

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN-LEON**



**Informe final de investigación para optar a título de  
“Doctor en Medicina y Cirugía”**

**Nivel de afectación de VIH en embarazadas, que asisten al Control Prenatal en las unidades del Municipio El Rama. Septiembre - octubre del 2021.**

**Autora  
Br. Judith del Carmen Chow Castro**

**Tutor:  
Dr. Juan Almendárez Peralta<sup>1</sup>**

***¡A la libertad por la Universidad!***

**Noviembre 2021**

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública y en Educación Superior en Salud. Profesor titular del Departamento de Salud Pública.

## DEDICATORIA

A Dios, por guiar mis pasos.

A mis padres Sofía Esperanza Castro Castillo y Pedro Francisco Chow Quintero, ya que gracias a sus esfuerzos y experiencias de vida me inspiraron y llevaron a salir adelante.

A mis hermanos fuente de motivación para realizar esfuerzos a fin de finalizar esta etapa en mi vida.

A mis hijos, razón principal para continuar mis esfuerzos a fin de serles ejemplo de constancia.

*Judith del Carmen Chow Castro*

## **AGRADECIMIENTOS**

**A** Dios, el ser supremo creador del universo y de nuestra existencia ya que sin él jamás podríamos llegar a cumplir nuestras metas.

A esta casa de estudio que me dio la oportunidad de realizar uno de los propósitos de vida.

**A** Dr. Juan Almendárez Peralta por su dedicación, alta capacidad profesional; quien me transmitió los conocimientos necesarios para lograr realizar este estudio y a su vez concluirlo.

**A** todo el personal docente y administrativo de esta universidad, quienes me brindaron sus conocimientos y apoyo.

*Judith del Carmen Chow Castro*

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para determinar prevalencia de afectación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres embarazadas que asisten al control prenatal (CPN) el municipio El Rama, en el periodo de septiembre - octubre del presente año.

Se evaluaron los expedientes de 528 embarazadas, se identificaron las características sociodemográficas, antecedentes ginecobstétricos y sero positividad a VIH. Los datos fueron procesados y analizados con el paquete estadístico Epi-Info 7.2.0.1 haciendo análisis para dar respuesta a los objetivos específicos.

Se encontró que la mayoría de las usuarias (65.2%) se encontraban entre las edades de 20-34 años, siendo la edad de menor riesgo de sufrir complicaciones durante la gestación; sin embargo, el 56.3% de estas contaban con 4 y más embarazos. Por otro lado, un 46.8% cursaban con su 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> embarazo antes de los 20 años. Indicativo de fallas en el seguimiento Puerperal y Post natal a fin de prevenir un embarazo subsecuente.

La mayoría de las participantes en el estudio son originarias del área urbana (71.2%), de estas la mayor parte de las gestantes del área urbana (22.6%) son nulíparas y un 13.3% cuentan con 5 y más gestas. La mayoría de las gestantes (50.2%) refirieron no tener ningún tipo de estudios o solo tener estudios primarios, lo que explica porque estos dos grupos son los que presentan el 100% de las pacientes con 5 ó más gestas. Se encontró un amplio predominio de usuarias que se dedicaban a ser Amas de Casa (93.2%), las cuales además representan el 96% de las pacientes con 5 y más embarazos.

La prevalencia de VIH en el presente estudio fue del 0%, a pesar de que hay personas afectadas en la comunidad lo que indica que nuestro municipio tiene **una epidemia Concentrada en otros grupos de la población.**

**Palabras claves:** VIH, Prevalencia, transmisión vertical, Control prenatal

# ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
V.	OBJETIVOS.....	9
5.1	Objetivo General .....	9
5.2	Objetivos Específicos: .....	9
VI.	MARCO TEÓRICO.....	10
6.1.	Formas de transmisión del VIH: .....	10
6.2.	Diagnóstico del VIH. ....	11
6.3	TARV en embarazadas y mujeres lactantes .....	13
VI	DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
7.1.	Tipo de estudio.....	19
7.2	Área de estudio .....	19
7.4	Fuente de información.....	19
7.8	Criterios de inclusión .....	21
7.8	Criterios de Exclusión.....	21
7.10	Plan de análisis de la información:.....	22
7.11	Aspectos éticos: .....	22
7.12	Limitaciones del estudio. ....	23
IX	CONCLUSIONES .....	31
X	RECOMENDACIONES .....	32
XI	REFERENCIAS .....	33
8	ANEXOS.....	35

## I. INTRODUCCIÓN.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, que ha cobrado ya casi 33 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable.

Aunque no existe cura para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) hay tratamientos de prevención eficaces que permiten mantener controlado el virus y prevenir la transmisión a otras personas: prevención de la transmisión materno infantil, uso de preservativos masculinos y femeninos, intervenciones para la reducción de daños, profilaxis anterior a la exposición, profilaxis posterior a la exposición, circuncisión médica masculina voluntaria y antirretrovíricos.

Se estima que, a finales de 2019, había a nivel mundial 38 millones de personas con el VIH.

Para alcanzar el nuevo objetivo mundial «95/95/95» propuesto tendremos que redoblar nuestros esfuerzos para evitar el escenario más desfavorable: medio millón de muertes adicionales en el África subsahariana, un aumento de las infecciones por el VIH como consecuencia de las interrupciones en el servicio del VIH durante la pandemia de COVID-19 y la ralentización de la respuesta de salud pública al VIH.

A nivel nacional, para el 2018 según estadísticas del Ministerio de Salud, se registran un total de 4,991 personas en Terapia Antirretroviral (de 8,162 PCVI diagnosticados), el 97.5% son mayores de 15 años y un 2.4% menores, el 66% (3,292) son hombres y el 34% (1699) mujeres atendidas en 60 clínicas de atención Integral, la cobertura del TARV es del 61%.

Los SILAIS con mayor número de personas en TAR son: Managua 46.3% (2,309 personas), seguido de Chinandega 11.4%(571), Bilwi 8.9% (442), León 7,6%(378) y Masaya 6,1%(302).

Las personas con VIH son atendidas por los equipos multidisciplinarios de las unidades TARV del primer y segundo nivel de atención.

El porcentaje de sobrevivencia de adultos y niños que están bajo tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia es del 76%. El índice de abandono a la TARV está por arriba del 30%.

La mortalidad por VIH evidencia una tendencia al incremento a partir del año 2002. La tasa de mortalidad ha mantenido un comportamiento similar en ambos años con 6.8 en 2017 y 6.7 en 2018 con 232 defunciones, según sexo 73.0% (170) son hombres y 27.0% (62) mujeres. El 86% (201) de los fallecidos están en edades comprendidas de 20-49.

En 2018 se registran 126 niños y niñas nacidos de madres con VIH los SILAIS que registran mayor número de niños expuestos son: Managua 27.7% (36) RACCN 23.8% (31), Chinandega 12.3%(16), Masaya 4.6% (6), Las Minas 3.8%(5) y León el 3.1%(4). Según vía del nacimiento 111 fueron por cesárea y 15 parto vaginales. Al 83.3% (105) se realizó ADN-proviral. Se registran 6 casos positivos con una tasa Transmisión materno infantil del 4.8%.

