

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEÓN.
“Seroprevalencia de VIH en Mujeres Embarazadas en el Municipio de Bluefields”



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina
UNAN-LEÓN



Tesis para Optar al Título de:
Doctor en Medicina y Cirugía

“Seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas captadas en las unidades de salud del Municipio de Bluefields, en el periodo comprendido de Enero 2008 al Diciembre 2009.”

Autores:

Br. Lilia Elba Wilson Chow
Br. Norlan Osmán Nicaragua Reyes

Tutor:

Dr. Juan Almendárez.

Médico General
Msc. Salud Pública.

León, Agosto del año 2011.

“A la libertad por la Universidad”



Índice

Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	3
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
Marco Teórico	6
Diseño metodológico	16
Resultados	19
Discusión	26
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias Bibliográficas	30
Anexos	31



RESUMEN

La epidemia del VIH/SIDA en Nicaragua muestra una tendencia a la feminización, la transmisión vertical es de 1% en el 2009. En la transmisión de madre a hijo hay un 35% de posibilidad que una madre portadora o enferma de SIDA le transmita el virus al hijo. En el Municipio de Bluefields de la Región Autónoma del Atlántico Sur según un estudio en el año 2006 la seroprevalencia del VIH resultó 0.3%.

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la seroprevalencia del VIH-SIDA en 770 mujeres embarazadas que acudieron a los puestos y centros de salud del municipio de Bluefields en el período de Enero del 2008 a diciembre del 2009. Entre los resultados se encontró las edades más frecuentes de 20-34 años, estado civil acompañadas, amas de casa, el no uso del Condón, múltiples parejas sexuales. El 63.5 % iniciaron su vida sexual entre 15 - 19 años, y el 74.5% nunca habían usado preservativo. La seroprevalencia encontrada fue de 0.4%.



DEDICATORIA

A Dios, PADRE, por darnos la oportunidad de culminar con éxito este trabajo de investigación.

A Nuestros Padres quien le agradezco el inmenso apoyo que nos brindaron. .



AGRADECIMIENTO

A Dios Padre, por habernos dado la sabiduría para realizar y terminar con éxito nuestro trabajo a pesar de las dificultades que se nos presentaron durante el transcurso de investigación.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional a lo largo de nuestro trabajo de investigación

A Nuestros tutor: Dr. Juan Almendárez, que con sus conocimientos y abnegada entrega a la enseñanza nos guio con paciencia y buena voluntad en el transcurso de todo el trabajo de investigación.

A Lic. Marjorie Pineda, responsable del programa ITS/VIH/SIDA en el Municipio de Bluefields, quien nos dio apoyo incondicional para que este trabajo fuese posible.

A todo el personal médico y de enfermería, de los puestos de salud en donde se realizaron la toma de muestras y llenado de la Ficha epidemiológica del VIH.



INTRODUCCIÓN

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA y La Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA/OMS), en el año 2009 el número de personas que viven con el VIH en todo el mundo es de 33,3 millones, con un total de casos nuevos de 2.6 millones y el total de defunciones presentadas es de 1.8 millones, de los cuales 260, 000 ocurrió en niños menores de quince años. ⁽¹⁾

En América Latina se registraron hasta el año 2009 un total de 1.4 millones de casos de VIH de los cuales 92,000 casos fueron nuevos, obteniendo una tasa de prevalencia de 0.5% y una defunción de 58,000 casos y según las estimaciones 4,300 niños menores de 15 años se infectaron del VIH.⁽¹⁾

Hasta el 2009, Nicaragua ha acumulado 4,742 casos de VIH, de este total acumulado, las nuevas infecciones VIH notificadas fueron 3,262 y 587 progresos clínicos a sida, con una mortalidad de 842.
⁽²⁾

La mujer Nicaragüense representa una población creciente y altamente vulnerable, en el 2009 la razón hombre mujer es de 1.76 en comparación a la razón presentada en el 2008 que fue de 1.80. ⁽²⁾

La epidemia en Nicaragua del VIH muestra una franca tendencia a la feminización, representando las mujeres el 37% de los seropositivos para el año 2009. La transmisión vertical madre a hijo presentada en el año 2009 es del 1% en comparación con el 3.7% del año 2008. ⁽²⁾

La transmisión vertical madre a hijo, es una de las preocupaciones mayores, porque hay un 35% de posibilidad que una madre portadora o enferma de sida le transmita el virus al hijo; ya sea durante la gestación, el momento del parto o durante la lactancia materna, aunque este porcentaje se disminuye cuando las madres son captadas a tiempo y se les brinda tratamiento antirretrovirales para disminuir las enfermedades oportunistas y el riesgo de infección durante el periodo perinatal, transplacentaria y sangre o secreciones vaginales a través del canal del parto.⁽³⁾

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) está realizando los esfuerzos necesarios para prevenir la transmisión materno infantil del VIH; acceso de las mujeres embarazadas a la consejería y a las pruebas diagnósticas de VIH, suministro de tratamiento antirretroviral profiláctico a las embarazadas con VIH, y asegurando en los servicios de salud de los hospitales un conjunto de servicios integrales como la realización de cesáreas, tratamiento profiláctico a los lactantes y niños (as) expuestos al VIH y prestando apoyo a las mujeres para que sus hijos reciban alimentación óptima y sin riesgos.⁽⁴⁾



ANTECEDENTES

En Nicaragua para el año 2005 se ha estimado una Seroprevalencia al VIH-SIDA alrededor de 0.12% en un muestreo de 3,545 embarazadas estudiadas de los cuales, 4 resultaron seropositivos los cuales provenían de los departamentos de Granada (1), Chinandega (1), y Managua (2), siendo el primer estudio realizado en este país. ⁽⁵⁾

En Chinandega la seroprevalencia del VIH/SIDA es alarmante, como departamento, tiene alta seroprevalencia, desglosándose a los municipios: Somotillo 10.3%, Chinandega 7.9%, El Realejo 5.8%, San Francisco 4.4 %, Cinco Pinos 2.7 %, Morazán 2.5 %, Santo Tomas 2.4 % y Corinto 2 % siendo el grupo etáreo más afectada entre 20-24 años de edad. ⁽⁶⁾

En la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), para el estudio realizado en el año 2006 se obtuvo una seroprevalencia de 0.6% de un total de 345 mujeres embarazadas estudiadas mediante la prueba confirmativa de Western Blot aumentando la seroprevalencia de VIH. ⁽⁷⁾

En el municipio de Bluefields de la Región Autónoma Atlántico Sur según un estudio en el año 2006 la prevalencia de VIH en el embarazo resulto ser de 0.3% con dos casos de seropositivas, uno procedente del área urbana y otra del área rural. ⁽⁸⁾



JUSTIFICACIÓN

Debido a su condición geográfica y situación sociocultural de la Región Atlántica Sur de Nicaragua y a la dificultad de acceso a las comunidades del Municipio de Bluefields que crea condiciones que dificultan la fluidez de la información a la población sobre el VIH/SIDA facilitando la elevación de casos no reportados de pacientes portadores del virus, así como la importancia de la realización de la prueba en mujeres embarazadas no captadas por el MINSA. Por lo que se pretende realizar un estudio de seroprevalencia del VIH en un grupo tan vulnerables como son las mujeres embarazadas y de esta manera obtener información, porque la última reportada en la región fue en el año 2006.

