

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para Optar al Título de

Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

COBERTURA DEL TAMIZAJE DE VIH Y SÍFILIS EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SISTEMA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA EN EL I SEMESTRE DEL AÑO 2018.

Autor(a): Sonia Karolina Rostran Leiva.

Tutor Científico: Scarlett Gámez Tinoco.
Licencia en Enfermería – Salud Pública

Tutor Metodológico: Margine del Carmen Trujillo González.
Master en Salud pública

Managua, Nicaragua

Marzo 27 del 2019

CD363^R656^2018

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
OPINIÓN DEL TUTOR.....	iii
RESÚMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V. OBJETIVOS.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos específicos.....	9
VI. MARCO TEÓRICO.....	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
Tipo de Estudio:.....	26
Área de estudio:.....	26
Unidad de análisis:.....	26
Criterios de Inclusión.....	26
Técnicas de Recolección de la Información.....	27
Variables del Estudio.....	27
Plan de Análisis.....	28
Consideraciones éticas.....	28
VIII.RESULTADOS.....	29
IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO.....	31
X. CONCLUSIONES.....	33
XI. RECOMENDACIONES.....	34
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	39

DEDICATORIA

- A Dios por darme la vida la oportunidad de vivir y alcanzar mis metas que me he planteado y por haber muerto en la cruz por nosotros.
- A mi Esposo e Hija por sus afecto y amor que son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo que fueron mi motivación más grande para concluir este éxito este proceso de especialización.
- A mi Madre y Hermanas por su amor y por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTO

Sobre todas las cosas a Dios y mi Madre que me dieron la vida, y me han apoyado incondicionalmente estando siempre conmigo.

- **A** mi Hija y Familia que sin ellos no hubiese podido culminar mis estudios.
- **Al** Ministerio de Salud por darme la oportunidad de poder crecer profesionalmente y dejar parte de sus conocimientos conmigo.
- **A** Margine Trujillo mi amiga por su gran empeño, cariño me brindó su apoyo incondicional hasta el final.

OPINIÓN DEL TUTOR

La infección por VIH y Sífilis son importantes problemas de salud pública ya que afecta a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión, la adquisición de este padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida, y que supera un enorme costo humano, social y económico. Sé realizo estudio de la Cobertura del tamizaje de VIH y Sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el Departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018.

Para realizar acciones de prevención de la transmisión materno infantil para diagnosticar tempranamente e inicio de tratamiento profiláctico con antirretrovirales. El derecho a la salud es uno de los pilares fundamentales de las políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional para fortalecer la calidad de los procesos de atención en la prevención de la transmisión materna del VIH y Sífilis congénita en el marco del modelo de salud familiar y comunitario.

Felicito a la autora de este trabajo, sé evidencia la dedicación y compromiso en este proceso aportando información técnica, metodológica y científica de interés para mejorar las condiciones de salud de la familia, comunidad y el personal de salud; donde ambos deben alcanzar una cobertura del tamizaje de pruebas de VIH y Sífilis con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación para la eliminación de la transmisión maternoinfantil para el año 2020 para un cumplimiento del 95%.

Margine del Carmen Trujillo González.

Msc. En salud Pública.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018.

Metodología: Estudio Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, aplicado a la evaluación de servicios en el Departamento de Matagalpa, Tomando como referencia la información de los 14 municipios.

Entre los resultados se encontró que en el comparativo de la cobertura tanto para la primera prueba de VIH 88% (9118) y para sífilis 91% (9177) a nivel departamental, en los municipios de Sébaco y Rancho Grande se encontró un sobre cumplimiento en ambas pruebas, y una diferencia de cobertura entre ambas (VIH:94% y Sífilis:126%), lo cual debe ser similar. Los municipios de mayor cobertura para las pruebas de VIH son Rancho grande 135% (721) y Esquipulas en Sífilis con 134% (392); y de baja cobertura el municipio de Waslala para ambas pruebas tomadas en el semestre del 2018.

