F<19años	2	142	1	12	1	14	1	1	0	4	165	11	2	0	111	0	21

Fuente: Tabla No. 3

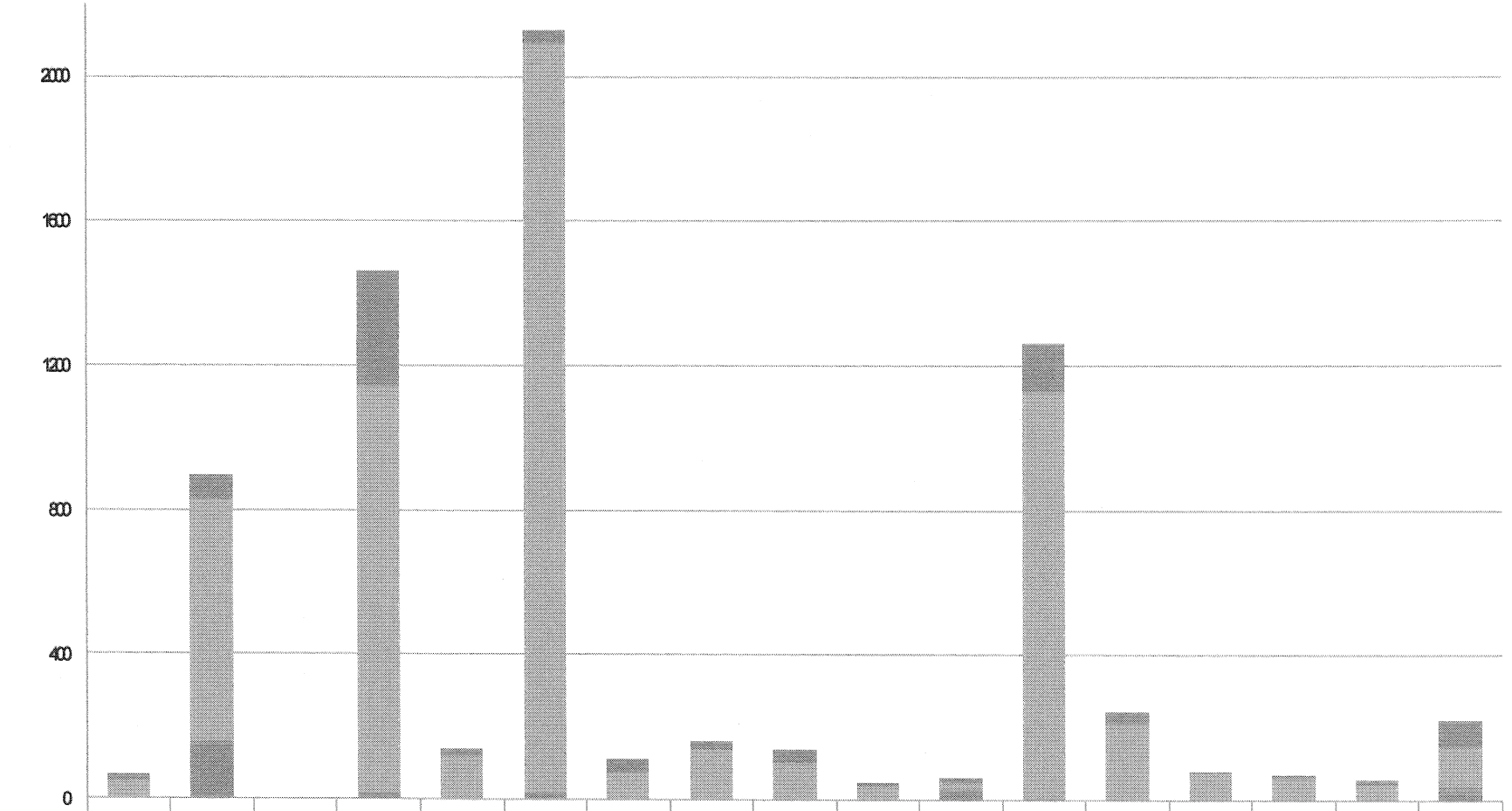
Gráfico No. 3: Pruebas VIH en derechohabientes por grupo etáreo y mes Managua 2007



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
M > 19 años	74	15	26	32	82	44	130	93	81	106	85	76
F > 19 años	418	326	337	385	591	624	553	627	523	675	569	406
M < 19 años	1	0	0	0	1	5	7	3	9	4	22	0
F < 19 años	0	0	2	0	2	32	67	60	10	24	28	9

Fuente: Tabla No. 4

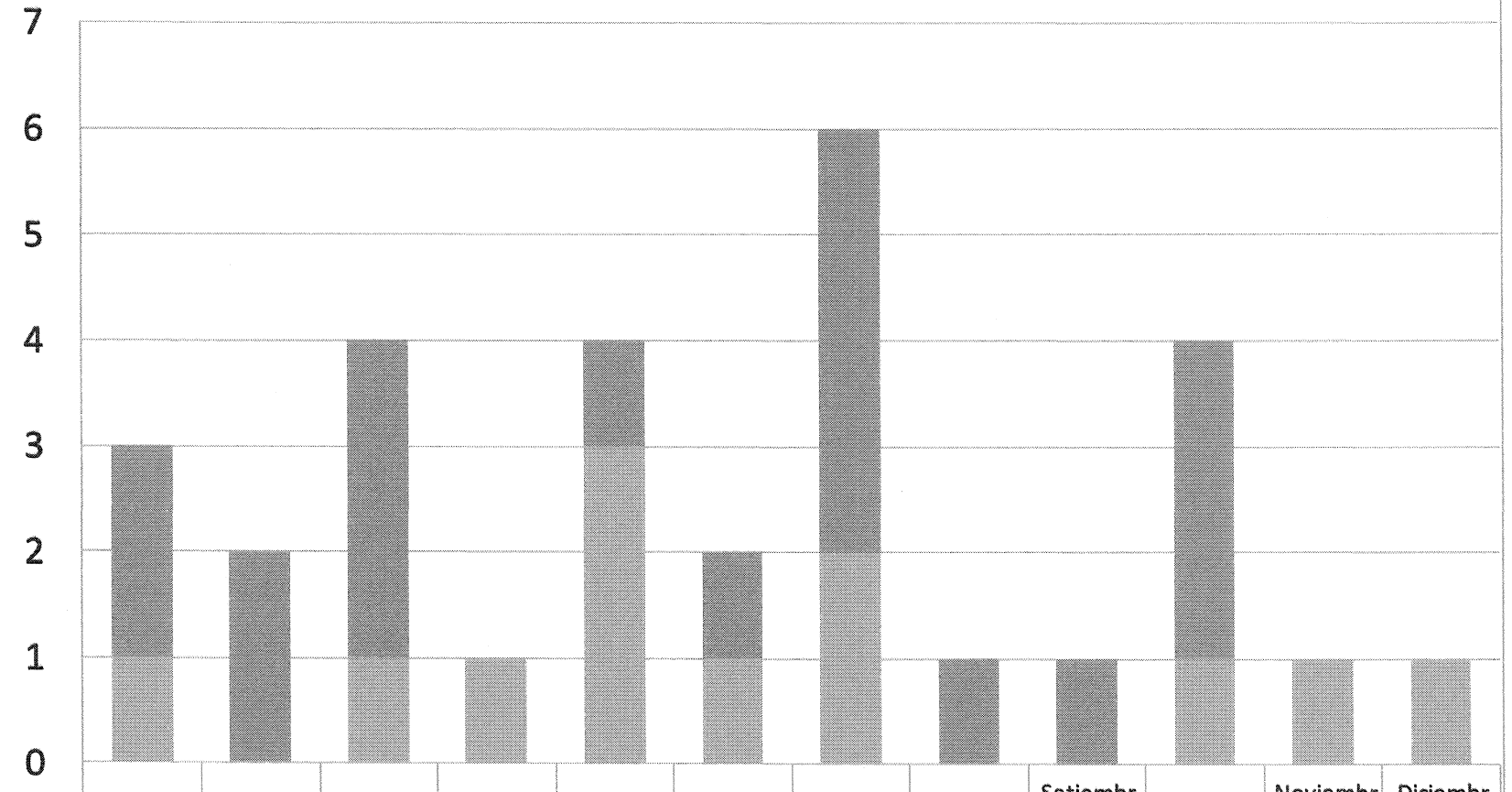
Gráfico No. 4: Pruebas VIH en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007



	HCRH	NHME	RoblesSA	HSI	H.Central	PAME	OuzAzul	CEMASA	Bautista	Popular	Redentor	HMK	CQMU	Stav.Med.	PROFAM	SUMEDICO	EXCEL MEDIC
M>19años	18	70	0	319	20	35	33	24	39	6	13	133	32	7	9	13	73
F>19años	48	669	1	1129	118	2077	77	138	102	38	20	1122	210	72	62	42	109
M<19años	0	15	0	2	1	0	0	0	1	0	7	2	0	0	1	0	23
F<19años	2	143	0	13	1	16	1	2	0	4	23	5	5	3	0	1	15