De esta manera se pretende que los resultados del estudio sean de utilidad para el Programa ITS/VIH/SIDA y los organismos no gubernamentales que trabajan en conjunto con MINSA para la prevención de la enfermedad, enfocando estrategias para disminuir la transmisión vertical.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la seroprevalencia del VIH en las mujeres embarazadas en el Municipio de Bluefields en el periodo comprendido de Enero del 2008 a Diciembre del 2009?



OBJETIVOS

General

Determinar la seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas captadas en las Unidades de Salud del Municipio de Bluefields de Enero 2008 a Diciembre del 2009.

Específicos

1. Describir las condiciones sociodemográficas de las mujeres embarazadas que participaron en el estudio.
2. Identificar las conductas que favorezcan la transmisión del VIH en mujeres.
3. Estimar la seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas del Municipio de Bluefields en el periodo comprendido de Enero 2008 a Diciembre del 2009.



MARCO TEÓRICO

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la transmisión vertical del VIH y se dispone de numerosos datos sobre la eficacia de distintas estrategias para evitar dicha transmisión. Así, si se identifica precozmente la infección por el VIH en la mujer embarazada se puede prevenir la transmisión al niño. Además, para minimizar el riesgo de infección en el niño son necesarias estrategias como una adecuada información, el control obstétrico y el acceso al tratamiento.

La prevalencia de la transmisión vertical del VIH oscila entre 13 y 48% cuando no se realizan intervenciones encaminadas a disminuir la posibilidad que ocurra este evento, variando de 13 a 30% en países desarrollados, y alcanzando hasta 35 - 48% en países en vías de desarrollo. Sin embargo cuando se toman medidas como la administración de fármacos antirretrovirales a la embarazada y al recién nacido, la realización de cesárea electiva y consejería ofreciendo opciones seguras de alimentación al bebé y no brindando lactancia materna, este riesgo puede disminuir hasta menos de 2%.^(3,9)

Momentos de la Transmisión Vertical:

La transmisión vertical del VIH se produce en tres momentos:

En el embarazo: ocurre aproximadamente en un 30% de los casos. La gran mayoría se produce en los dos últimos meses de gestación y solamente un 2% se presenta antes de esta época del embarazo.

En el parto y el puerperio inmediato por las secreciones contaminadas que quedan impregnadas en el recién nacido, se produce un 50% de los casos, constituyendo el principal momento de transmisión.

Durante la lactancia materna: ocurren entre 15 - 20% de casos.

En la etapa prenatal, se ha considerado que si bien la placenta puede jugar un papel protector como mecanismo de barrera durante las fases tempranas de la gestación, la infección del trofoblasto por linfocitos T CD4+ pueden funcionar como un “acumulador” de elementos virales y favorecer la transmisión hematogena en el último trimestre del embarazo, especialmente durante el periodo de trabajo de parto. El total de factores que influyen en la transmisión vertical de la infección, aún no son bien conocidos, sin embargo, las asociaciones que con mayor frecuencia se mencionan son: la condición clínica de la madre durante el embarazo, así como su estado de respuesta inmune (nivel de linfocitos CD4+), estado virológico (carga viral) y la participación concomitante de infecciones transmitidas sexualmente en la madre, especialmente aquellas que manifiestan durante su curso clínico la presencia de lesiones de tipo ulcerativa como la sífilis, herpes genital o chancro.^(3,10)

La fase más importante de la transmisión se encuentra durante el momento del trabajo de parto y el período expulsivo. La infección posparto ocurre a través de la lactancia materna. En general, los niños alimentados del pecho materno aumentan el riesgo de adquirir la infección en un 4% durante



la lactancia en los primeros 4 meses de vida, y entre 15 - 20% cuando se extiende más de 6 meses.^(3,10)

Existen diversos factores que contribuyen a la vulnerabilidad de la mujer ante la infección por el VIH, entre ellos están:

Factores Biológicos:

El riesgo de contraer la infección es mayor en la mujer que en el hombre por diversas causas:

- Edad: la constitución de la mucosa vaginal, del tejido cervical y el ph vaginal en la adolescente aumentan el riesgo de infección por VIH. Esto se acentúa cuando la mujer pertenece a culturas en las que tienen actividad sexual en la pubertad temprana.
- La mucosa vaginal tiene un gran área de superficie y las microlesiones que ocurren durante la relación sexual pueden ser la puerta de entrada para el virus, siendo este un aspecto importante sobre todo en las mujeres más jóvenes. También cobra importancia el hecho que en las relaciones sexuales violentas o forzadas aumentan las lesiones vaginales y por tanto hay un mayor riesgo de transmisión del VIH.
- Existe más cantidad de virus en el esperma que en las secreciones vaginales, por lo que el riesgo de infección es más grande en la mujer que en el hombre, por tanto en la relación heterosexual la probabilidad de transmisión es mayor de hombre a mujer que a la inversa (0.1% frente a 0.05%).
- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) aumentan el riesgo de infección por VIH, esto se observa especialmente en la sífilis con un riesgo relativo de 9,9. También en otras ITS como la gonorrea con un riesgo relativo de 8,9, herpes genital 8,5, verrugas genitales 4,9 y úlceras genitales 18,2.^(4,11)

Factores económicos:

- La dependencia económica de las mujeres hacia los hombres impide que la mujer negocie medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual y/o el uso del preservativo.
- En muchas regiones el trabajo comercial del sexo es la única fuente de sustento para algunas mujeres y sus hijos.^(4,11)

Factores socioculturales:

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



- Para el hombre las prácticas sexuales con múltiples parejas es culturalmente aceptado. La infidelidad masculina representa el mayor factor de riesgo para la mujer que, aunque se mantenga libre de comportamiento de riesgo, se infecta debido a las prácticas de riesgo de su pareja.^(4,11)

DIAGNÓSTICO

Toda embarazada debe tener la oportunidad de realizarse la prueba diagnóstica para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para ello es importante ofrecerla durante la atención prenatal. La oferta rutinaria de estas pruebas de detección y la consejería a todas las embarazadas se considera como parte integral de la atención prenatal y se orientará en la primera visita de la embarazada a cualquier unidad del sistema de salud.

Cuando el resultado de esta prueba diagnóstica no sea reactivo, es recomendable repetirla en el tercer trimestre del embarazo (28 semanas de gestación), debido a que en este periodo se presentan la mayoría de casos de transmisión vertical en la gestante. En muchos lugares con recursos limitados y con bajas coberturas en la atención prenatal, una proporción considerable de mujeres se presentan en el momento del trabajo de parto sin haber tenido antes acceso a los servicios de consejería y detección del VIH. Por lo tanto, en este momento se debe ofrecer sistemáticamente las pruebas de detección del VIH a todas las mujeres en trabajo de parto si desconocen su estado serológico. Si esto no fuera posible, las pruebas y la consejería deberían proporcionarse lo antes posible después del parto.

Es preferible utilizar las pruebas rápidas de detección del VIH con resultados disponibles el mismo día, ya que así se reduce el retraso diagnóstico y se aumenta la proporción de mujeres que reciben los resultados de esta prueba. Reducir al máximo el retraso de la obtención de dichos resultados es especialmente fundamental para aquellas pruebas de detección del VIH que se realizan durante el trabajo de parto o poco después del parto. ^(9,10)



ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE VIH EN MUJERES EMBARAZADAS

Toda paciente que acepte someterse a la realización de pruebas diagnósticas para el VIH, se le hará inicialmente una primera prueba rápida cuyo principio es la detección de anticuerpos para el VIH mediante la aglutinación por partículas de látex, si el resultado no es reactivo se reportará como tal y se brindará consejería posprueba.