El país alcanzará una tasa de transmisión vertical al 2021  $\leq 2\%$ , una cobertura de TAR opción B+ del 95% y una cobertura de pruebas de VIH en embarazadas arriba del 95%.

A nivel municipal desde su aparición en el año 2007, se han diagnosticado 15 casos; 5 de los cuales se correspondieron a mujeres en estado de embarazo (2 casos durante el presente año), las cuales ya dieron a luz y actualmente se realiza el seguimiento diagnóstico a 2 niños, los demás casos son pacientes del sexo masculino de los cuales ya fallecieron 3 y los 7 restantes reciben TAR.

Por lo que resulta fundamental conocer cuál es la verdadera prevalencia de VIH y SIDA en embarazadas del municipio el Rama; esto permitirá definir el estadio de la epidemia, para que los encargados de salud en el municipio enfoquen las estrategias de intervención, establecer programas dirigidos a modificar los comportamientos de riesgo y disminuir la transmisión

vertical, también es una herramienta para realizar abogacía con el sector político, líderes religiosos, entre otros que motive el apoyo económico y participativo en la lucha contra la epidemia.



## II. ANTECEDENTES

El VIH/SIDA es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres y a su proceso reproductivo. Tiene varias formas de transmisión vinculadas a comportamientos de riesgos por lo que las estrategias ofrecen múltiples oportunidades de intervención, mediante programas efectivos de prevención primaria y secundaria junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos.

En la mujer embarazada el diagnóstico precoz (antes de las 12 semanas de gestación) es fundamental en la carrera por prevenir la Transmisión Vertical, he ahí la importancia de que las mujeres asistan precozmente a su Control Prenatal (CPN) y acepten voluntariamente la realización de la Prueba de VIH. Sin embargo, el patrón epidemiológico, la cultura de la sociedad y la calidad de los programas de atención primaria no siempre están bien enfocados por abordar integralmente el problema, por lo que se requiere constantemente realizar investigaciones que den pistas para fortalecer las acciones de prevención.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollagüe, Maternidad del Cantón Santa Rosa, Ecuador, para determinar la incidencia de VIH en mujeres gestantes que han sido atendidas en la maternidad durante el periodo 2009, con un universo de 645 mujeres gestantes y una muestra de 104 mujeres a las cuales se les realizaron prueba de VIH, de las cuales 9 presentaron tamizajes positivos, con una prevalencia del 0.08%. (1)

Estudio Realizado en Lima Perú para Determinar la incidencia de la infección por VIH en mujeres embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (2007-2016). Determino luego de tamizar 113,258 mujeres embarazadas que la incidencia para ese momento en este grupo poblacional fue de 2.9 por cada mil. (2)

En Nicaragua la edición reciente de ENDESA permitió conocer qué nivel nacional las mayores tasas de fecundidad se dan en mujeres menores de 30 años, principalmente en el área rural y el embarazo precoz una realidad en esta área. A nivel nacional el porcentaje de adolescentes embarazadas era del 24.4%. (3,4)

En el año 2015, en Nicaragua de acuerdo con los datos suministrados por vigilancia epidemiológica del ministerio de salud se tenían registradas un total de 9,900 personas con VIH de las cuales el 30% se correspondían con el sexo femenino. (4)

Un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en los municipios La Trinidad y El Sauce durante los meses de enero a diciembre de 2009 con el objetivo de estimar la seroprevalencia del VIH/sida en mujeres embarazadas. La población de estudio la constituyeron 16,470 embarazadas que ingresaron a las diferentes unidades de atención y la muestra estuvo conformada por 1,039 embarazadas que se muestrearon en el periodo de estudio. No detectando casos de VIH/SIDA. (5)

Otro estudio similar al anterior para Determinar la prevalencia y características clínicas de la transmisión vertical en hijos de madres VIH positivas atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León en el período de Enero 2009 a Diciembre 2018, en 36 embarazadas y 38 neonatos atendidos en la clínica de VIH en dicho hospital. Se realizó un análisis univariado de frecuencias y porcentajes. La fuente de información fue secundaria y los datos se recolectaron por medio de una ficha de recolección. Entre los principales resultados se encontró que las características sociodemográficas predominantes de las embarazadas que conviven con el VIH son grupo etario de 21 a 35 años (67,9%), con una escolaridad primaria (50%), una ocupación de ama de casa (77,8%), un estado conyugal de acompañada (25%) y una procedencia urbana (69,4%). Entre las características clínicas ginecobstetricas más relevantes se encontró un diagnóstico de VIH predominante en el primer trimestre de gestación (41,7%).

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la ciudad de Bluefields por Dolores Benavides para determinar factores asociados y prevalencia del VIH/SIDA en mujeres embarazadas. De 184 embarazadas que aceptaron participar en el estudio. Logro identificar tres casos positivos confirmados por la prueba de Western Blot. De los cuales el 66.7% oscilaban entre 20 y 34 años, no habían culminado la secundaria, eran de raza Creole, se encontraban en unión libre y cursando el I trimestre de gestación. El 100% eran amas de casa, encontrándose una prevalencia de 10.01% (7)

En el año 2011 se realizó otro estudio en la ciudad de Bluefields según estudio realizado en el municipio de Bluefields en embarazadas captadas en las unidades de salud periodo Enero 2008 a diciembre 2009 el cual reporto que el 74% de las participantes en el estudio eran amas de casa y en ellas la seroprevalencia de VIH fue del 0.5%. (8)

### III. JUSTIFICACIÓN

Determinar la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, que asisten al Control Prenatal, en el municipio El Rama, durante los meses de septiembre y octubre de 2021, se pueda realizar de intervenciones sanitarias necesarias que eviten la transmisión vertical; constituyéndose estas en beneficiarias directas de este estudio y sus hijos como beneficiarios indirectos, cumplir con el modelo de salud familiar de nuestro buen gobierno y a la vez poder cumplir con acuerdo internacional de cero transmisión vertical en Nicaragua.

Al ser mujeres en edad reproductiva las principales afectadas por el VIH/SIDA, su muerte representa una pérdida irreparable para las familias, por ende, su prevención es de suma importancia y pertinencia para la comunidad.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La transmisión del VIH de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia se denomina transmisión vertical o materno infantil. Si no se interviene de ninguna forma durante estos periodos, las tasas de transmisión materno infantil del VIH pueden ser del 15% al 45%. Es posible eliminar casi totalmente el riesgo de transmisión materno infantil administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño tan pronto como sea posible durante la gestación y el periodo de lactancia.