Fuente: Tabla No. 5

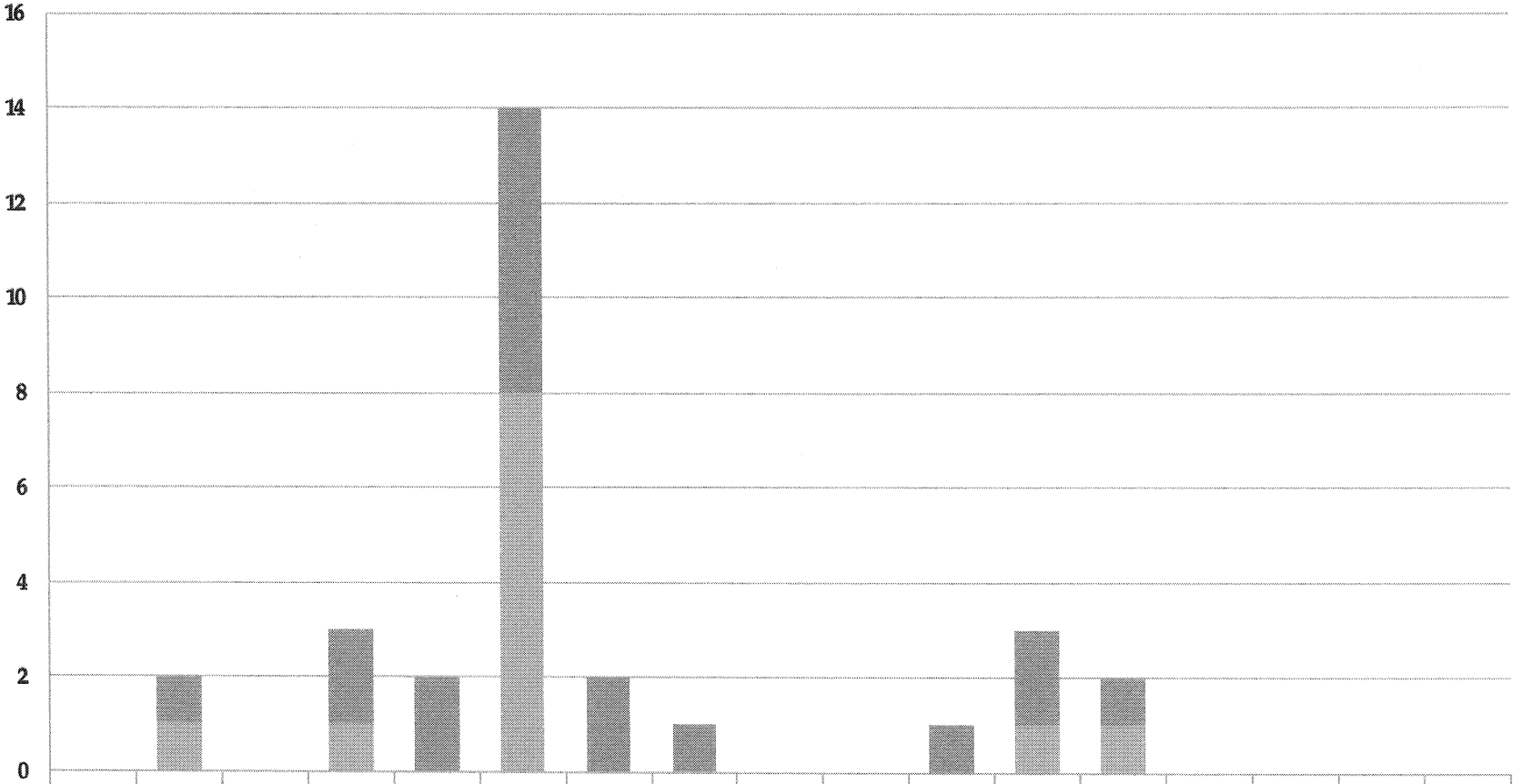
Gráfico No. 5: Seropositividad en Pruebas VIH en derechohabientes por grupo etáreo y mes Managua 2007



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
M > 19 años	2	2	3	0	1	1	4	1	1	3	0	0
F > 19 años	1	0	1	1	3	1	2	0	0	1	1	1
M < 19 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F < 19 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Tabla No. 6

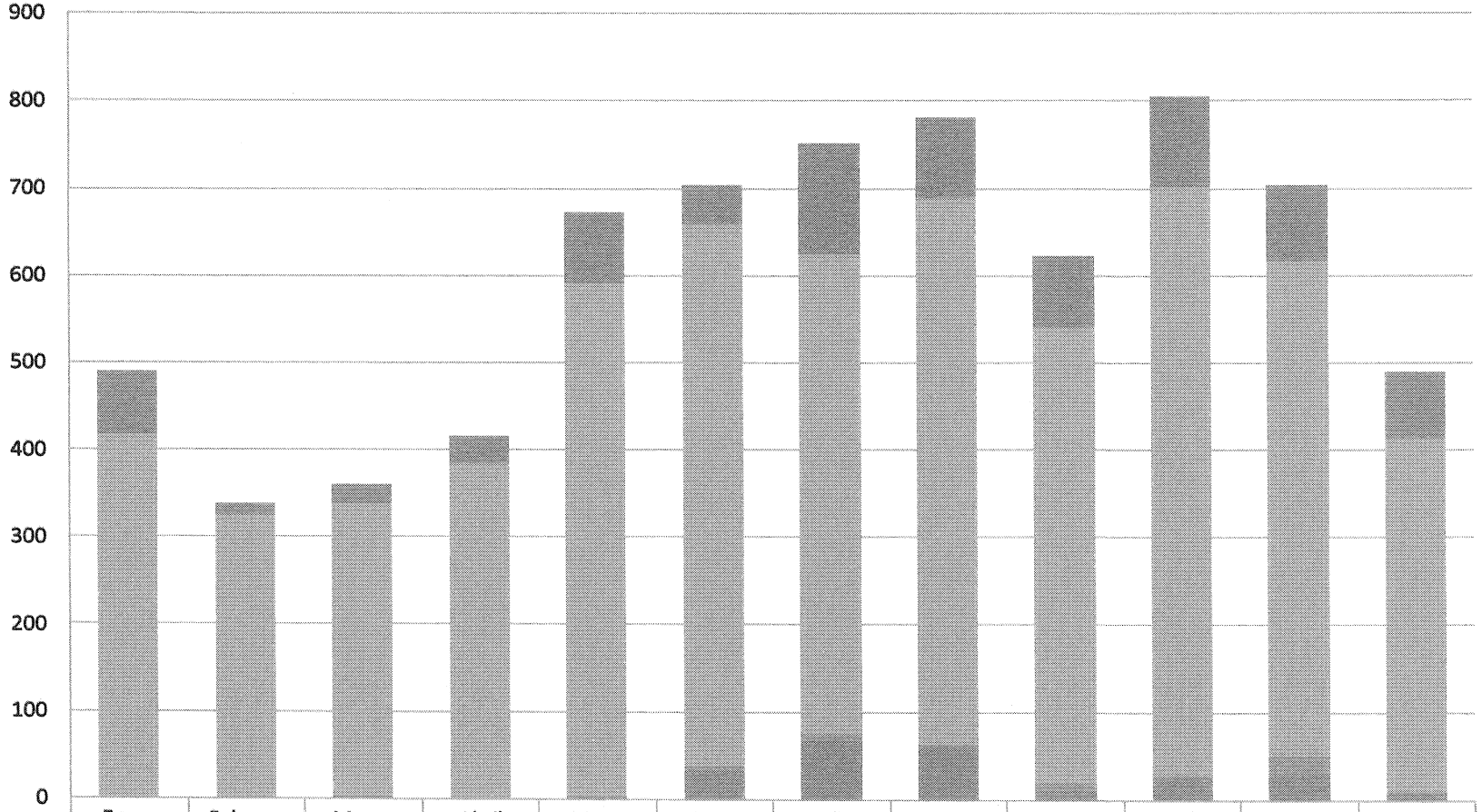
Gráfico No. 6: Seropositividad en Pruebas VIH en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007



	HCRH	NHME	RoblesSA	HSI	HCentral	PAME	CruzAzul	CEMASA	Bautista	Popular	Redentor	HMX	CQMU	Serv.Med.	PROFAM	SUMEDICO	EXCEL MEDIC
M>19años	0	1	0	2	2	6	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0
F>19años	0	1	0	1	0	8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
M<19años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F<19años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Tabla No. 7