Si el resultado es reactivo positivo se le realizará una segunda prueba rápida con una nueva muestra de sangre con un principio diferente, que tienen como principio un ensayo inmunocromatográfico. Si el resultado de esta segunda prueba no es reactivo se reportará como tal, se brindará consejería y se le explicará a la usuaria que es necesario hacer pruebas confirmatorias (prueba de análisis inmunoenzimático denominado ELISA).

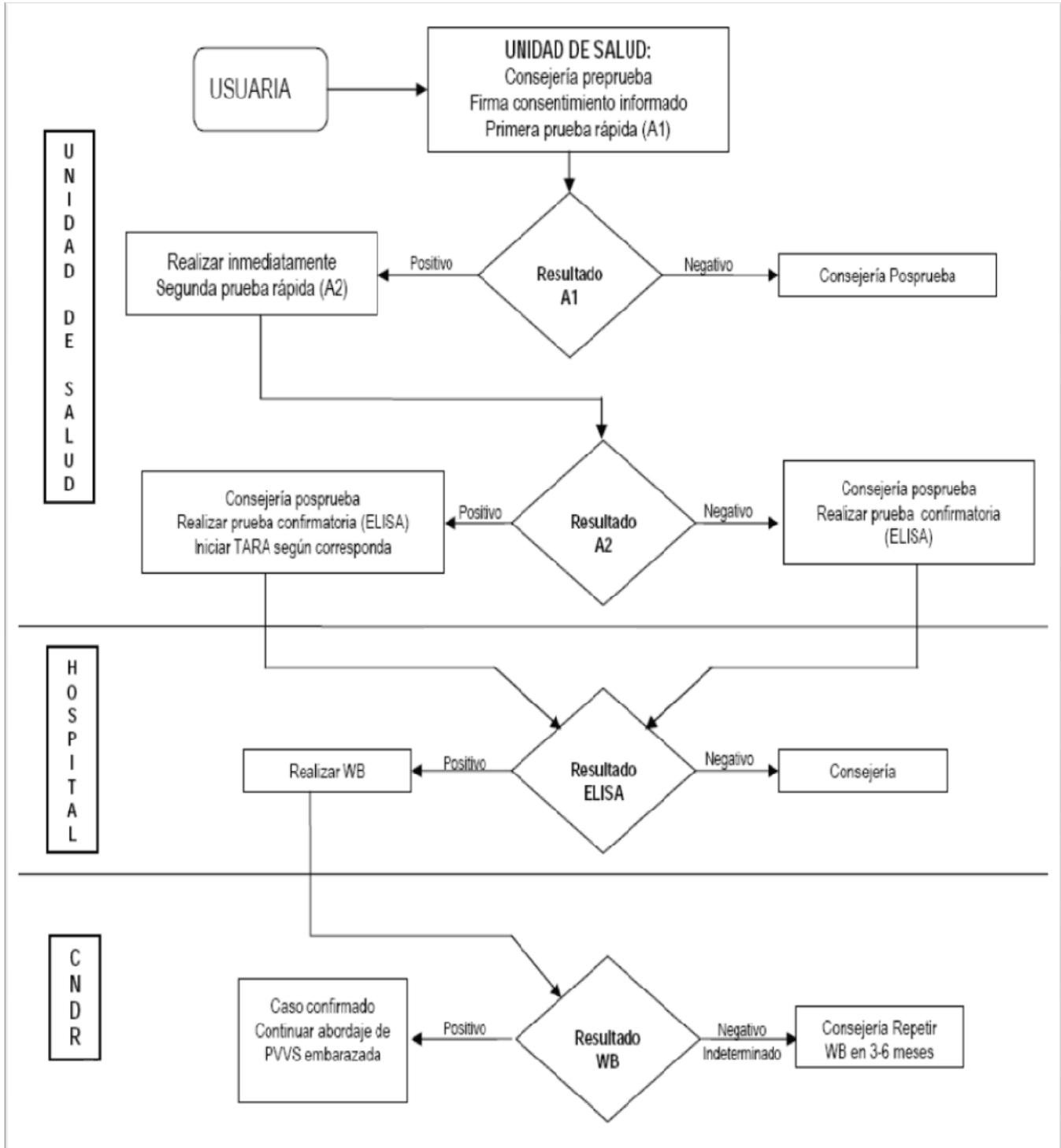
Las pruebas rápidas se realizarán en las unidades de atención primaria o en los hospitales y el resultado se entregará a más tardar 24 de horas después de tomada la muestra. La prueba confirmatoria de ELISA se realizará en los hospitales o laboratorios de referencia de cada SILAIS y el resultado debe estar listo a más tardar 15 días después de la toma de muestra.

Si la prueba de ELISA es negativa se brindará consejería y se recomendará repetir la prueba en 3 – 6 meses. Si el resultado es positivo o indeterminado, se enviará la muestra al “Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia” para la realización de una nueva prueba confirmatoria denominada Western Blot cuyo resultado estará listo a más tardar 15 días después. Si esta última es negativa o indeterminada se brinda consejería y se repetirá en 3 – 6 meses. Si es positiva se procederá a diagnosticar a la usuaria como persona con el VIH, se brindará consejería y se evaluará de acuerdo a los protocolos de atención integral.

En la embarazada, al tener dos pruebas rápidas reactivas con principio diferente, se continuará el algoritmo diagnóstico ya descrito, sin embargo se procederá a evaluar el inicio de terapia antirretroviral para prevención de la transmisión vertical, según situaciones clínicas y recomendaciones de ARV. Para más detalles, ver capítulo “Terapia Antirretroviral durante el embarazo”. Para esto es necesario explicar a la usuaria la importancia y ventajas de esta forma de proceder. ⁽⁴⁾



ALGORITMO PARA EL DIAGNOSTICO DE VIH





CONSEJERÍA PARA EL VIH EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO.

La práctica de la consejería desempeña un papel importante en el diagnóstico de la infección por el VIH y otras ITS. Esto contribuye para la promoción de una atención prenatal integral, permitiendo evaluar la vulnerabilidad y riesgos de acuerdo a cada usuaria o grupo poblacional. La consejería necesita tener en cuenta los aspectos emocionales del individuo así como aquellos relacionados a su salud sexual, su salud reproductiva, evaluación de vulnerabilidades y los derechos humanos.

Por lo tanto es necesario que exista, por parte del profesional, el desarrollo de habilidades para la realización de preguntas sobre la vida íntima de la usuaria, con la finalidad de proporcionar herramientas que faciliten la reflexión y la superación de dificultades, una adopción de prácticas seguras y la promoción de calidad de vida.

En el caso de las mujeres, la relación de calidad con un profesional de la salud en la práctica de la consejería, significa una oportunidad para evaluar factores de vulnerabilidad y de exposición a riesgos para la infección por el VIH y otras ITS, tanto presentes como pasadas, preparándose para recibir un diagnóstico de infección por VIH o para adoptar las medidas de prevención de esa infección y de otras ITS. El diagnóstico de infección por el VIH, cuando se realiza al inicio del embarazo, posibilita mejores resultados relacionados con el control de la infección materna y, consecuentemente, mejores resultados en la profilaxis de la transmisión vertical del VIH. Por este motivo, la prueba de detección del VIH debe ser ofrecida a todas las embarazadas tan pronto se inicie la atención prenatal. La realización de estas pruebas debe ser siempre voluntaria y confidencial.