La OMS recomienda el tratamiento antirretrovírico de por vida para todas las personas con VIH, independientemente de su recuento de células CD4 y de la etapa clínica de la enfermedad; esto incluye a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. En 2019, el 85% de los aproximadamente 1,3 millones de embarazadas infectadas por el VIH en todo el mundo con antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus hijos. Un número mayor de países y territorios está alcanzando tasas muy bajas de transmisión materno infantil del VIH y la eliminación de este tipo de transmisión como problema de salud pública ha sido validada en algunos de ellos. Por otro lado, varios países con tasas elevadas de infección por este virus están logrando grandes progresos en su camino hacia la eliminación. (7)

En Nicaragua en 2018 se registraron 133 embarazadas con VIH, dato superior al reportado en 2017 con un 16.5% (22). Los SILAIS con mayor número de embarazadas son: RACCN 27.8% (37), Managua 25.6% (34), Chinandega 9% (12), León 6% (8), Masaya y Matagalpa el 4,5% (6) respectivamente, estos seis SILAIS concentran el 77.4% de las embarazada con VIH. El 46.6% (62) de las embarazadas ya tenían diagnóstico previo de VIH y el 57.4% (71) son nuevos diagnósticos del 2018. El 97% (129) de la embarazadas está recibiendo TARV de por vida, de estas 60 ya se encontraban recibiendo TARV y 69 iniciaron TARV en 2018.

Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de afectación de VIH en embarazadas, que asisten al Control Prenatal, en el municipio El Rama, septiembre - octubre de 2021?

## **V. OBJETIVOS.**

### **5.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de VIH en embarazadas, que asisten al Control Prenatal, municipio El Rama, septiembre - octubre de 2021.

### **5.2 Objetivos Específicos:**

1. Describir las características socio demográficas de las encuestadas.
2. Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las encuestadas.
3. Estimar el nivel de afectación de VIH en embarazadas estudiadas y grupos más afectados.

## **VI. MARCO TEÓRICO.**

A sabiendas que la transmisión vertical, representa la principal forma de transmisión del VIH en niños, es de vital importancia la detección temprana de las embarazadas seropositivas, lo que permitirá la oportunidad de ejecutar las acciones necesarias a fin de disminuir el riesgo de transmisión.

La proporción de mujeres, entre las personas infectadas por VIH, 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. (8)

### **6.1. Formas de transmisión del VIH:**

- Horizontal, vía contacto sexual. Es la forma de transmisión más común, 75-85% de los casos.
- Horizontal, vía secreciones o sustancias. Por contacto con membranas mucosas, piel no intacta o torrente sanguíneo.
- Vertical, de madre a hijo.

Es la forma de transmisión responsable de más del 90% de las infecciones por VIH en infantes. Esta puede ocurrir en las siguientes circunstancias:

- Durante el embarazo
- Durante el parto
- Lactancia materna

El virus puede transmitirse durante el embarazo (en las etapas tardías principalmente), el parto o la lactancia. En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que un recién nacido contraiga el virus a través de una madre infectada oscila entre el 15% y el 25% en los países industrializados y entre el 25% y el 35% en los países en desarrollo. Esa diferencia se debe principalmente a las prácticas de alimentación: la lactancia materna es más frecuente y suele mantenerse durante más tiempo en los países en desarrollo que en el mundo industrializado.(8,9)

## 6.2. Diagnóstico del VIH.

El diagnóstico de infección de VIH se basa en pruebas que detectan antígenos y anticuerpos contra el virus. Estas pruebas se clasifican en:

- Pruebas de detección o tamizaje: pruebas rápidas para detección de anticuerpos de VIH (A1 y A2).
- Pruebas confirmatorias: Elisa 4ta generación, antígeno p24, cultivo viral, DNA proviral, carga viral por PCR o DNA.

Las pruebas de tamizaje para identificación de VIH siempre deben interpretarse de acuerdo a los datos clínicos de la persona y a pruebas auxiliares de laboratorio (Biometría hemática, conteo de linfocitos, química sanguínea, etc.). En personas sin manifestaciones clínicas, las pruebas de tamizaje siempre deberán ser confirmadas.

### Protocolo diagnóstico.

El Ministerio de Salud ha definido un algoritmo diagnóstico que considera a una persona con VIH cuando:

- Si la prueba rápida (A1) realizada en el tamizaje inicial tiene un resultado **No Reactor**, se entregará el resultado al médico tratante.
- Si el resultado de la prueba rápida inicial fuera **reactor**, se realiza inmediatamente una segunda prueba rápida (A2) de diferente principio metodológico.
- Si el resultado de prueba A2 es **No reactor** se notifica al médico tratante la discrepancia del resultado y se remite la muestra al laboratorio de referencia del SILAIS.
- Si el resultado A2 es **reactor** se notifica al médico tratante y se remite la muestra al laboratorio de referencia del SILAIS para realizar ELISA 4ta Generación y se sigue el siguiente esquema: Si ambas pruebas rápidas son reportadas reactores y el resultado de ELISA es **Positivo**, este resultado se entrega a vigilancia epidemiológica del SILAIS



y/o la unidad de salud que lo refiere y se envía esta muestra junto con el historial del paciente al Centro Nacional para Diagnóstico y Referencia - CNDR para control de calidad. Con resultado **Negativo**, se solicita nueva muestra en un tiempo no mayor de 3 semanas. Si la muestra reportada por el nivel local presenta discordancia del resultado entre ambas pruebas rápidas (A1 Reactor, A2 No Reactor) y el resultado de ELISA es **Positivo** se entrega resultado como positivo a vigilancia epidemiológica del SILAIS y/o la unidad de salud que lo refiere y se envía la muestra junto con el historial del paciente al CNDR para realizar el control calidad y si es **Negativo** se reporta el resultado negativo al SILAIS y/o la unidad de salud de referencia.

El CNDR realiza control de calidad externo a todas las muestras referidas por la red de laboratorios del sector público y privado para el diagnóstico de VIH, utilizando una combinación de pruebas serológicas, ELISA 4ta generación y Western Blot.

En las pruebas de tamizaje debe tenerse en cuenta:

#### **CAUSAS DE FALSOS NEGATIVOS DE LA PRUEBA:**

- Período de ventana (tres semanas a seis meses)
- Tratamiento inmunosupresor
- Transfusión masiva
- Trasplante de médula ósea
- Presencia de polvo de guante de laboratorio durante el procedimiento
- Agammaglobulinemia
- Estadios finales de la enfermedad
- Error técnico
- Inadecuado almacenamiento y distribución de los reactivos de laboratorio

#### **CAUSAS DE FALSOS POSITIVOS DE LAS PRUEBAS:**

- Enfermedad auto inmune
- Mieloma múltiple

- Hepatitis
- Vacunación reciente contra influenza
- Cirrosis biliar primaria
- Transferencia pasiva de anticuerpos
- Error técnico
- Inadecuado almacenamiento y distribución de los reactivos de laboratorio

En relación al Western Blot se deben tomar en cuenta las siguientes causas de falsos positivos y negativos:

#### **CAUSAS DE FALSOS POSITIVOS:**

- Infecciones por Paramixovirus
- Auto anticuerpos contra proteínas celulares
- Presencia de anticuerpos carbohidraticos
- Error técnico

#### **CAUSAS DE FALSOS NEGATIVOS:**

- Período de ventana
- Inmunosupresión severa
- Error técnico
- Transferencia pasiva de anticuerpos. (9)

### **6.3 TARV en embarazadas y mujeres lactantes**

Los servicios de atención prenatal deben ofrecer asesoramiento pre y post prueba rápida del VIH a las embarazadas que acuden a los establecimientos de salud, detectar al mayor número de mujeres infectadas y ofrecer a éstas el acceso a las intervenciones encaminadas a la prevención de la transmisión materno - infantil del VIH.