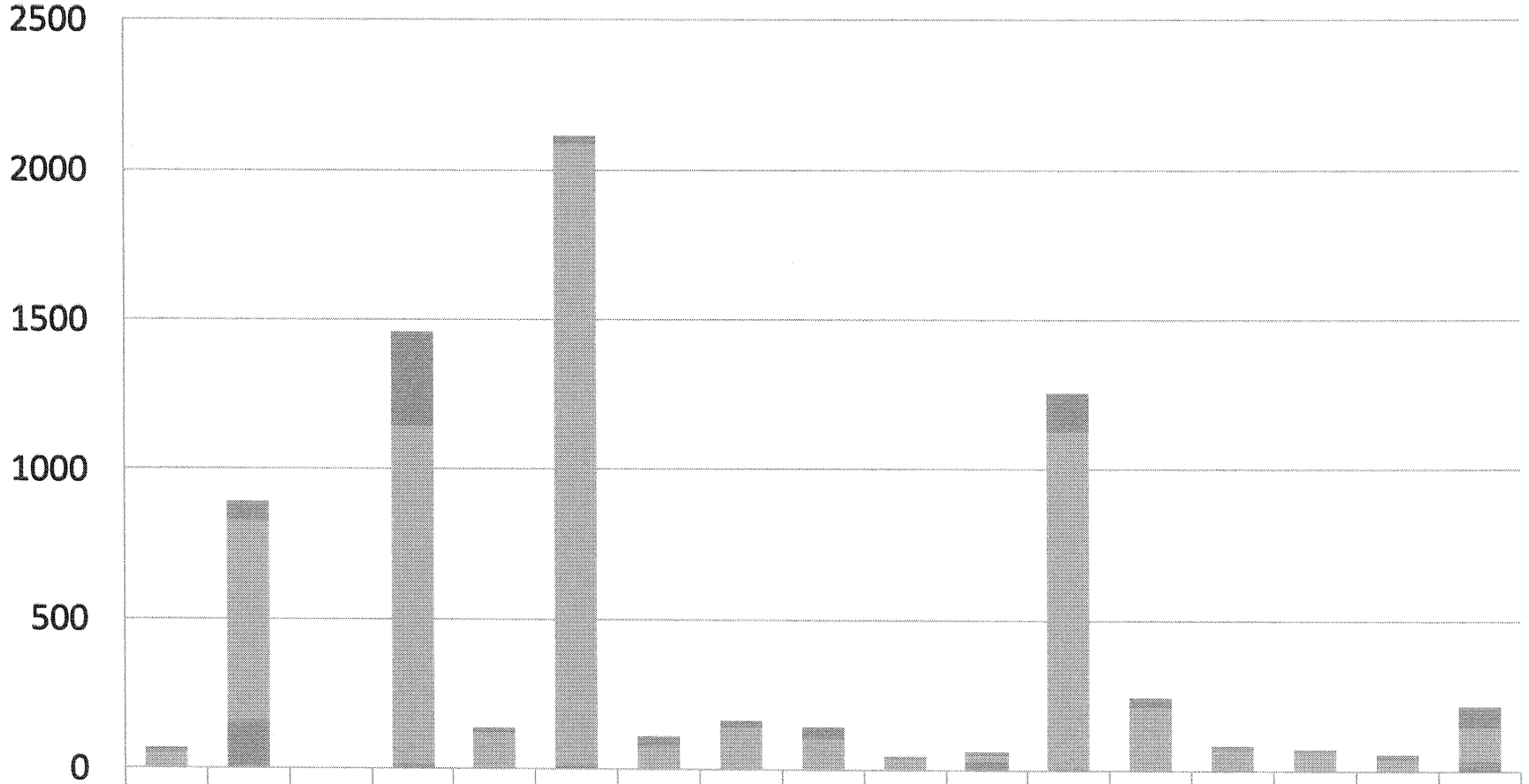
Grafico No. 7: Seronegatividad en Pruebas VIH en derechohabientes por grupo etáreo y mes Managua 2007



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
M > 19 años	72	13	23	32	81	43	126	92	80	103	85	76
F > 19 años	417	326	336	384	588	623	551	627	523	674	568	405
M < 19 años	1	0	0	0	1	5	7	3	9	4	22	0
F < 19 años	0	0	2	0	2	32	67	60	10	24	28	9

Fuente: Tabla No. 8

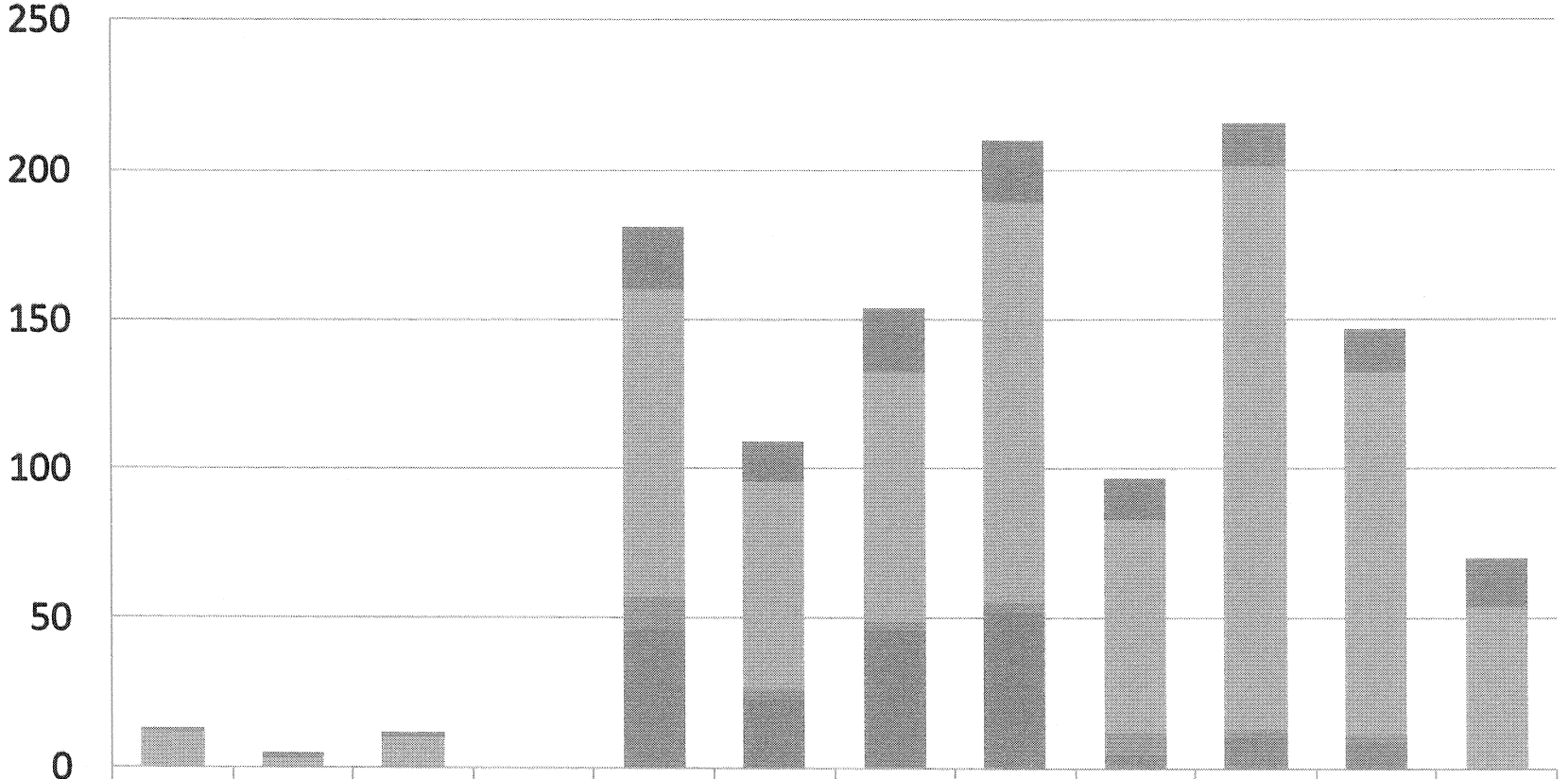
Grafico No. 8: Seronegatividad en Pruebas VIH en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007



	HCRH	NHME	RoblesSA	HSI	HCentral	PAME	CruzAzul	CEMASA	Bautista	Popular	Redentor	HMX	COMU	Serv.Med.	PROFAM	SUMEDICO	EXCEL MEDIC
M>19años	18	69	0	317	18	29	31	23	39	6	12	131	31	7	9	13	73
F>19años	48	668	1	1128	118	2069	77	138	102	38	20	1121	209	72	62	42	109
M<19años	0	15	0	2	1	0	0	0	1	0	7	2	0	0	1	0	23
F<19años	2	143	0	13	1	16	1	2	0	4	23	5	5	3	0	1	15