Consejería Pre prueba

Forman parte de esta etapa el recibimiento, el establecimiento de vínculos, el reconocimiento de situaciones de vulnerabilidad y la orientación sobre la prueba. Del grado de profundidad del abordaje de estos contenidos dependerá el conocimiento de ITS, VIH, de la percepción de riesgo y de la disponibilidad de tiempo de la embarazada.

Consejería y toma de prueba voluntaria

La consejería y toma de prueba voluntaria constituye el arma más eficaz para la identificación de la población en riesgo. La prueba para VIH se debería orientar en la primera visita del control prenatal a toda madre que consulte el sistema nacional de salud. (Prueba voluntaria con consentimiento informado) durante la consejería deben establecerse ciertos parámetros básicos que deben estar siempre presentes. ⁽¹²⁾

El VIH es un virus que causa el SIDA y se disemina por contacto sexual, uso de drogas y de madre a hijo, durante el embarazo y lactancia materna.



- La mujer puede ser infectada y no conocer su estatus.
- Existen efectivas intervenciones que protegen al infante y reducen la morbilidad en el adulto.
- La prueba de anticuerpos para VIH es recomendada en toda embarazada.
- Los servicios de salud están disponibles para ayudar a prevenir la transmisión al recién nacido de forma gratuita y confidencial.

En caso de que la mujer se niegue a realizarse la prueba, debe de quedar constancia en el expediente clínico. No obstante, a pesar de las limitaciones locales, si se realiza una buena consejería, la mujer embarazada tiene un buen grado de aceptación a la prueba. Es de suma importancia realizar la prueba sobre todo en mujeres con prácticas de riesgo de transmisión durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada o tiene riesgo de estarlo. Si la prueba es positiva, debe enviarse con urgencia para una segunda prueba.

Toda mujer embarazada identificada en cualquier momento del embarazo VIH positiva debe enviarse con urgencia a un hospital para valorar el inicio de TAR. Toda gestante referida del primer nivel de atención identificada VIH positiva con una o dos pruebas rápidas debe realizársele un seguimiento oportuno para el diagnóstico basado en las presentes pautas, así como un seguimiento epidemiológico y clínico a las pacientes identificadas como falsos positivos por la posibilidad de estar en un período de ventana.⁽¹²⁾

Una vez identificada la gestante VIH positiva, será informada sobre la condición de la enfermedad y sus opciones terapéuticas así como del riesgo de transmisión vertical a su futuro hijo. ⁽⁴⁾

La evaluación de la gestante se realizará de acuerdo a criterios:

- a- Clínicos.
- b- Inmunológicos.
- c- Viroológicos.
- d- Epidemiológicos.
- e- Sociales.

Debe evaluarse:

- La edad gestacional y bienestar fetal.
- La ganancia ponderal materna.
- El crecimiento intrauterino del feto: deberá determinarse por ultrasonografía la edad gestacional lo más temprano en la gestación de tal manera que permita la evaluación posterior del crecimiento intrauterino.
- Toma de citología: evaluando las diferentes patologías del cuello uterino y la presencia de algunas enfermedades de transmisión sexual como infección por hongos, Tricomoniasis, infección por el virus del papiloma humano.
- El riesgo de diabetes materna.



- El riesgo de isoimmunización Rh.
- El riesgo de desarrollo de Preeclampsia o hipertensión crónica subyacente.

Debe establecerse un estadio clínico de la enfermedad, evaluar riesgos de enfermedades subyacentes y enfermedades oportunistas, evaluar resistencia a antirretrovirales y medir efectos secundarios e indeseables de las drogas.

Debe evaluarse:

- Detección de sífilis materna. Realización de VDRL en los tres trimestres de la gestación.
- Determinación de serología para Hepatitis B y C.
- Determinación de serología para toxoplasmosis, citomegalovirus. Se debe de realizar IgG e IgM para toxoplasmosis.
- Evaluación de contacto con tuberculosis. Administración de PPD, si existen síntomas respiratorios debe de descartarse la enfermedad tuberculosa con baciloscopías, radiografía de tórax y buscar en pacientes etapa SIDA tuberculosis extrapulmonar.
- Evaluación de laboratorio. Hemograma completo, pruebas de función renal y hepática.
- Evaluación de resistencia viral. Genotipificación del virus en toda madre con exposición previa a ARV para identificar cepas resistentes.
- Evaluación bioquímica. Amilasa sérica y CPK a fin de poder determinar presencia de acidosis láctica.
- Evaluación de consumo de tóxicos y dependencia alcohólica.

Evaluación de Riesgo social

Trabajo social debe realizar una entrevista con el fin de establecer los riesgos ambientales, familiares, económicos apoyo de la pareja u otro familiar e identificación de otros familiares infectados, esto es importante para la canalización a los servicios de salud especializados y garantizar el bienestar del núcleo familiar.

Evaluación de riesgos Psicológicos:

Se debe de identificar los posibles riesgos psicológicos a que se ve sometida la gestante y su grupo familiar. La aceptación de la enfermedad, aceptación de la gravidez, drogodependencia, violencia intrafamiliar, factores que pudieran poner en riesgo tanto a la gestante como su adherencia a protocolos de manejo. Así mismo debe establecerse la capacidad de integración social, y capacidad de autocuidado y de su núcleo familiar. ⁽⁴⁾

CONTROL Y SEGUIMIENTO

El objetivo del control es preservar la salud de la madre deteniendo la progresión de la enfermedad, la prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas y sus posibles complicaciones asociadas a la infección por VIH, así mismo la prevención de la infección perinatal.



Controles sucesivos

Primer Trimestre

Debe ser manejada de forma integral con las siguientes disciplinas (Infectología o medicina interna, ginecología de alto riesgo, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y farmacia).

Segundo Trimestre:

- Iniciar tratamiento antirretroviral después de las 14 semanas de edad gestacional, cualquier esquema que se utilice debe incluir Zidovudina.
- Ajustar esquema terapéutico.
- Evaluar vulvovaginitis y dar tratamiento.
- Evaluar y Tratar enfermedades oportunistas de acuerdo a nivel de CD4.
- Evaluar adherencia y tolerancia de medicamentos por responsable en farmacia.
- Evaluación de nutrición, haciendo énfasis con alimentación segura.
- Educación en normas higiénicas y de bioseguridad.
- Asegurar una buena ganancia ponderal.
- Evaluar cada mes complicaciones con antirretrovirales: Acidosis metabólica, Anemia, inducida por antiretrovirales.
- Integración a grupo de apoyo, revisar soporte familiar de apoyo.
- Educación para la salud, evaluación de utilización de condón y aprovisionamiento del mismo.

Tercer Trimestre:

- Diagnóstico precoz de CACU, amenaza de parto Prematuro, toxicidad por antirretrovirales.
- Evaluar funcionamiento del esquema terapéutico.
- Evaluación de pruebas de bienestar fetal de acuerdo necesidades.
- Control de carga viral y CD4 al momento del parto.
- Parto Hospitalario por cesárea previo al inicio de labor.
- Consejería en métodos de Planificación familiar permanentes.
- Evaluación de adherencia, y complicaciones de medicación antirretroviral, haciendo énfasis en anemia por antirretrovirales y acidosis láctica. ⁽⁴⁾

Cuidados de las Embarazadas VIH positivas:

- Evitar al máximo los estudios invasivos



- Cuando el parto esté cerca la mujer no debe alejarse demasiado de su lugar habitual de residencia.
- Es aconsejable que dé a luz en el centro donde se siga habitualmente.
- Se debe preparar a la madre para el parto y plantear la planificación familiar.