Toda embarazada o mujer lactante con VIH debe iniciar un tratamiento con tres ARVs y mantenerse en éste, para disminuir el riesgo de la transmisión vertical. Las mujeres que cumplan los criterios para recibir tratamiento seguirán con el TARV de por vida.

En mujeres que no cumplan los criterios para recibir TARV por motivos relacionados con su propia salud, se puede considerar la posibilidad de interrumpirlo, después de finalizado el período de riesgo de TMI. (Decisión de mutuo acuerdo médico-paciente).

Se recomienda el uso del Efavirenz como esquema preferente de primera línea de tratamiento en mujeres embarazadas o en edad fértil. Los datos sobre el riesgo, que el EFV, cause defecto del tubo neuronal en seres humanos son muy escasos y la experiencia publicada recientemente es tranquilizadora.

### **Los ARVs y la Lactancia Materna**

El virus del VIH ha sido aislado de la leche humana y puede transmitirse a través de la lactancia. El riesgo de transmisión es mayor en madres que adquieren la infección durante el período postparto.

En la actualidad, la lactancia materna sigue siendo la mejor opción para la inmensa mayoría de niños y niñas, al plantearse la alimentación de sustitución como parte importante de las medidas de reducción de la transmisión materno-infantil, debe considerarse el riesgo, que se incurre al no alimentar al bebé con leche materna.

En Nicaragua, dada las condiciones actuales de adherencia al tratamiento en las embarazadas con VIH, se recomienda alimentación de sustitución garantizando la dotación de sucedáneos o leche de fórmula, durante los primeros 12 meses de vida, apoyándose con educación continua a la madre y/o familiares sobre el manejo de los alimentos (estrictas medidas de higiene durante la preparación) la manipulación inadecuada puede originar infecciones, mayor desnutrición y muerte.

La reducción de la transmisión materno infantil del VIH se fundamenta en:

- Administrar terapia antirretroviral a la madre durante el embarazo.
- Nacimiento por cesárea (madre con determinación de carga viral mayor a 1,000 Copias)
- No lactancia materna (sustitución leche de fórmula desde el nacimiento).
- Uso de antirretrovirales como medida preventiva (profilaxis) en recién nacido(a).

### **Profilaxis con ARVs en el recién nacido(a)**

Todo niño y niña nacidos de madres con VIH deben recibir profilaxis con ARVs durante 4 a 6 semanas con 25 Nevirapina una vez al día (o AZT dos veces al día). La profilaxis para el lactante debe iniciar al nacimiento o una vez que se reconozca la exposición al VIH después del parto. (8,9)

### **6.4 Vigilancia serológica en el contexto de vigilancia de segunda generación.**

Cada país necesita información sobre la evolución de su epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para combatir su propagación. La información sobre las tendencias en la prevalencia del VIH si existe un aumento o disminución de la prevalencia y en qué medida y que poblaciones están afectadas pueden ayudar a un país a monitorear su epidemia y proporcionar información sobre la efectividad de las medidas de prevención y control. El monitoreo de las tendencias de la prevalencia del VIH se realiza mediante las actividades de vigilancia. La vigilancia no es una actividad puntual ni debe ser un programa que se realice una sola vez. Los programas nacionales de sida (PNS) deben crear sistemas de vigilancia del VIH que lleven a cabo sus actividades de una manera rutinaria y estandarizada. La piedra angular de los sistemas de vigilancia es la consistencia de sus métodos, poblaciones y herramientas. La consistencia es esencial para obtener información fiable, la cual, a lo largo del tiempo, permitirá a un país monitorear tendencias.

Las encuestas de base poblacional pueden proporcionar estimaciones directas y fiables de la seroprevalencia nacional y regional del VIH en hombres y mujeres, independientemente de

que estén embarazadas o no. En las encuestas serológicas que usan pruebas anónimas no ligadas, la información socio demográfica que se recolecta de cada mujer embarazada no debe ser tan completa que facilite la identificación de una mujer determinada.

Por lo tanto, se recomienda recoger una información socio demográfica mínima durante la encuesta serológica mediante pruebas anónimas no ligadas. La interacción con pacientes sobre la encuesta serológica debe ser mínima, en caso de que la haya. Todos los datos recolectados para la encuesta serológica deben ser información rutinaria recolectada en el puesto -por ejemplo, durante el proceso de admisión.

La vigilancia de segunda generación recomienda recolectar, como mínimo, los datos siguientes: edad, nivel de educación, ocupación, residencia, gravidez y paridad, resultados del test del VIH, y resultado del test de sífilis.

Independientemente del estado epidémico, los países deben recoger información de la prevalencia en poblaciones que sean más o menos representativas de la población general (como mujeres embarazadas), así como en poblaciones consideradas de alto riesgo de infección y transmisión.

Las encuestas serológicas en mujeres embarazadas son una actividad de vigilancia clave en epidemias concentradas y generalizadas y una actividad de vigilancia adicional en epidemias de bajo nivel. La frecuencia de las encuestas serológicas y la cobertura geográfica o tipo de área de exposición estudiadas pueden variar, dependiendo del estado de la epidemia en cuestión.

Las mujeres embarazadas, no sólo se consideran una buena aproximación de la población general, sino que también son un grupo de fácil acceso: la mayoría utiliza los servicios de las clínicas prenatales durante el embarazo y, en ese contexto, suelen tomarse muestras de sangre para controles rutinarios. Una parte de esta sangre puede utilizarse para las pruebas del VIH utilizando varios enfoques. (9,10)

Las pruebas de VIH anónimas no ligadas (sin consentimiento informado) solamente se llevan a cabo en clínicas donde se extrae sangre regularmente para otros propósitos (normalmente pruebas de sífilis).

El conocimiento de la magnitud de la infección por el VIH en las embarazadas tiene fundamental importancia para conocer la tendencia de la epidemia, el desarrollo de las intervenciones en prevención y así dotar de los recursos necesarios a los servicios de salud.

Su estudio ha permitido conocer los perfiles etarios, el impacto demográfico de la infección por VIH y el porcentaje de embarazadas tratadas residentes en diferentes áreas geográficas del país.