Fuente: Tabla No. 9

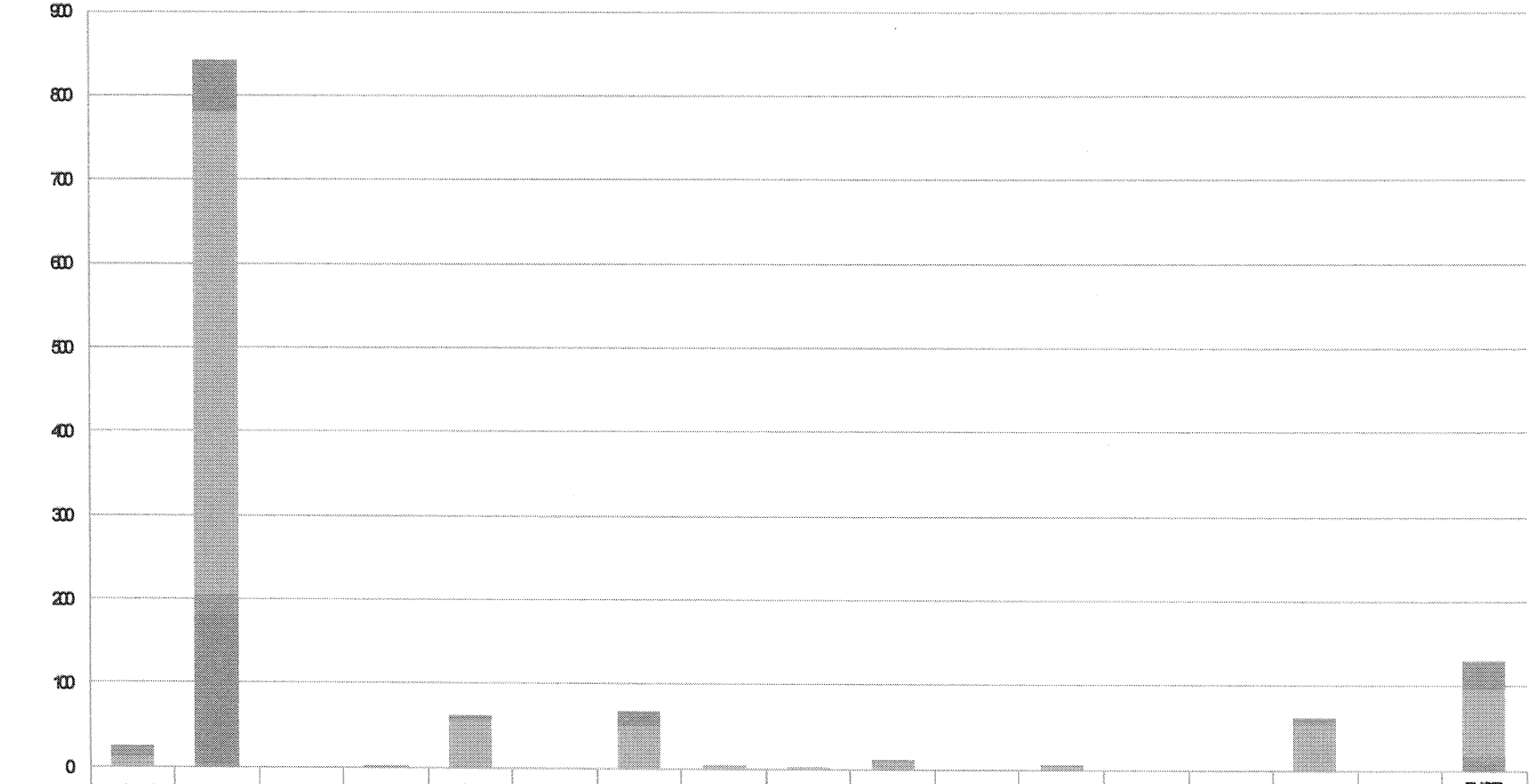
Grafico No. 9: Consejerías post prueba en derechohabiente por grupo etáreo y mes Managua 2007



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
M > 19 años	1	2	2	0	21	13	22	21	14	15	15	16
F > 19 años	12	3	10	0	103	70	83	134	71	188	121	54
M < 19 años	0	0	0	0	11	3	3	3	8	3	3	0
F < 19 años	0	0	0	0	46	23	46	52	4	10	8	0

Fuente: Tabla No. 10

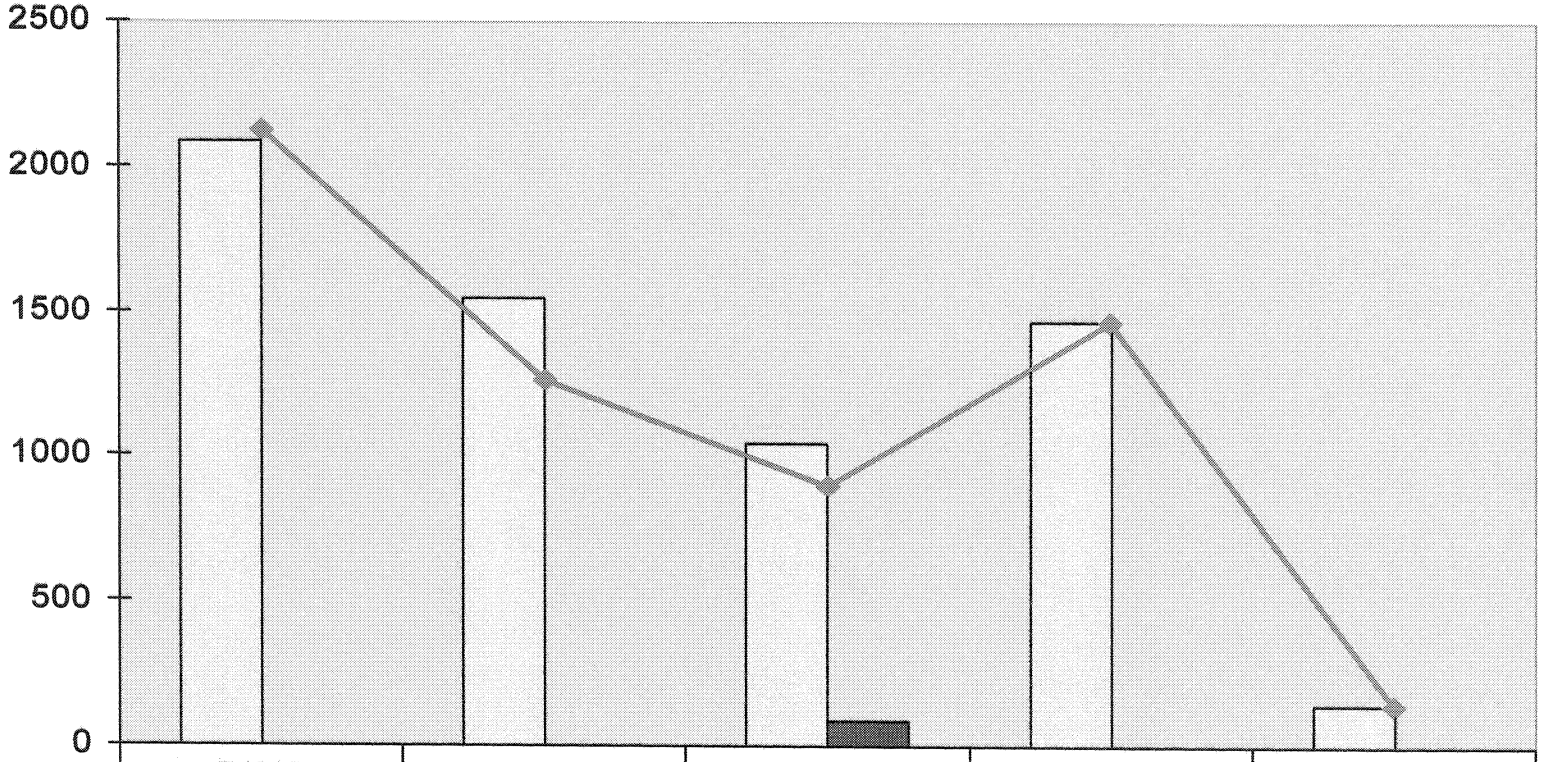
Grafico No. 10: Consejerías post prueba en derechohabientes por grupo etáreo e IPSS Managua 2007



	HCRH	NHME	RoblesSA	HSI	HCentral	PAME	CruzAzul	CEMASA	Bautista	Popular	Redentor	HMK	COMU	Serv.Med.	PROFAM	SUMEDICO	EXCEL MEDIC
M>19años	12	61	0	1	6	0	17	0	0	2	0	1	0	0	8	0	34
F>19años	12	577	0	1	56	0	51	4	1	10	0	5	0	0	54	0	78
M<19años	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10
F<19años	0	181	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8