Cuidados durante el parto:

- En toda mujer con VIH embarazada, el tratamiento antirretroviral debe perseguir llegar al momento del parto con una carga viral en sangre materna indetectable.
- La cesárea debe realizarse en forma electiva.
- Se realizará con técnica de bajo sangrado
- ("hemostática")
- Esta técnica parece disminuir aún más el riesgo de transmisión.
- No propiciar un trabajo de parto prolongado para evitar posible cesárea de emergencia
- Estas se asocian a un mayor riesgo de transmisión.
- La vestimenta para la atención al parto debe ser la que establece Las Normas de Bioseguridad de la SESPAS.
- Evitar la realización de: amniotomía, episiotomía y el uso de forceps.
- Se debe evitar la ocurrencia de desgarros vaginales.

Atención posparto del recién nacido y la madre

- Bañar al recién nacido tan pronto sea posible, lavar especialmente la cara.
- Administrar antirretroviral al niño.
- No necesita lugar o sala especial.
- Evitar la hipotermia.
- Examen Pélvico: vigilar loquios
- La madre y el niño deben manejarse sin ninguna restricción.
- No es necesario aumentar el número de consultas.
- Proporcionar orientación respecto a evitar relaciones sexuales sin protección.
- Referir a atención integral.
- Anticoncepción. ⁽⁴⁾



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en las unidades de salud del municipio de Bluefields que brindan atención prenatal a embarazadas, organizados de la siguiente manera: En el municipio de Bluefields se cuenta con un centro de salud de nombre Juan Manuel Morales que es la sede central, en el que se desglosan los puestos de salud urbanos y rurales. (Ver anexo)

TIPO DE PRUEBAS A UTILIZAR PARA EL VIH

Las Pruebas realizadas en las mujeres embarazadas fueron: A1: Determine A2: Unigold que son las pruebas rápidas.

Luego las pruebas confirmatorias ELIZA y WESTER BLOOT

TIPO DE MUESTREO

Fue el no probabilístico por conveniencia, esto es debido que son los puestos de salud con mayor accesibilidad y los que tienen años de realización de la prueba de VIH, en el Municipio de Bluefields. Además de realizarse en todas las embarazadas que asistieron en el periodo de estudio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio fue de 770 Mujeres embarazadas captadas en los puestos de salud del municipio de Bluefields, que cumplieron con dos criterios;

1. Criterio de Inclusión.
 - Toda mujer embarazada que asistió a consulta de atención prenatal en las unidades de salud del MINSA.
2. Criterios de exclusión
 - Los que tienen menos acceso para llegar y así obtener las fichas epidemiológicas necesarias para el estudio.
 - Embarazadas menores de 15 años no emancipadas y sin la autorización escrita de los padres de familia.
 - Personas que rehúsen realizarse la prueba.
 - Persona con discapacidades que le impida dar información.



PERÍODO DE ESTUDIO

Del 1 Enero 2008 al 31 Diciembre 2009.

FUENTE DE INFORMACIÓN

- ✓ Secundaria: Por la revisión de las fichas que se realizaron a las embarazadas en el periodo de estudio por el personal de salud que laboraba en las diferentes unidades.

ASPECTOS ETICOS DE LA RECOLECCION DE LAS MUESTRAS

Se garantizo el respeto a los derechos de las mujeres embarazadas, practicando y educando acerca de la no discriminación, se brindo confianza y sobre todo respeto a su pudor y autonomía personal.

Se solicito el consentimiento expreso de las mujeres embarazadas a través de su firma que autoriza la realización de la prueba; respetando la ley 238 para realizar la prueba de VIH.

Basándose en la ley 238 en la que se establece la promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA se aseguraron la confidencialidad de las personas sometidas al estudio.

METODO DE RECOLECCION DE MUESTRA

Se realiza carta de solicitud al responsable del Programa de VIH/ITS del Municipio de Bluefields, con copia a la responsable a nivel del SILAIS-RAAS, para revisar las fichas epidemiológicas de VIH realizadas en las mujeres embarazadas atendidas en las diferentes unidades de salud.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectaron los datos a través de una ficha epidemiológica de reporte y seguimiento de VIH/SIDA elaborada por el MINSA (ver en anexo #2), que cuenta con los parámetros necesarios para nuestro estudio que son llenadas por el personal que elaboran en las unidades de salud de estudio.

PROCESAMIENTO

El programa estadístico donde se analizaron los datos es Epi-Info, versión 5.1



PLAN DE ANALISIS

Los datos fueron introducidos y procesados en el software Epi-Info 5.1. El análisis del estudio se realizó de forma univariada y bivariada, entre la variable dependiente y las independientes.

Se realizó distribución simple de frecuencias para cada una de las variables del estudio correspondientes a factores maternos.



RESULTADOS

Tabla 1. Situación sociodemográficas de las embarazadas estudiadas del Municipio de Bluefields en el período Enero 2008 a Diciembre 2009.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
EDAD	Población	Porcentaje
>34	43	5.6%
15-19	300	39.0%
20-34	427	55.5%
Total	770	100.0%
Escolaridad		
Analfabeta	108	14.0%
Primaria	204	26.5%
Sabe leer	50	6.5%
Secundaria	316	41.0%
Técnico	31	4.0%
Universitaria	61	7.9%
Total	770	100.0%
Estado Civil		
Acompañado	529	68.7%
Casado	142	18.4%
Soltero	99	12.9%
Total	770	100.0%
Ocupación		
Ama de casa	570	74.0%
Comerciante	19	2.5%
Domestica	47	6.1%
Estudiante	104	13.5%
Otro	30	3.9%
Total	770	100.0%

Fuente: Ficha Epidemiológica de VIH 2008-2009.

Tabla 2. Situación sociodemográficas de las embarazadas estudiadas del Municipio de Bluefields en el periodo Enero 2008 a Diciembre 2009.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad Gestacional	Población	Porcentaje
I TRIMESTRE	410	53.2%
II TRIMESTRE	255	33.1%
III TRIMESTRE	105	13.6%
Total	770	100.0%
Territorio		
Bluff	37	4.8%
Jeffrey Gordon	56	7.3%
Cs. Juan Manuel.	43	5.6%
Lea Bracket	406	52.7%
Pacasan	228	29.6%
Total	770	100.0%
GRUPO ÉTNICO		
Blanco	18	2.3%
Creole	164	21.3%
Mestizo	536	69.6%
Miskito	52	6.8%
Total	770	100%

Fuente: Ficha Epidemiológica de VIH 2008-2009.

De las 770 embarazadas estudiadas en el periodo correspondiente, el 55.5% tiene edades entre 20 a 24 años, el 39% de 15 a 19 años y 5.5% son mayores de 34 años. La escolaridad de las embarazadas estudiadas la mayoría tiene educación secundaria con un 41%, seguida de educación primaria con 26.5% y en tercer lugar se tiene al grupo de analfabeta que tiene un 14% y en un último lugar a las estudiadas en técnico con un 4%.