La transmisión madre – hijo puede ocurrir durante el embarazo, el parto y/o por la lactancia materna. Sin ninguna intervención, aproximadamente un 20 % de los niños se infectan antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que un 50 – 80% lo hacen durante el parto (infección intraparto); la lactancia materna puede incrementar el 15-20% el riesgo de transmisión.

Se ha demostrado que el asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH desempeñan un papel importante como medida preventiva de la infección y como puerta de entrada para la asistencia a aquellas personas ya infectadas. Se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal a todas las embarazadas en la primera consulta. A las mujeres que consultaron precozmente, ofrecer la serología para VIH también en el tercer trimestre del embarazo si es posible. (10,11)

## **6.5 Muestreo para las encuestas serológicas**

El muestreo es un proceso para seleccionar y encuestar una pequeña población, parte de una población mayor, para determinar las características (ej. Prevalencia de VIH) de una población mayor. En las encuestas serológicas pueden utilizarse distintos tipos de muestreo. El éxito de la encuesta serológica dependerá: del método de muestreo usado, de una buena organización, de un buen registro de los datos y correctas decisiones. Es importante encontrar el método de

muestreo apropiado considerando las limitaciones tanto humanas como de recursos financieros y de tiempo.

Antes de llevar a cabo una encuesta serológica de VIH deben seleccionarse los puestos centinelas y la población a incluir (ej. Embarazadas atendidas en clínicas prenatales). El método de muestreo usado afectará el diseño de la encuesta y análisis de los datos, específicamente que análisis pueden realizarse, que datos deben ponderarse y como deben interpretarse.

El muestreo se realizara generalmente en dos fases

Fase I: selección de las clínicas prenatales.

Fase II: selección de la muestra de embarazadas de mujeres atendidas en las clínicas prenatales seleccionadas. (11,12)

## **6.6 Seroprevalencia de VIH**

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

### **Prevalencia de punto.**

Porcentaje de personas con una enfermedad o estado en un momento específico en el tiempo.

## **6.8 Prevalencia Puntual (Ct/Nt):**

Número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinados/No total de individuos en la población en ese momento o edad determinados. (, 13, 14,15)

## **VI DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **7.1. Tipo de estudio**

Descriptivo de corte transversal.

### **7.2 Área de estudio**

El municipio del Rama cuenta con un área urbana y cuatro áreas suburbanas (poblados), siendo la de mayor importancia el puerto Esperanza, donde se ubica la sede administrativa del MINSA y la unidad de salud de mayor resolución (hospital primario), en la zona urbana se ubica un centro y un puesto de salud.

### **7.3 Población de estudio**

Todas las embarazadas atendidas en clínicas prenatales del municipio el Rama, registradas en censo elaborado por cada unidad de salud, el cual cuenta con 528 embarazadas registradas al corte del 31 de julio del 2,021.

### **7.4 Fuente de información**

**Secundaria:** Datos estadísticos del programa de ITS/VIH y Sida del municipio El Rama.

### **7.5 Instrumentos de recolección de los datos:**

Se realizó mediante formulario sugerido por OMS, ver anexo 1.

### **7.6 Procedimientos de recolección de datos.**

Con el propósito de realizar nuestro estudio se solicitó al director municipal de Rama y a la responsable del programa de VIH departamental y municipal permiso para acceder a la información del programa y poder llenar el consentimiento a las embarazadas que acudieron



a su control prenatal en el periodo de estudio establecido. Una vez se obtuvo la autorización se procedió.

Al llegar la paciente en estado de embarazo a realizarse sus exámenes de rutina se le explico de la realización del estudio con fines estadísticos, se llenó y a su vez consentimiento informado para su participación luego de lo cual se procedió con el llenado del instrumento de recolección de datos, evitando los identificadores personales que podrían relacionarse con datos serológicos, una vez hechos los análisis de rutina para otros propósitos (ej. sífilis), se obtuvo una muestra extra (0.5 a 2.0 ml) de suero sobrante que se transfirió a un tubo de plástico esterilizado, etiquetándose con el código de la encuesta serológica que corresponde

### **7.7 Aspectos éticos.**

Nuestro estudio parte de la información recopiladas por el Ministerio de Salud en sus unidades, ellos cumplen con los procedimientos normados, como son consejería, llenado de consentimiento informado y los principios de asepsia en la toma de muestra y confidencialidad en conservar los datos.

Se les explico a las pacientes de la realización de nuestro estudio y se solicitó a las usuarias por escrito la autorización de los datos que se recogerían en la atención prenatal, así como los resultados de la prueba con fines estadísticos.

Los conflictos de intereses que se pueden presentar sería el mal uso de la información que nos brinde la unidad de epidemiología del municipio, afectando la integridad moral de las pacientes y del prestigio de la institución, por lo que nos comprometimos por escrito con las autoridades a respetar la información y no usar los datos para otra cosa que no fuera lo necesario para alcanzar los objetivos de nuestro estudio, por ello solo trabajamos con códigos en vez de la identificación real de la paciente. (Declaración de Helsinki, revisada en octubre 2000).

## 7.8 Criterios de inclusión

- Embarazadas que asisten a las 22 Clínicas de Atención Prenatal del municipio.

## 7.8 Criterios de Exclusión

- Embarazadas que asisten a las 22 Clínicas de Atención Prenatal del municipio, que son originarias de otro municipio.

## 7.9 Operacionalización de variables:

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA/VALORES</b>
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento al momento del estudio.	De 15 - 19 años De 20 - 34 años De 35 - 49 años
Lugar de Residencia	Lugar donde habita de forma regular y permanente por la usuaria	Urbana Rural
Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzado por la usuaria acorde a los programas académicos oficiales.	Ninguno Primarios Secundarios Universitarios Otros
Ocupación	Actividad cotidiana remunerada o no	Negocios Policía/Militares Estudiante Agricultor Ama de Casa Ayuda domestica Operario Profesional Desempleado Otros Desconocido

Número total de embarazos, incluyendo este embarazo	Total de gestaciones referidas por la usuaria	1 2 3 4 5 y más
Número total de nacidos vivos	Número de niños nacidos vivos de la mujer en su vida reproductiva.	1 2 3 4 5 y más
Resultado de Prueba Rápida de VIH	Es la detección del VIH en una muestra sanguínea a través de una prueba rápida.	Positivo Negativo

#### **7.10 Plan de análisis de la información:**

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi-Info versión 7.2.4.0 para Windows.

Se realizó frecuencia simple de sus variables y para los objetivos 1 y 2 del estudio y para el objetivo 3 se estimará la prevalencia mediante análisis bivariado tomando como variables independientes las que describen las características sociodemográficas y ginecoobstétricas y como variable dependiente los resultados serológicos.

Los datos fueron resumidos en tablas y gráficos de resumen.

#### **7.11 Aspectos éticos:**

Se respetaron los principios básicos de la investigación médica ética en humanos o sea que ha de respetarse a las personas y obtener beneficios del estudio - si no para el individuo, para la población- sin producir daño alguno (declaración de Helsinki, revisada en octubre 2000).