Fuente: Tabla No. 11

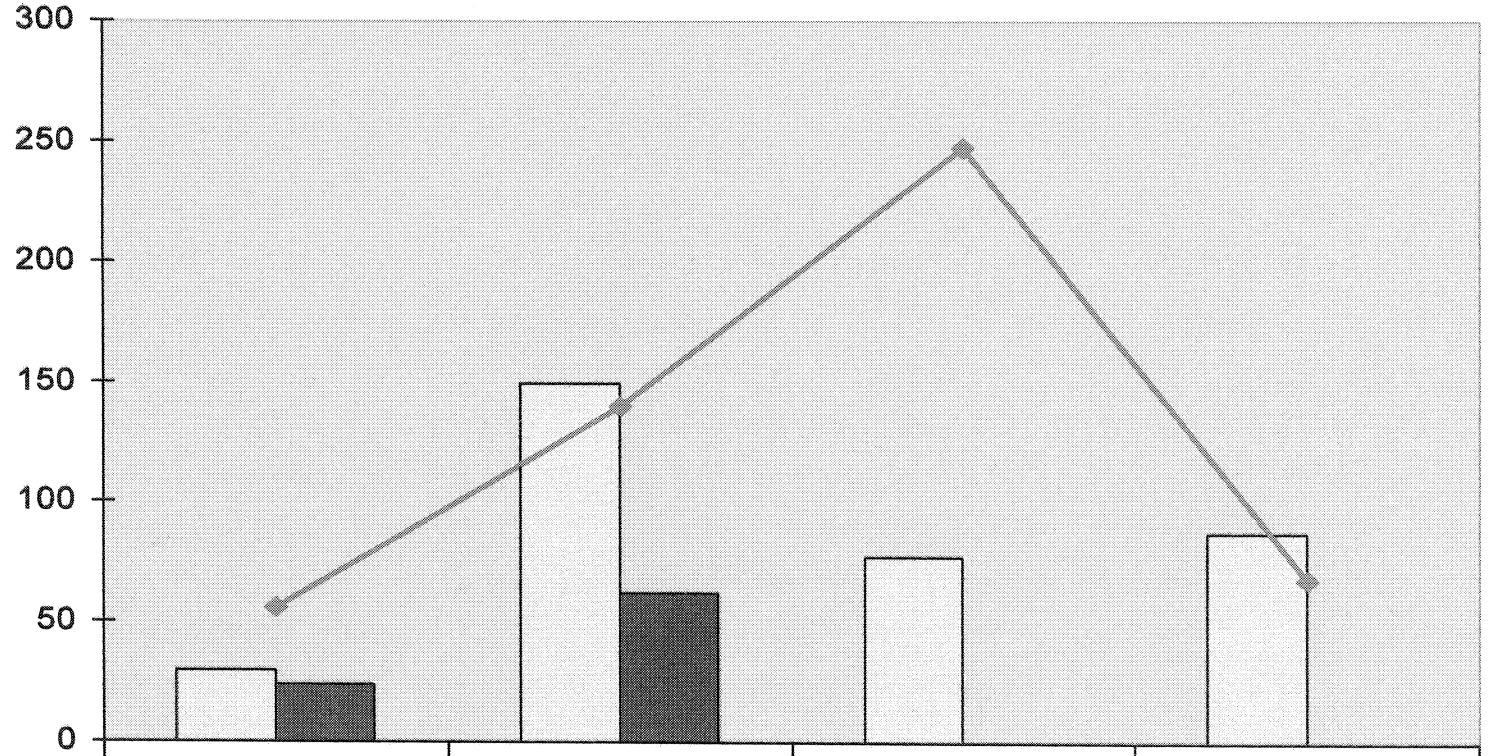
Grafico No. 11: Consejerías y Pruebas VIH (IPSS Adscritos > 20,000) Año 2007



	PAME	HMX	NHME	HSI	HB
Consejerías Pre	2088	1541	1041	1463	142
Consejerías Post	0	1	84	1	0
Pruebas	2128	1262	897	1463	142

Fuente: Tablas No. 1, No. 3, No. 5, y No.11

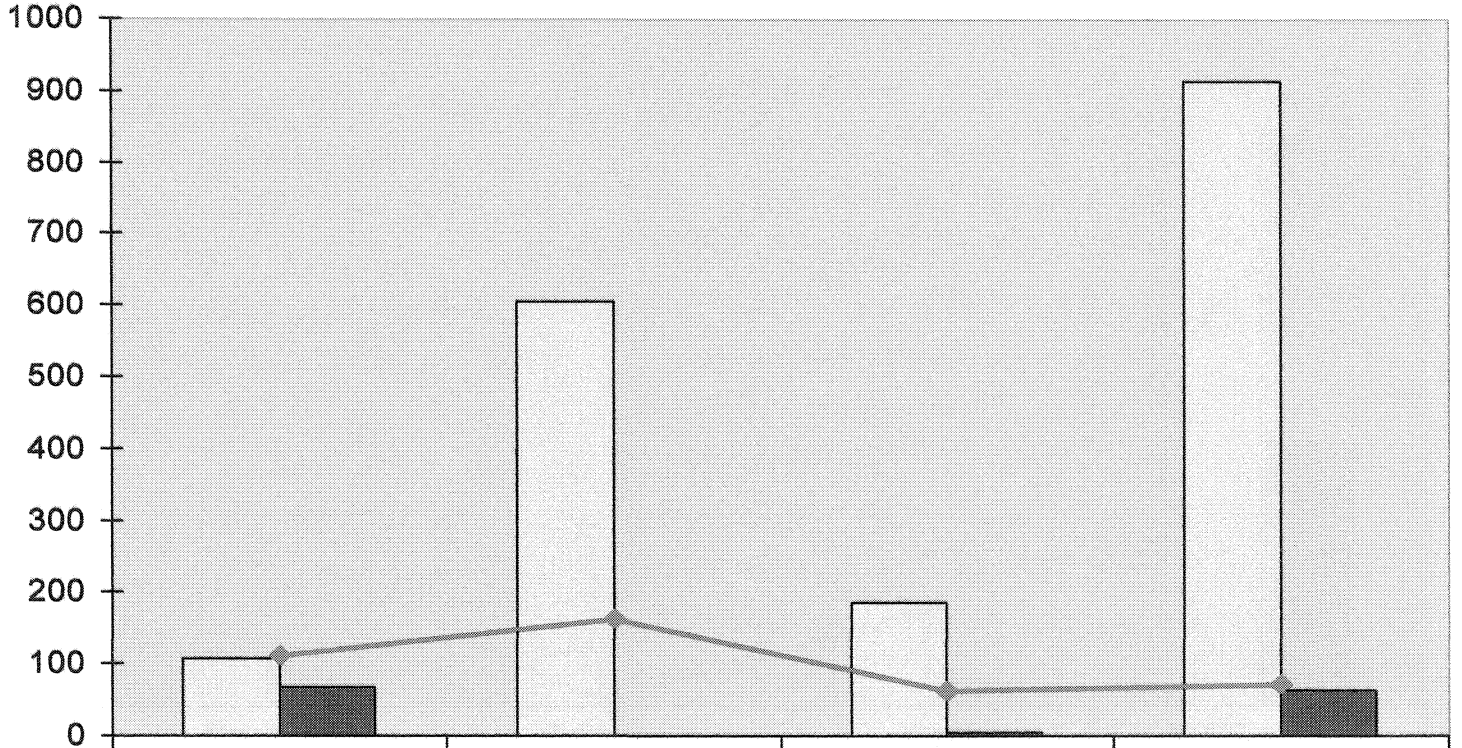
Grafico No. 12: Consejerías y Pruebas VIH (IPSS Adscritos 10,000 - 19,000) Año 2007



	SUMEDICO	H. CENTRAL	CQMUSA	HCRH
Consejerías Pre	30	149	77	87
Consejerías Post	24	62	0	0
Pruebas	56	140	247	68