La mayoría de las embarazadas se encuentran acompañada representando el 68.7%, a las casadas con 18.4%, y de ultimo las solteras que solo representan el 12.9% de todas las estudiadas. Con la ocupación de las embarazadas estudiadas se encontró que el 74% son ama de casa, un 13.5% son estudiantes y el 6.1% son domesticas, las cuales el 53.2% estaban en el Primer Trimestre. Según el territorio la mayoría de las embarazadas se encontraron en Lea Bracket con el 52.7%, seguido pacasan con el 29.6% y el Jeffrey Gordon con un 7.3%.

El 63.5% de las embarazadas iniciaron su vida sexual entre el grupo etáreo de 15-19 años, seguida de las 10-14 años con un 29.25% y de ultimo a las mayores de 19 años que represento el 7.3%.

Tabla # 3. Conductas de riesgo para VIH en embarazadas estudiadas del Municipio de Bluefields

FACTORES	Población	PORCENTAJE
Antecedentes de ITS(infección de Transmisión Sexual)		
No	644	83.6%
Si	126	16.4%
Total	770	100%
Números de Parejas Sexuales		
1	520	67.5%
2	162	21.1%
3	60	7.8%
>3	28	3.6%
Total	770	100%
Abuso Sexual		
No	743	96.5%
Si	27	3.5%
Total	770	100%
Uso de Drogas Intravenosas		
No	763	99.1%
Si	7	0.9%
Total	770	100%
Transfusiones Sanguíneas		
No	750	97.4%
Si	20	2.6%
Total	770	100%
Realización de Algún Tatuaje		
No	699	90.8%
Si	71	9.2%
Total	770	100%
Uso de Preservativos		
A veces	179	23.2%
Nunca	574	74.5%
Siempre	17	2.2%
Total	770	100%
IVSA		
>19	56	7.3%
10-14	225	29.2%
15-19	489	63.5%
Total	770	100.0%
A Viajado a Otro País		
No	728	94.5%
Si	42	5.5%
Total	770	100%

Fuente: Ficha Epidemiológica de VIH 2008-2009



Tabla # 3.1 Infecciones de Transmisión Sexual presentadas en las embarazadas estudiadas en el Municipio de Bluefields en el Periodo de Enero 2008 a Diciembre 2009.

ITS	Frecuencia	PORCENTAJE
Candidiasis	45	35.7%
Cervicitis	19	15.1%
Condiloma	8	6.4%
EIPA	18	14.3%
Sifilis	1	0.8%
Tricomoniiasis	9	7.1%
Vaginosis	26	20.6%
Total	126	100%

Tabla # 3.2 Países visitados por la mujeres embarazadas estudiadas en el Municipio de Bluefields en el Periodo de Enero 2008 a Diciembre 2009.

País	Frecuencia	PORCENTAJE
Costa Rica	19	45.2%
Estados Unidos	10	23.8%
Noruega	6	14.3%
Honduras	1	2.4%
Otros	6	14.3%
Total	42	100%

Del total de embarazadas estudiadas el 83.6% negó tener alguna Infección de Transmisión Sexual y solo el 16.4% afirma haber tenido alguna de las Infecciones de Transmisión Sexual.

De todas las mujeres embarazadas el 67.5% refirió tener solo una pareja sexual, el 21.1% tenía dos parejas y el 7.8% tres parejas sexuales.

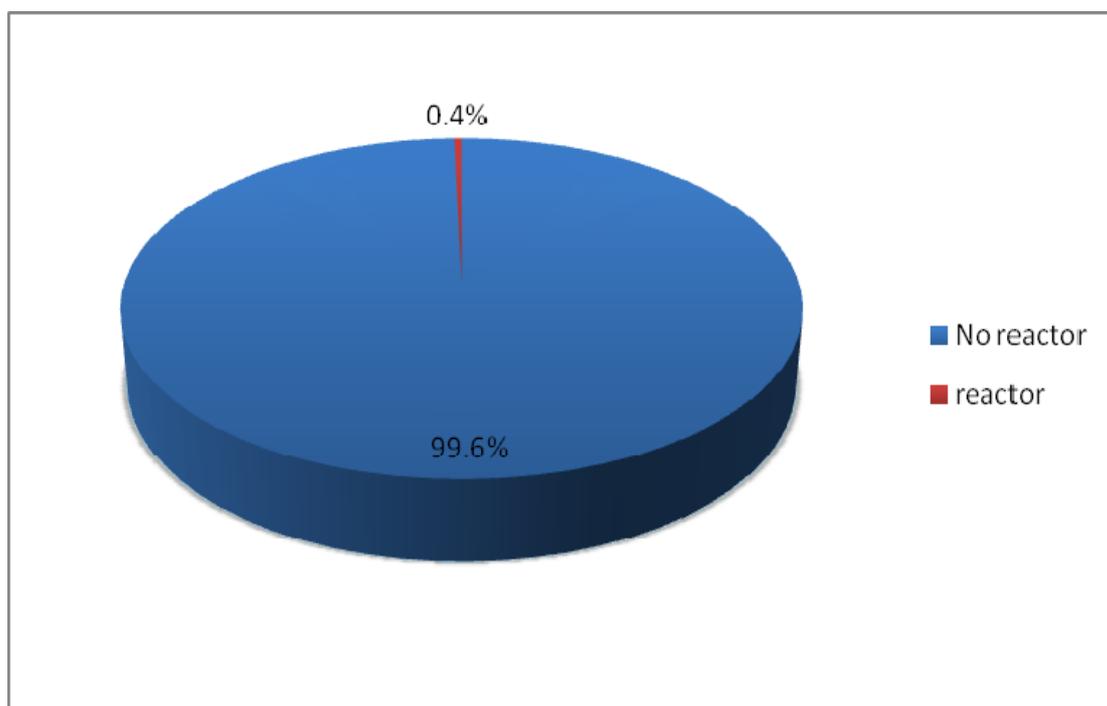
Con el uso de Preservativo el 74.6% nunca lo ha usado, el 23.2% a veces lo usa y solo el 2.2% siempre lo usa.

El 99.1% no ha usado drogas intravenosa y solo el 0.9% la ha usado. De las embarazadas estudiadas solo el 3.5% han sido abusadas sexualmente. El 2.6% de las embarazadas ha recibido transfusión sanguínea y solo el 5.5% ha salido del país.

Con la realización de algún tatuaje en las mujeres embarazadas estudiadas solo el 9.2% refirió que si se lo ha realizado.



Grafico 1. Seroprevalencia del VIH en mujeres Embarazadas del Municipio de Bluefields en el periodo de Enero 2008 a Diciembre 2009.



Fuente: Ficha Epidemiológica de VIH 2008-2009.

Tabla 4. Seroprevalencia de los factores de riesgo para VIH en las Embarazadas estudiadas del Municipio de Bluefields en el periodo comprendido de Enero 2008 a Diciembre 2009.

GRUPO ETAREO	POBLACIÓN MUESTREADA N=770	VIH (+) N=3	SEROPREVALENCIA
15-19 años	300	0	0
20-34 años	427	3	0.7%
>34 años	43	0	0

FACTORES	POBLACION MUESTREADA N= 770	VIH(+) N=3	SEROPREVALENCIA
Estado Civil			
Acompañada	529	2	0.4%
Casada	142	0	0%
Soltera	99	1	1%
Ocupación			
Ama de Casa	570	3	0.5%
Comerciante	19	0	0%
Domestica	47	0	0%
Estudiante	104	0	0%
Otro	30	0	0%
Números de Parejas Sexuales			
1	520	0	0%
2	162	2	1.2%
3	60	1	1.7%
>3	28	0	0%
Uso de Preservativos			
A veces	179	0	0%
Nunca	574	3	0.5%
Siempre	17	0	0%
Inicio de Vida Sexual Activa			
10-14 años	225	0	0%
15-19 años	489	3	0.6%
>19 años	56	0	0%
Total	770	3	100%

Fuente: Ficha Epidemiológica de VIH 2008-2009.