Se manejaron los datos con completa confidencialidad de los datos.

## **7.12 Limitaciones del estudio.**

Se trabajó con fuente secundaria por lo que se dificultó indagar sobre algunos datos para enriquecer nuestros resultados por lo que faltó información.

Posibilidad de cero casos en este grupo de población

## VIII RESULTADOS

La mayoría de las usuarias (65.2%) se encontraban en las edades óptimas para el proceso reproductivo, es decir rango de edad que no supone riesgo para la gestación, siendo el grupo de adolescentes las que ocupan el segundo lugar cuales representaron el 29.9% de las gestantes estudiadas. (Ver tabla1)

En el 43.2% de las participantes el nivel más alto de estudio alcanzado fue la secundaria en comparación con el 6.6% que alcanzo estudios universitarios de ellas.

La mayoría de las participantes en el estudio son originarias del área urbana (71.2%), de estas la mayor parte (22.6%) son nulíparas y un 13.3% cuentan con 5 y más gestas. (Ver tabla 1)

Se encontró un amplio predominio (93.2%) con ocupación de Amas de Casa, de las cuales el 33.5 % tenían 5 y más gestaciones. (Ver tabla 1 y grafico 1)

Respecto al número de gestaciones en comparación con la edad de las participantes se observa claramente un mayor número de gestaciones en el rango de 20-34 años, seguido del grupo de adolescentes. (Ver grafico1)

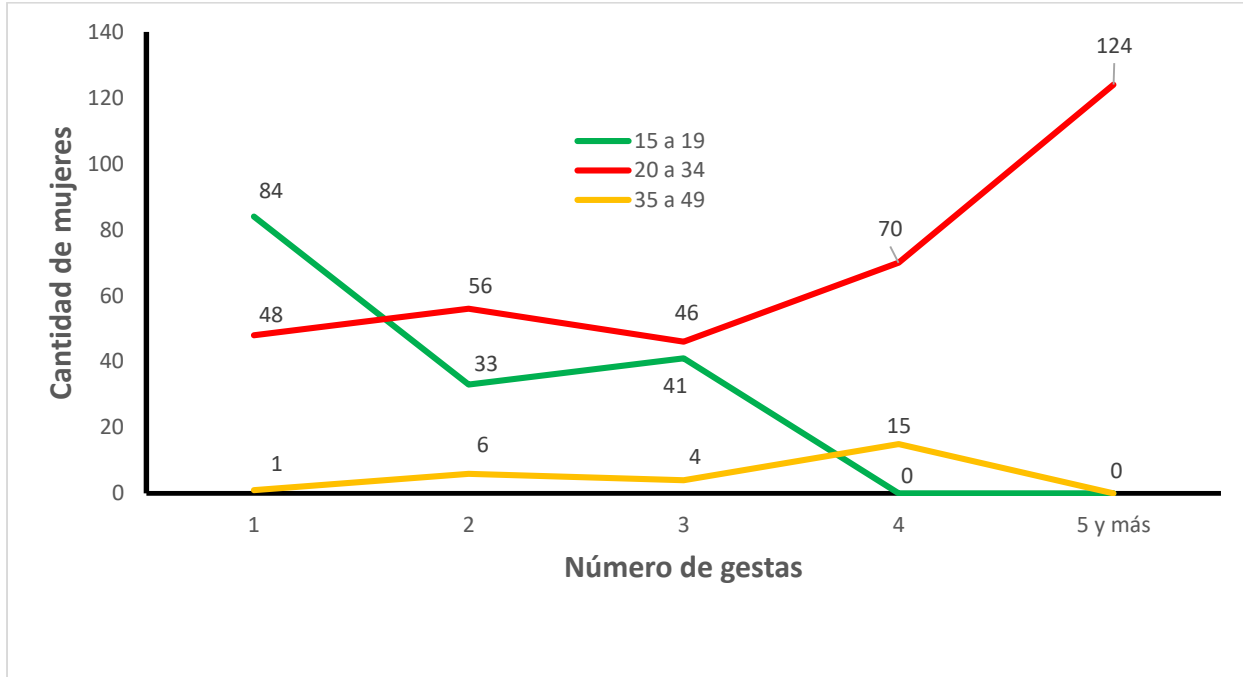
Este grafico nos muestra la distribución de los nacidos vivos entre los distintos grupos de edades observándose que el mayor número de nacimientos se dio entre los 20 a 34 años con 339 nacimientos, seguido de las adolescentes. (Ver gráfico 2)

Este gráfico nos muestra la relación entre la ocupación desempeñada y el número de gestaciones evidenciando que entre las amas de casa existe una tendencia mayor a la granmultiparidad.(ver gráfico 3)

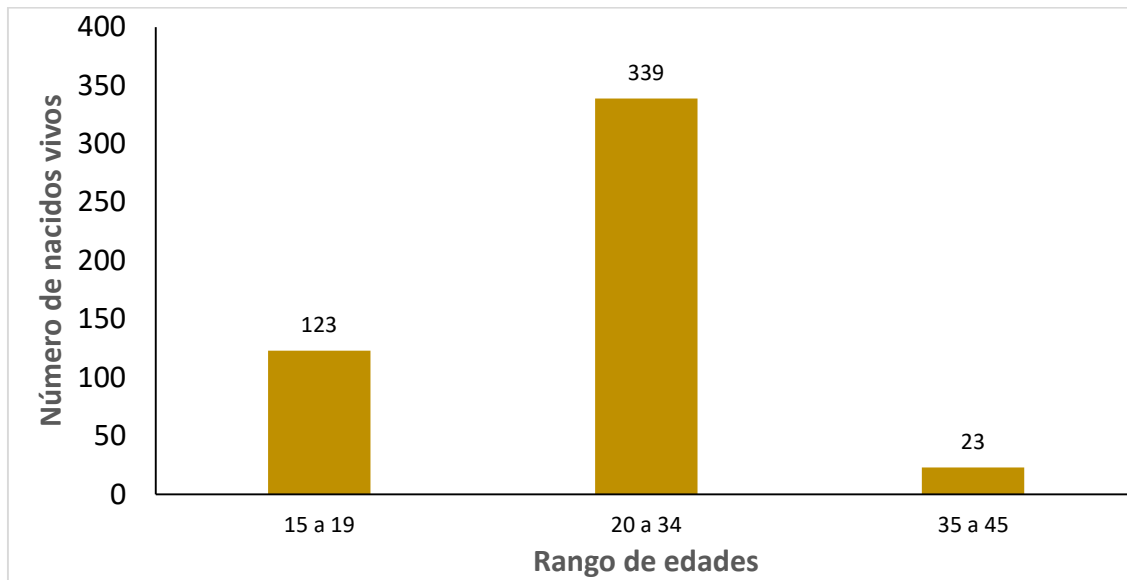
**Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres que fueron atendidas en Control Prenatal en el municipio de El Rama Septiembre - Octubre 2021.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
• 15-19 años	158	29.9%
• 20-34 años	344	65.2%
• 35-49 años	26	4.9%
<b>Ocupación</b>		
• Ama de casa	492	93.2%
• Asistente del hogar	12	2.3%
• Estudiante	18	3.4%
• Negocios	6	1.1%
<b>Residencia</b>		
• Urbana	376	71.2%
• Rural	152	28.8%
<b>Escolaridad</b>		
• Ninguno	87	16.5%
• Primarios	178	33.7%
• Secundarios	228	43.2%
• Universitarios	35	6.6%
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico 1. Gestas por mujer según edad de las mujeres que fueron atendidas en Control Prenatal en el municipio de El Rama septiembre octubre 2021**