Fuente: Tablas No. 1, No. 3, No. 5, y No.11

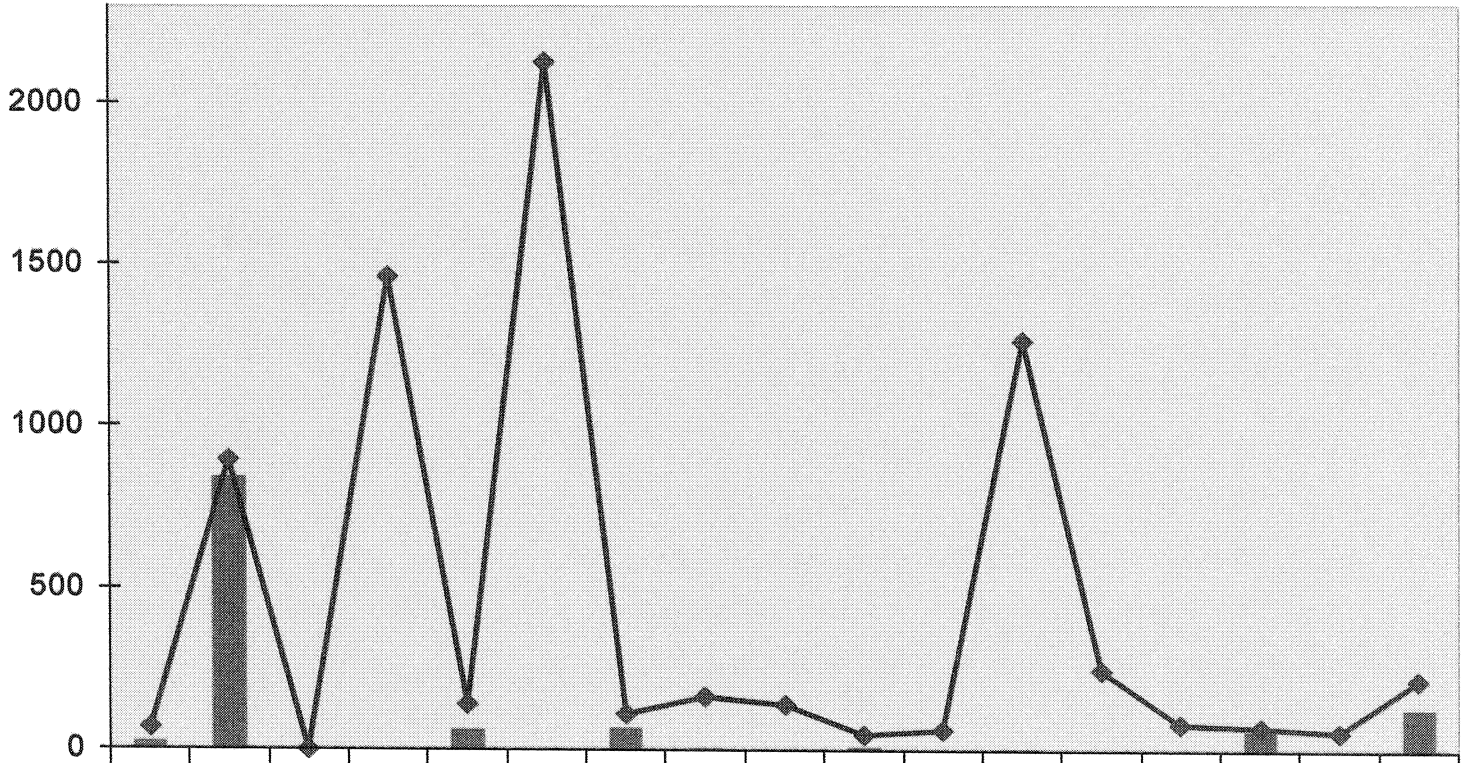
Grafico No. 13: Consejerías y Pruebas VIH (IPSS Adscritos 5,000-9,000) Año 2007



	CRUZ AZUL	MEDINTEGRAL	CEMASA	PROFAMILIA
Consejerías Pre	108	606	185	914
Consejerías Post	68	0	4	63
Pruebas	111	164	63	72

Fuente: Tablas No. 1, No. 3, No. 5, y No.11

Grafico No. 16: Evaluación Consejerías Post Prueba VIH Año 2007

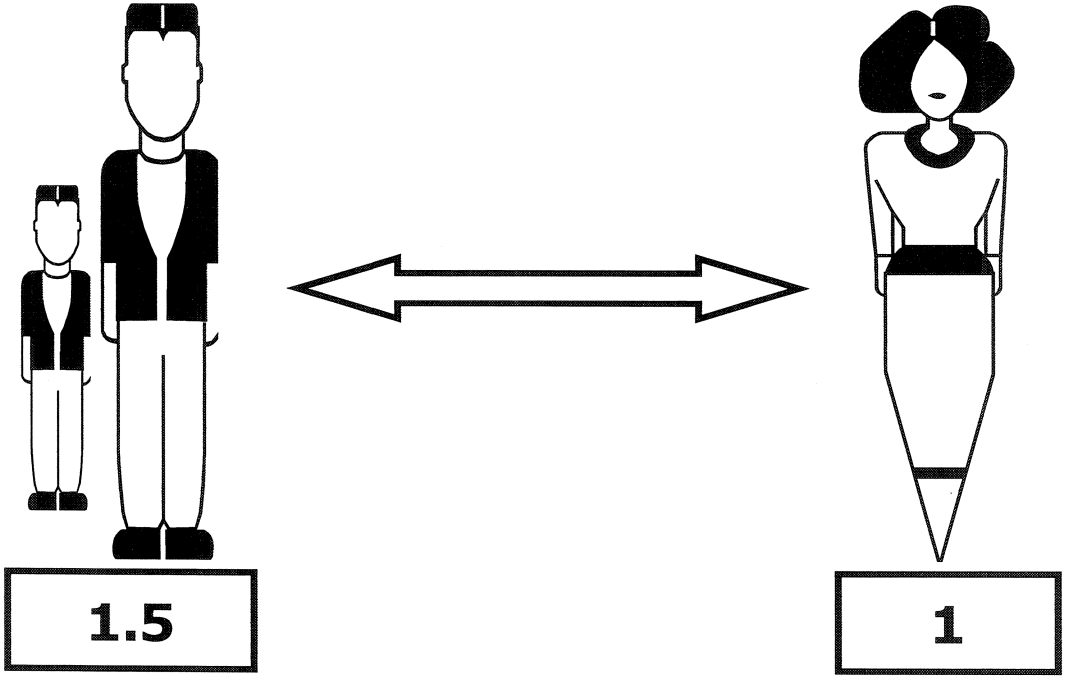


	HCRH	NHME	Robles SA	HSI	H. Central	PAME	Cruz Azul	CEMASA	HB	Popular	Redentor	HMX	CQMU	Serv. Med.	PROFAM.	SUMEDICO	EXCEL MEDIC
Consejerías Post P	24	842	0	2	62	0	68	4	1	12	0	6	0	0	63	0	130
Pruebas	68	897	1	1463	140	2128	111	164	142	48	63	1262	247	82	72	56	220

Fuente: Tablas No. 5 y No. 11

BIBLIOTECA CENTRAL UNAN
Recinto Universitario Rubén Darío

Grafico No. 17: Relación hombre – mujer en VIH/SIDA IPSS Managua Año 2007



FORMATO No. 1

Ficha de Supervisión VIH/SIDA

Fecha: _____ Departamento: _____

Institución Prestadora de Servicios de Salud: _____

Nombre del Responsable del Registro de la Información de VIH/SIDA:

_____

Periodo Revisado: _____

No. de pacientes a los que se le ha realizado consejería Pre prueba de VIH/SIDA: _____

Edad: **Sexo:**
Menor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Mayor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Embarazadas: _____

No. de pacientes a los que se le ha realizado consejería Post prueba de VIH/SIDA: _____

Edad: **Sexo:**
Menor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Mayor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Embarazadas: _____

No. de pacientes a los que se les realizo prueba de VIH/SIDA: _____

Edad: **Sexo:**
Menor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Mayor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Embarazadas: _____

Casos positivos Confirmados: _____

Edad:
Menor de 19 años: _____ **Sexo:** Masculino: _____ Femenino: _____

Mayor de 19 años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Embarazadas: _____

Método diagnostico utilizado:

Elisa: _____
Capillus: _____
Western Blot: _____

Códigos de los casos positivos: _____

_____

Las pruebas para el VIH son realizadas en:

Laboratorio de la IPSS: _____

Laboratorio Subprestador por la IPSS: _____

Casos Remitidos a: _____

Observación:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma Director Médico de la IPSS

Firma del Supervisor del Proyecto FM/VIH/SIDA INSS

FORMATO No. 2

INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD SOCIAL
Información Mensual VIH/SIDA

IPSS:	
Periodo que Informa:	
Mes:	

Tipo	Consejerías realizadas							Pruebas realizadas			
	< 19 Años			> 19 Años			Total	Positivas		Negativas	
	F	M	Sub Total	F	M	Sub Total		< 19 Años	> 19 Años	< 19 Años	> 19 Años
Pre Prueba											
Post Prueba											

Código de Caso positivo:

No. Embarazadas:

Nombre y Firma del Director de la IPSS

FORMATO No. 3:

Formato de Reporte Diario de Consejería

No.	Código del paciente	Indicadores biológicos					Indicadores de comportamiento										Indicadores sociodemográficos								
		ITS	SR +14	CPN	Consulta General	Demanda voluntaria	+1 pareja sexual menos de 1 año		Uso de condón fuera de la pareja		Primera relación sexual		Uso de drogas inyectables		Género		Ocupación	Migración			Estado Civil			Consejería pre-prueba	Consejería post-prueba
																		Ha viajado en los últimos 12 meses			Soltero	Casado	Unión Libre		
							Si	No	Si	No	<19 años	>19 años	Si	No	M	F		Si	No	A que país					
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