La cobertura de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH fue del 88% y Sífilis del 91% para el cumplimiento a nivel Departamental en el primer semestre del 2018 y donde se observa que los municipios tienen diferencia significativa entre una y la otra, aunque se deberían coincidir al ser un tamizaje simultaneo y tener el mismo porcentaje de cumplimiento para ambas pruebas.

Palabras Claves: Antirretroviral, Sífilis, treponema pallidum, VIH, Embarazo, Cobertura, Tamizaje.

I. INTRODUCCIÓN

El tamizaje de las pruebas prenatales es muy importante porque nos indican la condición de la mujer y la manera en la que está su cuerpo para llevar al bebe durante el embarazo razón por la cual las pruebas de VIH y sífilis están establecidas para prevención y tratamiento precoz de cualquier complicación o enfermedad que se presente además del cumplimiento de metas propuesta de erradicación de la transmisión vertical.

La mayoría de los países han estado ofreciendo las pruebas prenatales de la sífilis durante muchos años en, al menos algunos centros urbanos donde existe capacidad suficiente en materia de laboratorio han agregado la prueba prenatal del VIH en los últimos de 5 a 10 años. Las evaluaciones de programas nacionales también indican que esta prueba goza de buena aceptación entre las embarazada y que rara vez son rechazada la cobertura y vigilancia de las pruebas prenatales del VIH Y Sífilis siguen siendo un reto y solo unos pocos países han logrado la cobertura del 95%. Las pruebas del VIH y Sífilis deben estar disponibles para todas las embarazadas en los servicios de salud públicos y privados. (OPS O. , 2014).

Se estima que se realiza la prueba de detección del VIH y la orientación conexas a un 75% de las embarazadas de América Latina y el Caribe en el 2014. Lo que supone un aumento del 22% más que hace cinco años. Los países de la Región que informan menores porcentajes en la cobertura de prueba de detección del VIH en embarazada son Guatemala (55%), México (56%) y Paraguay (66%). Sin embargo, la cobertura de pruebas de detección de la sífilis en embarazadas que acudieron a atención prenatal ha permanecido estable alrededor del 79% de 2011 al 2014 y la mitad de los países presenta valores por encima del 88%. Los países de la Región que informan menores porcentajes en la cobertura de prueba de detección de la sífilis en embarazada son República Dominicana (17%), Panamá (33%), Honduras (57%), México (61%) y Paraguay (66%). (OPS, 2015).

En el continente americano se calcula que en el 2014 hubo 15,6 millones de embarazadas, de las cuales 11 millones corresponden a América Latina y el Caribe

(ALC). Se calcula que, en el 2014, el 97% de las embarazadas en la Región (96% en América Latina y el Caribe) asistieron por lo menos a una consulta de atención prenatal por personal capacitado; y el 91% (88% en América Latina y el Caribe) asistieron a cuatro o más consultas. La brecha supone que 1.4 millones de mujeres habrían accedido a menos de cuatro consultas de atención prenatal, de las cuales medio millón no habría recibido ningún servicio de atención prenatal. La mayoría de estas mujeres proceden de América Latina y el Caribe. (OPS, 2015)

A pesar de las altas coberturas que se han alcanzado en el 2014 se calcula que en América Latina y el Caribe hay todavía 2,7 millones de embarazadas que no han recibido ninguna prueba de la sífilis durante su embarazo y 2,8 millones de embarazadas que no accedió a una prueba de detección del VIH en el 2014.

De acuerdo a los datos obtenidos por el centro nacional para la salud de las mujeres y niños de china se ha aumentado rápidamente el número de embarazadas a las que se someten anualmente a las pruebas de detección de Sífilis y VIH en el 2013 a más del 96% de las mujeres que acudieron al centro de salud de atención prenatal. (OMS, Deteccion sistematica y tratamiento de la Sífilis:integracion con los servicios de atencion a la infeccion por el VIH., 2017)

En Nicaragua la cobertura del VIH en el 2017 tuvo del 92% (171588) y para Sífilis fue de un 53.1 % (99282) sin embargo en nuestro departamento Matagalpa la cobertura del VIH en el 2017 fue de 76.9% y de Sífilis 90.2% siendo esto es una preocupación de las autoridades de la salud y nuestro gobierno ya que la meta es alcanzar el 95% en ambas pruebas. (VIH, 2018)

Estas bajas coberturas pueden deberse a una combinación de factores como falta de acceso a la prueba de la sífilis, falta de oferta de la prueba, migración, actitud por el personal de salud, Captación tardía de la embarazadas, desabastecimiento de reactivos, y problemas de los sistemas de información como por ejemplo la falta de registro de la misma en las tarjetas de la embarazada o en registros en formato papel o electrónicos. Así mismo, durante este tiempo, la prevalencia de sífilis en embarazadas tampoco ha sufrido cambios.