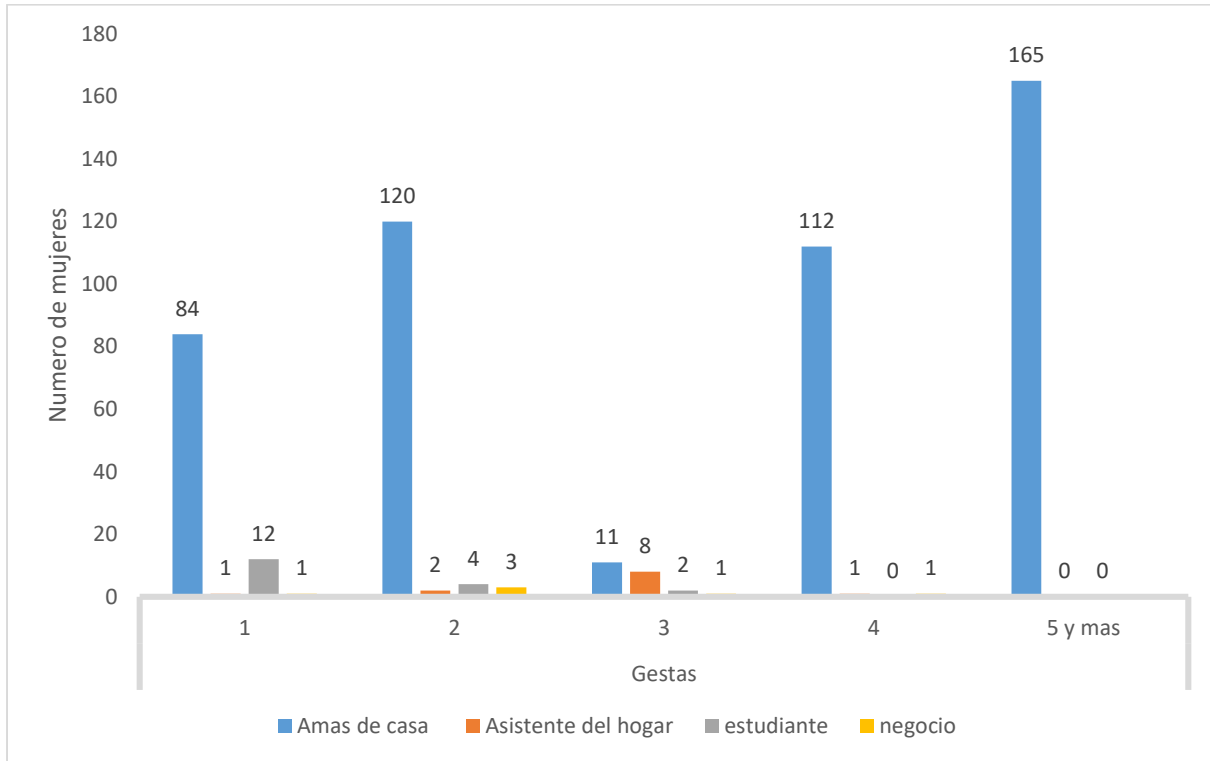


**Gráfico 2: Total de nacidos vivos según rango de edades en embarazadas que asisten a control prenatal del Municipio de el Rama septiembre octubre 2021 Nacidos vivos**





**Gráfico 3. Gestas por mujer según ocupación de las mujeres que fueron atendidas en Control Prenatal en el municipio de El Rama septiembre octubre 2021**



## IX DISCUSION DE RESULTADOS

Este estudio nos permitió conocer que el 65.2% de las asistentes al control prenatal en el periodo de estudio se encontraban en edades óptimas para la gestación. Pero de igual manera un porcentaje no menos importante de 29.9% se encontraban en edades de riesgo y según la EVC el grupo de edad en el que se registra mayor prevalencia de VIH es el de 15-49 años y específicamente en las mujeres la prevalencia de VIH por 100,000 en este rango de edad alcanza 15.8%; compartiendo así esta relación respecto al grupo de edad de mayor número de casos confirmados por VIH según las estadísticas nacionales y este aspecto a su vez está marcado por el inicio precoz de las relaciones sexuales y por ende altas limitaciones de educación sexual. (5,6,)

Respecto a la ocupación de las participantes en el estudio se encontró un amplio predominio de las amas de casa entre las cuales en su mayoría tenían entre 5 y más gestas incluyendo; este hallazgo se relaciona con los datos obtenidos en un estudio de seroprevalencia en embarazadas realizado en la ciudad de Bluefields en el 2011 en el cual el 74% de las estudiadas eran amas de casa lo cual se explica ya que nuestro país se caracteriza por tener una cultura patriarcal, por tanto este marco cultural crea las bases para el establecimiento de determinados roles de género en donde la mujer tiene como principal función la atención del hogar, lo cual crea una barrera para la inserción de la mujer en el área laboral con trabajo remunerado. (6,7)

Al determinar la procedencia de las participantes en este estudio se encontró que la mayoría residían en el área urbana; este hallazgo guarda relación con las estadísticas del ministerio de salud, institución que reporta que el mayor porcentaje de embarazadas proceden del área urbana (69.2%), lo cual es evidente ya que nuestro estudio encontró que la mayoría de las pacientes que asisten al CPN son las del área urbana por la facilidad de acceder a los controles prenatales subsecuentes, además de la tendencia cada vez mayor de la población a establecerse en áreas urbanizadas; otra razón que podría explicar este hallazgos se trata del creciente empuje económico que se observa con el establecimiento de industrias en la región lo cual ha llevado a apertura de acceso vial hacia las áreas urbanizadas. (8,9)

De acuerdo con los resultados que obtuvimos se observa que la mayoría de las usuarias participantes en nuestro estudio tuvo como mayor nivel educativo la educación secundaria, observándose la brecha de la escolaridad entre las gestantes con edades óptimas para la gestación y las gestantes adolescentes, pero es claro que los menores logros educativos se corresponden al área rural según el Informe de Gestión en salud para el 2013 lo que explica porque estos grupos son los que presentan el mayor número de gestas. (9, 10,11)

Al relacionar la edad con el número total de gestas incluyendo el embarazo actual nuestros resultados coincidieron con lo reportado por ENDESA en que el embarazo en adolescentes es un fenómeno generalizado en los países de América Latina, referido a este aspecto la política nacional relacionada a ITS, VIH y SIDA 2020 reporto que en Nicaragua el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 24.4% y de este grupo de edades la mayoría eran del área rural discordando con lo encontrado en nuestro estudio considerando el momento y el lugar en donde se realizó nuestro estudio. (12,15)

No se encontró prevalencia en nuestras pacientes lo cual no significa que no haya casos en este grupo poblacional sino que por factores no controlables como poca oferta de la prueba, captación y detección tardía así mismo y a que actualmente se atiende un número importante de población móvil de difícil control procedente de áreas de mayor circulación viral.