FORMATO No. 4:

INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD SOCIAL
Información Mensual VIH/SIDA

IPSS:

Periodo que Informa:

Grupo etáreo	Consejerias realizadas para pruebas de VIH								Pruebas realizadas							
	Pre Prueba				Post Prueba				Positivas				Negativas			
	F		M	Total	F		M	Total	F		M	Total	F		M	Total
	Emb	No Emb			Emb	No Emb			Emb	No Emb			Emb	No Emb		
< 14 años																
15 - 24 años																
25 - 34 años																
35 - 44 años																
45 - 54 años																
55 - 64 años																
> 65 años																
Totales																

Código de Caso positivo:

Confirmados W.B:

No confirmados W.B:

Preservativos:

Entregados:

Existencia:

Fecha de Envío

Nombre y Firma del Director de la IPSS

FORMATO No. 5

Ficha de Supervisión VIH/SIDA

Fecha: _____ Departamento: _____

Institución Prestadora de Servicios de Salud: _____

Nombre del Responsable del Registro de la Información de VIH/SIDA: _____

Periodo Revisado: _____

Pacientes a quienes se les realizó consejería Pre prueba de VIH/SIDA: _____

Menor 14 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 15-24 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 25-34 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 35-44 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 45-54 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 55-64 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

Mayor 65 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

Pacientes a quienes se les realizó consejería Post prueba de VIH/SIDA: _____

Menor 14 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 15-24 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 25-34 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 35-44 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 45-54 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 55-64 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

Mayor 65 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

Pacientes a quienes se les realizó prueba de VIH/SIDA: _____

Menor 14 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 15-24 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 25-34 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 35-44 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 45-54 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

De 55-64 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

Mayor 65 años: _____ F: Emb _____ No Emb _____ M _____

Evaluación de captación:

CPN: _____ Embarazadas/Pruebas de VIH: _____ ITS bajo riesgo: __ ITS alto riesgo: _____ ITS/Pruebas de VIH: _____ Casos TB: ____ TB (+)/Pruebas de VIH: _____

Libro de registro de consejerías:

Codificado:

No codificado:

Observación: _____

Fichas de consentimiento informado:

Codificada:

No codificada:

Observación: _____

Libro de registro de pruebas de laboratorio:

Codificado: No codificado: Observación: _____

Casos positivos por pruebas rápidas: _____

Menor 14 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____
De 15-24 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____
De 25-34 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____
De 35-44 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____
De 45-54 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____
De 55-64 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____
Mayor 65 años: _____	F: Emb _____	No Emb _____	M _____

Código de casos positivos:

Confirmado por Western Blot: No Confirmado por Western Blot:

Las pruebas para el VIH son realizadas en:

Laboratorio de la IPSS: Laboratorio Subprestador por la IPSS:

Casos Remitidos a: _____

Método diagnostico utilizado:

Primer Momento: A1 A2 Segundo Momento:

Preservativos:

Uso de formato: Salida: Existencia:

_____ _____

Firma Responsable de Información de la IPSS

Firma del Supervisor del Proyecto FM/VIH/SIDA INSS

Figura 1: Estructura de VIH

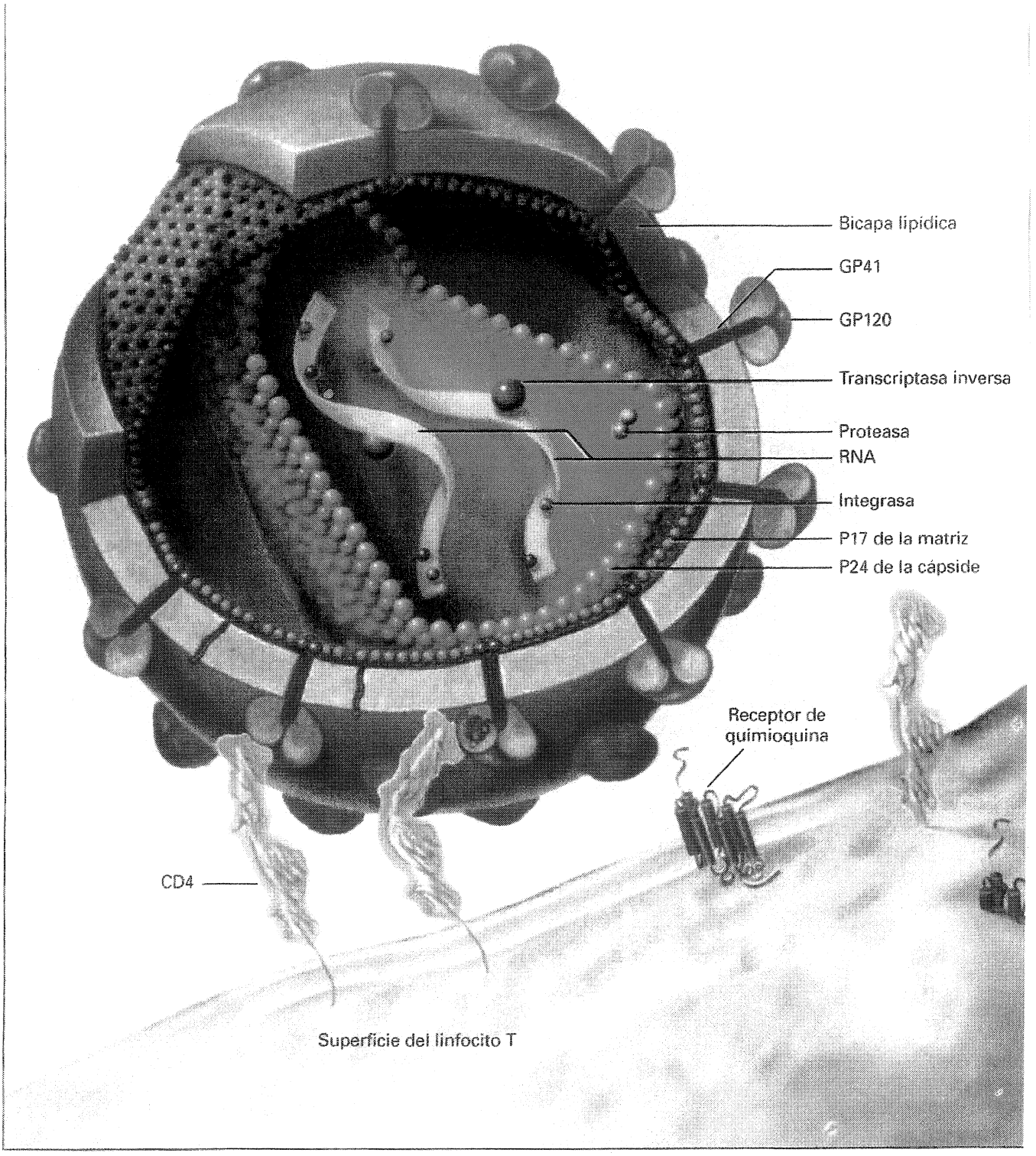


Figura 2: Clasificación General de Métodos de Detección VIH

Tabla I. **Técnicas de laboratorio para el diagnóstico de la infección por VIH**

1. MÉTODOS INDIRECTOS

a. *Pruebas de screening serológicas*

I. Técnicas inmunoenzimáticas (EIA)
- EIA indirecto con antígeno obtenido de lisado vírico (primera generación)
- EIA indirecto o competitivo con antígeno obtenido de proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos (segunda generación)
- EIA de tipo sándwich o de inmunocaptura, con antígeno obtenido de proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos y detección conjunta de anticuerpos específicos de clase IgG, IgM e IgA (tercera generación)
- Detección combinada de anticuerpos específicos y antígeno de VIH (cuarta generación)