El ministerio de salud como órgano rector de conformidad con lo establecido en la ley general de salud (ley n° 423) ha iniciado la implementación del modelo de salud familiar y comunitario con enfoque integral, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la familia y la comunidad, acercando a la población desde el sector, fortaleciendo la participación ciudadana, en donde juntos comunidad y equipos de salud familiar dan prioridad a las acciones de promoción y prevención de la salud. (MINSa, 2016).

Es por eso que en la presente tesis se realizó con el tema: cobertura del tamizaje de VIH y Sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el primer semestre del año 2018. con esta investigación se pretende determinar la Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en las embarazadas, Identificar el número de Embarazadas captadas en el I semestre del año 2018 en el Departamento de Matagalpa, Comparar la cobertura de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis en el Departamento de Matagalpa, Evaluar la cobertura de pruebas rápidas realizadas de VIH y Sífilis en las embarazadas en estudio e Identificar los factores que disminuyen la cobertura de la pruebas de VIH y Sífilis en las mujeres embarazadas. Tomando en cuenta que el fin del tamizaje de las pruebas de VIH y sífilis, es detectar a tiempo y eliminar la transmisión materno perinatal e infantil, es de importancia para asegurar la vida en el marco de la restitución de derechos de la mujer y la niñez.

II. ANTECEDENTES

Nívea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez (2013), realizó un estudio titulado: VIH/VDRL positivos en pacientes embarazadas con diagnóstico clínico de papilomatosis vulva vaginal y trabajo de parto en Guatemala, con el objetivo de determinar la incidencia de resultados de pruebas de VIH/VDRL positivas en pacientes embarazadas y trabajo de parto ingresadas en ese servicio con diagnóstico clínico de Papilomatosis Vulvovaginal, obteniendo como resultado del estudio que de los resultados de VIH y VDRL obtenidos de las 35 pacientes ingresadas todas las pruebas de VIH fueron negativas y únicamente una prueba de VDRL positiva, por lo que a pesar de estar descrito en la literatura que las personas con Infecciones de Transmisión Sexual tienen una probabilidad de por lo menos dos a cinco veces mayor de contraer el VIH que las personas que no están infectadas, y que éstas infecciones (en este caso la papilomatosis Vulvovaginal) constituyen el escenario ideal para la confección con sífilis, en este estudio esa aseveración no fue apreciable.

Maybelin Melchor Cortés (2014) realizó un estudio titulado: Prevalencia de VIH en pacientes embarazadas usando prueba rápida en México, con el objetivo de conocer la prevalencia de VIH en pacientes embarazadas de la UMF 73 usando prueba rápida, concluyendo que la detección temprana de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la intervención de mayor efectividad que permite implementar la terapia antirretroviral de manera oportuna, y que en la mujer embarazada permite reducir la transmisión vertical del virus al recién nacido.

Freddy Tinajeros, Lucila Rey Ares Vanessa Elías Ludovic Reveiz Franz Sánchez Martha Mejía Rosalinda Hernández Rita Revollo estudio publicado 2015 en el año es titulado: Barreras del personal de salud para el tamizaje de Sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia con el objetivo: Identificar barreras del personal de salud por las cuales las embarazadas que asisten al control prenatal no se realizan el tamizaje de sífilis (Red de Salud Los Andes, Bolivia);concluyendo Entre las barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en embarazadas se identificaron el tiempo insuficiente del personal para sensibilizar sobre el beneficio del tamizaje de sífilis, algunos mencionaron que las pruebas de sífilis se deberían hacer

solo en centros donde atienden partos y tienen laboratorio, la poca comunicación entre el personal de la consulta médica y laboratorio, así como también problemas de abastecimiento de suministros y reactivos. En la revisión de expedientes clínicos se observó que 55,4% contaba con los resultados de laboratorio de sífilis en sus expedientes y solo 37,4% de historias clínicas perinatales contaba con registro de resultados de laboratorios. A través de las entrevistas, se pudo observar que los proveedores perciben que el tamizaje de sífilis se realiza al 100% de las embarazadas que asisten al control prenatal.