Tabla 5. Seroprevalencia de VIH en grupos étnicos de las mujeres embarazadas estudiadas del Municipio de Bluefields en el periodo de Enero 2008 a Diciembre 2009.

GRUPO ÉTNICO	POBLACIÓN	VIH (+)	SEROPREVALENCIA
Blanco	18	0	0%
Creole	164	1	0.6%
Mestizo	536	2	0.4%
Miskito	52	0	0%

Fuente: Ficha Epidemiológica de VIH 2008-2009.

Del 100% de las embarazadas estudiadas que se le realizó la Prueba el 0.4% fue positiva, donde las más afectada fueron en las edades de 20 a 34 años con el 0.7%, etnia mestiza con el 0.4%, con estado civil en unión de hecho estable que representa el 0.4%, amas de casa en su totalidad del 0.5%. Con alto índice de comportamiento de riesgo debido que su mayoría tenían más 2 parejas sexuales con el 1.7% y 0.5% nunca utilizaron el condón.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En nuestro país el VIH-Sida constituye un problema de salud pública que va en ascenso y que representa nuevos retos para su control. Representa una entidad importante, dado que es una de las infecciones más frecuentes, que ocasiona deterioro en la calidad de vida y defunciones. En el Municipio de Bluefields no se han realizados estudios en este tema, los últimos reportados son del año 2006 los que se tomaran como fuente para el análisis y otros estudios nacionales. ⁽⁵⁾

La proporción de mujeres, entre las personas infectadas, está aumentando a nivel mundial, principalmente las mujeres en edad fértil, teniendo como consecuencia el incremento del número de recién nacidos que contraen el virus a través de sus madres, el cual concuerda con los resultados del presente estudio donde se ve afectada la edad económicamente activa y con patrón reproductivo. ⁽⁵⁾

Las escolaridad mantuvo un patrón de mayor accesibilidad al estudio, debido que en su mayoría cursaron algún grado de nivel escolar (secundaria) a diferencia del reporte nacional donde cursan nivel primaria, pero similar al estudio realizado en la RAAS 2006. ^(5,7)

En su mayoría se encontraron acompañada, los cuales se considera como patrón de riesgo ya que este grupo mantiene relaciones sexuales más a menudo que las personas que no viven juntas, y utilizan preservativos con menor frecuencia debida a la confianza que depositan en su pareja, pero también refleja la falta de poder de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras, aún en el caso que sospechen que sus esposos han tenido relaciones sexuales de alto riesgo antes o durante el matrimonio. Estudio compatible a los informes de nivel nacional, departamental Chinandega donde obtuvieron iguales resultados. ^(5,6)

Existe un alto porcentaje de amas de casa, que se presenta por la falta de trabajo y el empleo informal que hay en la región, además del contexto histórico cultural en que se han desarrollado las mujeres socialmente preparadas para ser amas de casa. Según estudios realizados esta condición es un factor de riesgo ya que las amas de casa carecen del mismo nivel de información y educación sobre el VIH, por lo que mayoritariamente no toman conciencia de los riesgos y mantienen su vida sexual sin prevención. ⁽⁷⁾

El tener más de una pareja sexual es un factor asociado al VIH, en este estudio en una minoría se encontró que las mujeres tenían 2 a 3 parejas. Este hecho se puede deber a que iniciaron su vida sexual a temprana edad lo que favorece el hecho de tener muchas parejas, exponiéndose temprana y repetidamente a una ITS y al VIH. Resultados es similar al estudio realizado el año 2006 en el Municipio Bluefields. De estas mujeres embarazadas estudiadas la mayoría inicio vida sexual activa de los 15 a 19 años, similar el reportado por el estudio en el año 2006 a nivel de la RAAS que fue del 0.5%. ^(7,8)



El hecho de que la mayoría de las embarazadas estudiadas refirieron NUNCA haber usado preservativo en sus relaciones sexuales, representa un riesgo en el comportamiento relacionado con la transmisión del VIH/SIDA. Este dato posee gran importancia, porque al no uso de condón en un grupo de mujeres con parejas jóvenes adolescentes, y con historia de múltiples parejas sexuales, se aumenta el porcentaje de embarazos no deseados y la presencia de ITS y VIH/SIDA. Esta situación coincide con estudios nacionales donde se encontró que sólo una minoría de las mujeres exigía el uso del condón. ⁽⁶⁾

En el presente estudio se encontró una seroprevalencia de infección por VIH menor al reportado en el año 2006 realizado a nivel regional, pero mayor en comparación al estudio realizado en el Municipio de Bluefields en el año 2006 y del estudio Nacional Realizado en el año 2005.



CONCLUSION.

- ❖ La seroprevalencia global en este estudio en mujeres embarazadas fue de 0.4%.
- ❖ Las embarazadas estudiadas son jóvenes de 20 a 34 años, amas de casa con un nivel de escolaridad aceptable educación secundaria. Con inicio de vida sexual activa entre los 15 y 19 años, viven acompañada, con historia de múltiples parejas sexuales.
- ❖ En el grupo de estudio se encontraron conductas de riesgo como estar acompañada, además de ser amas de casas aun con estado de escolaridad aceptada, el de haber tenido múltiples parejas sexuales en su minoría, además de un alto porcentaje de no uso preservativo, inicio de vida sexual temprana de 15 a 19 años.



RECOMENDACIONES

- Elaboración e implementación de un plan de información, educación y comunicación a la población culturalmente adecuada a las diversas poblaciones.
- Fortalecer y/o ampliar la cobertura de la prueba de detección del VIH/SIDA al área rural, previo consentimiento informado a toda aquella embarazada que acuda a las unidades de salud.
- Informar y divulgar a la población de embarazadas sobre la importancia de la Prevención de la Transmisión Materno Infantil, los beneficios de la Terapia Antirretroviral y los efectos de éste, ante un resultado seropositivo.
- Realizar revisión del pensum académico de los colegios para la implementación de estrategias dirigidas a adolescentes enfocados en Salud Sexual y Reproductiva haciendo énfasis en evitar comportamientos de riesgo para adquirir ITS/VIH.
- Involucramiento de los padres de familia en el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva con los adolescentes.
- Fomentar la promoción del uso del preservativo durante las relaciones sexuales y el hábito en los varones.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA/OMS). Situación epidemiológica del sida año 2009. ONUSIDA 2010.
2. Comisión Nicaragüense del SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. Nicaragua. Periodo de Cobertura Enero 2008-Diciembre 2009. Managua, Marzo 2010.
3. MINSA Ecuador. Guía de Prevención y Control de Transmisión Vertical del VIH y Manejo de niños y niñas expuestos, perinatales y viviendo con VIH/SIDA. Ecuador, 2007.
4. Ministerio de Salud. Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH. Managua, Noviembre, 2008.
5. Romero L.M, Delgado B. Estudio de seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud durante el periodo de Noviembre 2004 – Febrero 2005. MINSA Managua, Nicaragua. 2005
6. Cano Baca Roberto, Zapata Osorio Hilda, Matute Armando, Matus Gregorio. Estudio Seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas del municipio de Chinandega-Nicaragua en en periodo 2007:
7. Gina Hodgson, Describir los comportamientos de riesgo y la prevalencia de VIH en las embarazadas que asisten al Control Prenatal, en el área urbana de los municipios del SILAIS – RAAS, en el período de Febrero a Marzo del 2006.
8. Chávez Mina, Chiong Martha. Factores Asociados y Prevalencia del VIH-SIDA en Mujeres Embarazada que Asisten al Centro de Salud Juan Manuel Morales Cabrera de la ciudad de Bluefields durante el periodo de Junio-Diciembre 2006.
9. Ministerio de Salud. Guía Práctica en Procedimientos de Diagnósticos del VIH para análisis de Laboratorio. Noviembre, 2007.
10. Ministerio de Salud. Recomendaciones de la Secretaria del Plan Nacional sobre el sida para el Seguimiento de la Infección por el VIH con relación a la Reproducción, el Embarazo y la Prevención de la Transmisión Vertical. Plan Nacional del sida, España, 2007.
11. Montigo José Luis.et.al. UNESCO 2004. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica. Mayo 2004, obtenido en Octubre 2007.
12. Política Nacional de Educación. Gobierno de Nicaragua. 2001.



ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	FUENTE	ESCALAS
EDAD	Periodo de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual	Ficha epidemiológica	15-19 20-34 > 34
ESTADO CIVIL	Característica legal por medio de la cual dos individuos aceptan la convivencia en pareja y desarrollan un vínculo ante el estado	Ficha epidemiológica	➤ Casada ➤ Soltera ➤ Acompañada
TERRITORIO	Las unidades de salud de estudio	Ficha epidemiológica	➤ P/s Lea Bracketh ➤ P/s Jefry Gordon ➤ P/s Pancasan ➤ P/s El Bluff ➤ U/s Juan Manuel M
OCUPACIÓN	Actividad a la que se dedica la paciente	Ficha epidemiológica	➤ Ama De Casa ➤ Comerciante ➤ Estudiante ➤ Profesional. ➤ Técnico. ➤ Otros.
ESCOLARIDAD	Condición académica de la embarazada	Ficha epidemiológica	➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Universidad ➤ Técnica ➤ Analfabeta. ➤ Sabe Leer
Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)	Edad de la paciente en la cual experimento su primera relación sexual	Ficha epidemiológica	➤ 15-19 ➤ 20-24 ➤ 25-34 ➤ ≥ 35
Antecedente de ITS	Infecciones de Transmisión Sexual previas a la captación de la paciente embarazada.	Ficha epidemiológica	➤ Si ➤ no
Múltiples parejas sexuales.	Es tener o haber relaciones sexuales con 2 ó más parejas	Ficha epidemiológica	➤ Si ➤ No
Uso de drogas intravenoso	Administración por vía Intravenosa de sustancias ilícita.	Ficha epidemiológica	➤ Si ➤ No

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEON.
“Seroprevalencia de VIH en Mujeres Embarazadas en el Municipio de Bluefields”



VARIABLE	CONCEPTO	FUENTE	ESCALA
Edad gestacional	Es el trimestre en el cual se encuentra la data del embarazo actual de la gestante	Ficha epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I trimestre ➤ II trimestre ➤ III trimestre
Abuso sexual	Cualquier actividad sexual entre dos personas sin consentimiento de una.	Ficha epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS	Es la administración de sangre humana o sus derivados realizada a la paciente por lo menos 6 meses antes.	Ficha epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
Otros	<p>Otras exposiciones de riesgo que se realicen y que no estén contempladas en las anteriores</p> <p>Pinchazo con aguja</p> <p>Compartir cepillo de dientes</p> <p>Tatuajes</p> <p>Etc.</p>	Ficha epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
Uso del condón	Utilización de preservativo durante la relación sexual.	Ficha epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A veces ➤ Siempre ➤ Nunca
Visita a otros países	Lugares donde la paciente ha estado de visita o estadía.	Ficha epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si (país y periodo) ➤ No



Ministerio de Salud
Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología
Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH-SIDA



SOLICITUD DE LA PRUEBA DEL VIH

PARTE II **Nº 664** Fecha: / /

SILAIS	
Municipio	
Unidad de Salud	
Código del Paciente:	Sexo (M) (F) Edad

Muestra para Diagnóstico Confirmación Control de Calidad

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

--



Ministerio de Salud
Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología
Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH-SIDA



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA AL VIH

PARTE I **Nº 664** Fecha: / /

SILAIS	
Municipio	
Unidad de Salud	

1. DATOS PERSONALES

Código	Edad
Sexo (M) (F)	Yo,

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

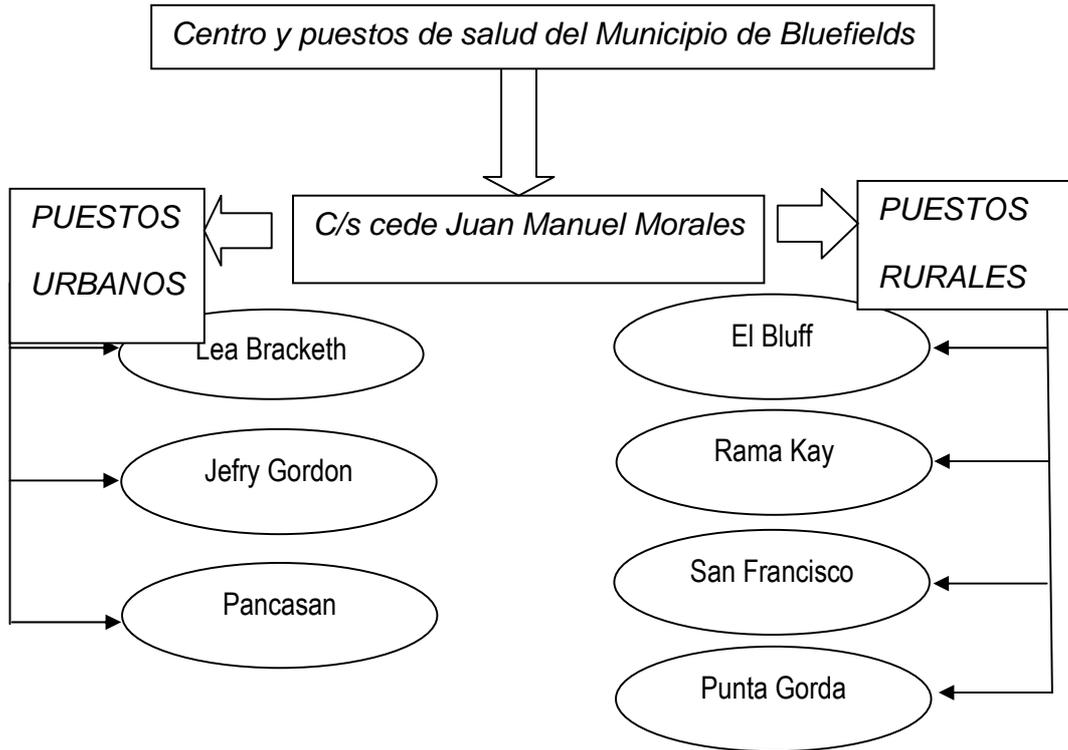
Firma del Paciente

Nombre, firma y código del Médico Tratante

Hoja de consentimiento informado que se aplicó a pacientes gestantes sometidas al estudio



Organización de las unidades de salud de Bluefields.





MAPA DEL MUNICIPIO DE BLUEFIELDS.