## IX CONCLUSIONES

- 1) La mayoría de nuestras encuestadas se ubican en el grupo etario óptimo para la gestación, es decir edades que no suponen riesgo para la ocurrencia de un embarazo (20-34 años), sin embargo, la mayoría de estas cursaban con 5 o más embarazos, lo que puede estar en relación a que no todas las comunidades o sectores cuentan con ECMAC.
- 2) Observamos que hay diferencia entre las gestas y el total de nacidos vivos lo cual podría explicarse por la pérdida espontánea de la gestación ligado a periodos intergenésicos cortos y consecuentemente a deficiencias nutricionales todo esto obedece entre otras causas a su bajo nivel académico primordialmente, lo que a su vez condiciona a que la ocupación que desempeñan es la de ser Amas de Casa.
- 3) Preocupa el hecho de que más de un tercio de las encuestadas se encontraban en edades de riesgo para embarazarse, lo que representa un fracaso en las estrategias de prevención de embarazos de riesgo, esto se puede explicar por la poca variedad e insumos que tiene nuestro sistema de salud de métodos anticonceptivos.
- 4) Del mismo modo se ve empañado el protagonismo del sistema educativo en nuestro país ya que carecemos de estudios actualizados en nuestra región que nos den herramientas para incidir en la educación sexual y reproductiva en nuestra población considerando las características propias de nuestra región.
- 5) La prevalencia de VIH en el presente estudio fue del 0%, aún con la existencia de casos en el municipio, lo que ubica a nuestro municipio con una epidemia concentrada en otros sectores o grupos de la población.

## **X. RECOMENDACIONES MINISTERIO DE SALUD MINSA RAMA**

- 1) Extender la implementación de la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) a la totalidad de Comunidades Rurales del municipio y aquellas Urbanas que cuentan con gran número de mujeres que en sus trabajos no les permiten asistir a las Unidades de Salud.
- 2) Fortalecer los Círculos de Embarazadas, el seguimiento Puerperal y Post natal de las Adolescentes.
- 3) Fortalecer las actividades promoción y prevención a fin de prevenir los embarazos en la adolescencia y embarazos subsecuentes en las embarazadas.
- 4) Fortalecer las campañas y recursos para la planificación familiar.
- 5) Dar seguimiento con mayor beligerancia al acompañamiento que debe dar al programa de embarazadas ya que resulta de gran importancia dar cumplimiento al plan estratégico de prevención y control de la infección por VIH 2021-203.
- 6) Fomentar estudios CAP relacionas con ITS,VIH, y sexualidad según lo establecido en el Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA en Nicaragua 2006-2010

## XI REFERENCIAS

1. Cedillo Acevedo, R. L. (2014). Incidencia de VIH en mujeres gestantes que han sido atendidas en la maternidad de Santa Rosa durante el período 2009. UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador.
2. Álvarez Carrasco Espínola Sánchez M, Angulo Méndez F, Cortez Carbonell L, Limay Ríos, A. Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero 2018.86 (2):108-116.
3. Ministerio de Salud de Nicaragua. SIVE. (2019). Sistema de Vigilancia Epidemiológica VIH.
4. Ministerio de Salud de Nicaragua, EVC. (2020). Encuesta de Vigilancia del Comportamiento. Managua, 2020.
5. Gutiérrez Leiva, Ilse Celina; Lejarza Vargas, Judith de los Ángeles. Tesis para optar al título de Médico y Cirujano “Seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud en los municipios El Sauce, León y La Trinidad, Estelí en el periodo enero – diciembre 2009”.
6. Ochoa, Marcelino. “Prevalencia y características clínicas de la transmisión vertical en hijos de madres VIH positivas atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León en el período de enero 2009 a diciembre 2018”.
7. Benavides, Dolores. “Factores asociados y Prevalencia del VIH-SIDA en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud Juan Manuel Morales

Cabrera de la ciudad de Bluefields durante el periodo de junio – diciembre 2006.”

8. Tesis sobre seroprevalencia de VIH en embarazadas captadas en la unidad de salud del Municipio de Bluefields Enero 2008
9. INIDE. (2013) Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud 2011/2012. INIDE: Managua.
10. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Guía de terapia anti retroviral para personas con VIH. MINSA. Managua 2016.
11. Organización Mundial de la Salud, Guías técnicas para poner en marcha vigilancia serológica en mujeres embarazadas y otros grupos. Washington, D.C: OPS, © 2005.
12. Ministerio de Salud (2014). Informe de Gestión en Salud 2013.
13. [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NIC\\_2019\\_count\\_ryreport](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NIC_2019_count_ryreport), Páginas 13 y 14. Consultado el 18/08/21 a las 11 horas con 45 minutos.
14. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, Pagina 10. Consultado el 18/08/21 a las 11 horas con 15 minutos.
15. Ministerio de salud. Actualización de la política nacional para la prevención, control y atención integral a las ITS, VIH y SIDA. Septiembre 2020.

## 8 ANEXOS



**ANEXO #2: Formulario de recogida de datos de vigilancia del VIH en clínicas prenatales.**

**Unidad de Salud:** \_\_\_\_\_

**Información demográfica:**

Código de identificación de la encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita del paciente (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad (en años): \_\_\_\_\_

Residencia: Urbana ( ) Rural ( ) Desconocida ( )

**Nivel más alto de estudios realizados:** Ninguno ( ) Primarios ( )

Secundarios ( ) Universitarios ( ) Otros ( )

Número total de nacidos vivos: \_\_\_\_\_

Número total de embarazos, incluyendo este embarazo: \_\_\_\_\_

**Ocupación Primaria: (Opcional)**

Negocios ( ) Policía/Militares ( ) Ayuda doméstica ( ) Operario ( )

Profesional ( ) Estudiante ( ) Desempleado ( ) Agricultor ( )

Ama de casa ( ) Otros ( )

**Información del resultado de la prueba:**

**VIH** Tamizaje (Test inicial): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Positivo ( ) Negativo ( )

Fecha de confirmación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Positivo ( ) Negativo ( )

**Sífilis** RPR fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Positivo ( ) Negativo ( )