II. Otras técnicas
- Aglutinación
- *Dot blot*
- Inmunocromatografía

b. Pruebas confirmatorias

I. *Western blot*

II. Inmunofluorescencia indirecta (IFI)

III. Radioinmunoprecipitación (RIPA)

IV. Inmunoensayo lineal (LIA)

2. MÉTODOS DIRECTOS

a. *Cultivo vírico*

b. *Detección de antigenemia (antígeno p24)*

c. *Detección molecular de ADN provírico y ARN vírico*

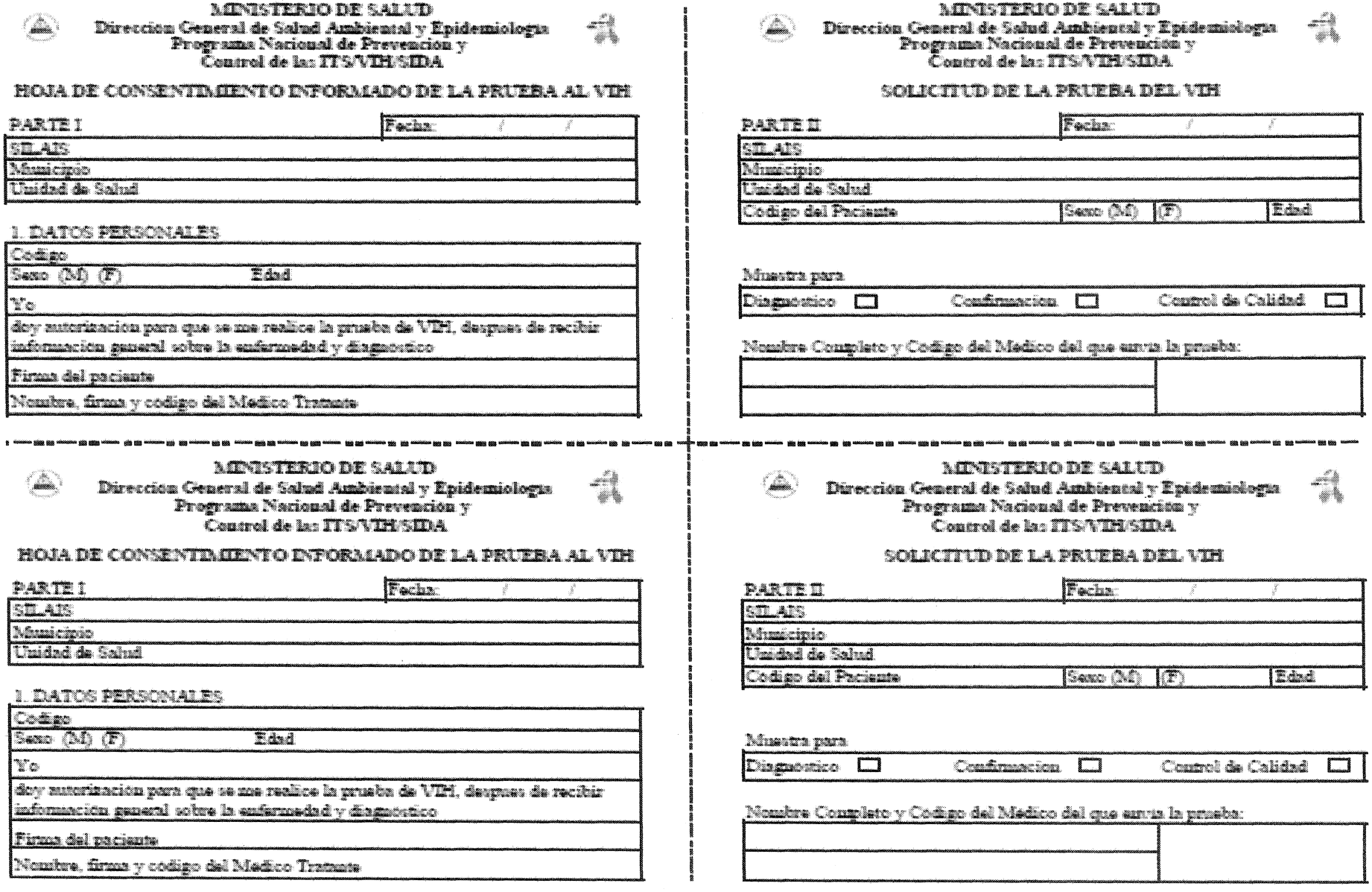
I. Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

II. ADN ramificado (bDNA)

III. Amplificación basada en la transcripción o TMA (NASBA)

Figura 3: Algoritmo Diagnóstico de VIH

Figura 4: Ficha de Consentimiento Informado



MINISTERIO DE SALUD
Direccion General de Salud Ambiental y Epidemiologia
Programa Nacional de Prevencion y
Control de las ITS/VIH/SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA AL VIH

PARTE I — Fecha: / /

SILAIS

Municipio

Unidad de Salud

1. DATOS PERSONALES

Codigo

Sexo (M) (F) Edad

Yo

doy autorizacion para que se me realice la prueba de VIH, despues de recibir informacion general sobre la enfermedad y diagnostico

Firma del paciente

Nombre, firma y codigo del Medico Tratante

MINISTERIO DE SALUD
Direccion General de Salud Ambiental y Epidemiologia
Programa Nacional de Prevencion y
Control de las ITS/VIH/SIDA

SOLICITUD DE LA PRUEBA DEL VIH

PARTE II — Fecha: / /

SILAIS

Municipio

Unidad de Salud

Codigo del Paciente | Sexo (M) (F) | Edad

Muestra para

Diagnostico ☐ Confirmacion ☐ Control de Calidad ☐

Nombre Completo y Codigo del Medico del que envia la prueba:

MINISTERIO DE SALUD
Direccion General de Salud Ambiental y Epidemiologia
Programa Nacional de Prevencion y
Control de las ITS/VIH/SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA AL VIH

PARTE I — Fecha: / /

SILAIS

Municipio

Unidad de Salud

1. DATOS PERSONALES

Codigo

Sexo (M) (F) Edad

Yo

doy autorizacion para que se me realice la prueba de VIH, despues de recibir informacion general sobre la enfermedad y diagnostico

Firma del paciente

Nombre, firma y codigo del Medico Tratante

MINISTERIO DE SALUD
Direccion General de Salud Ambiental y Epidemiologia
Programa Nacional de Prevencion y
Control de las ITS/VIH/SIDA

SOLICITUD DE LA PRUEBA DEL VIH

PARTE II — Fecha: / /

SILAIS

Municipio

Unidad de Salud

Codigo del Paciente | Sexo (M) (F) | Edad

Muestra para

Diagnostico ☐ Confirmacion ☐ Control de Calidad ☐

Nombre Completo y Codigo del Medico del que envia la prueba:

GLOSARIO

ADN: Ácido desoxirribonucleico.

ARN: Ácido ribonucleico.

CDC: Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention).

CD4: Un tipo de glóbulos blancos de los seres humanos. Linfocitos T cooperadores.

CONISIDA: Comisión Nicaragüense del SIDA, agrupación multisectorial encargada de velar con el cumplimiento de la ley 238 "Ley de protección, promoción y defensa de los derechos humanos ante el SIDA"

Derechohabiente: Persona que goza con privilegios dados por cotización al seguro social.

DSP: Dirección de Servicios Preventivos, área del INSS encargada del monitoreo de las actividades relacionadas a la Vigilancia Epidemiológica.

Epidemia: Un número desusado de casos de una enfermedad o evento que suceden en un período de tiempo y en un lugar determinado.

Fondo Mundial: Institución Internacional que conjunta una gama completa de actores interesados en los campos de la salud pública y del desarrollo, incluyendo a donantes, gobiernos anfitriones, el sector privado y varios grupos dentro de la sociedad civil. Es la patrocinadora del Proyecto "Nicaragua, compromiso y acción ante el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria".

Gp 120: Glicoproteína externa del Virus de la inmunodeficiencia Humana que funciona como receptor para el virus y que forma parte de la envoltura del mismo.

Gp. 41: Glicoproteína transmembranal del VIH que forma parte de la envoltura del mismo.

IPSS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, clínicas subprestadoras de servicios de salud de atención a los derechohabientes certificadas por el MINSA e INSS.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

MCP: Mecanismo Coordinador de País, entidad pública y privada comité formado por todas las partes interesadas en la salud pública en un país, incluyendo donantes, el gobierno local, el sector privado, las organizaciones basadas en la fe y las ONG. Es la encargada de velar por el cumplimiento del Proyecto "Nicaragua, compromiso y acción ante el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria".

ONUSIDA: Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA, que está integrado por la Organización Mundial de la Salud/ OPS, UNESCO, UNICEF, FNUAP, PNUD y Banco Mundial. Las Oficinas centrales se encuentran en Ginebra, Suiza.

Pandemia: Una epidemia que se encuentra diseminada en la mayor parte de los países del mundo.

Prácticas de riesgo: Actividades en las que existe la posibilidad de que se intercambien o compartan líquidos corporales potencialmente infectados con el virus del SIDA, como son: el tener relaciones sexuales sin protección.

RP: Receptores Principales es la organización que recibe el dinero de la subvención del Fondo Mundial y distribuye el financiamiento entre otras organizaciones locales.

Replicación: Proceso a través del cual un virus se multiplica utilizando a la célula huésped.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Transcripción: Proceso a través del cual el material genético de un ser vivo forma pares de bases nitrogenadas para poder reproducir el material genético original.

Vigilancia Epidemiológica: Es un proceso de evaluación permanente de la situación de salud de un grupo humano, basado en la recopilación, análisis e interpretación de información, así como para la realización de las acciones de prevención y control de enfermedades.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

WB: Western Blot.