Figuroa Hernández, Gustavo; Uriostegui Espíritu, Lizbeth Carlota; Delgado Quiñones, Edna Gabriela realizaron un estudio publicado en el 2016 titulado: Detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la unidad de medicina familiar 171 en México con el objetivo determinar la prevalencia de detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas y concluyendo existe un incremento en la cobertura de pruebas rápidas de detección de VIH en embarazadas; sin embargo, no reportarla y no solicitarla siguen siendo problemas frecuentes en la detección oportuna de infección por VIH en embarazadas. (Figuroa Hernández, Uriostegui Espíritu, & Delgado Quiñonez, 2016)

Colasanti, Jonathan; Lorio Rugada, Marco; Lifschitz, Karina; Largaespada, Manuel; Flores López, Benito; Dodd, Christopher; Feaster, Daniel J.; Pereyra, Margaret; Metsch, Lisa R. (2013) realizaron un estudio titulado HIV TESTING RATES AMONG PREGNANT WOMEN IN MANAGUA, NICARAGUA (2010–2011), con el objetivo de . Determinar y notificar la tasa de realización de pruebas de detección del VIH, los patrones obtenidos y el número de casos positivos en las mujeres embarazadas que recibieron asistencia prenatal ambulatoria, en Managua, Nicaragua, concluyendo a pesar de las mejoras considerables en las tasas de realización de pruebas de detección del VIH entre el 2010 y el 2011, las cifras se mantuvieron por debajo de la meta recomendada (> 95%) por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para lograr la eliminación virtual de la transmisión materno infantil para el 2015. Los patrones de realización de pruebas evidenciaron que las tasas aumentaron en coincidencia con una feria de salud en el distrito 6.1, aunque los efectos duraron

poco. Por consiguiente, es necesario utilizar nuevas estrategias para reforzar las pruebas de detección sistemática del VIH prenatales en Managua y en el distrito (6.1). (Coloasanti, y otros, 2013)

Sandra María Calero Gutiérrez, Hendryka Mariana González, Bluefields, Nicaragua. Estudio publicado en marzo 2016 titulado: Manejo de pacientes Embarazadas con VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para la prevención de la transmisión vertical Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco del municipio Bluefields – RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014. Objetivo: Evaluar el manejo que tienen las pacientes embarazadas con VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para la prevención de la transmisión vertical Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco concluyendo que las debilidades encontradas están principalmente relacionadas a la falta de seguimiento de las mujeres con vida potencialmente reproductivo y la falta de insumos para identificar a lo inmediato la situación del estado clínico de la embarazada para decidir terapéutico específico que prevenga PTMI.

No se encontraron estudios en el Departamento de Matagalpa referente al tema de Cobertura del tamizaje de VIH y Sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud lo cual servirá de antecedentes para posteriores investigaciones sobre el tema.

III. JUSTIFICACIÓN

El marco de la restitución de los derechos de la mujer y la niñez es el pilar fundamental de las políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. El Modelo de Salud responde a las necesidades de la población con el fin de que obtengan una atención de salud integral y especializada para asegurar el bienestar de las personas haciendo énfasis en la Salud Materna.

Es importante el abordaje en cuanto a cobertura y tamizaje de VIH y sífilis en las mujeres embarazadas ya que se deben establecer estrategias para el cumplimiento de los indicadores establecidos, detectar oportunamente la enfermedad y disminuir la transmisión vertical. Se ha planteado como objetivo de este estudio determinar la Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018 para incidir en la reducción de la transmisión vertical.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Departamento de Matagalpa es prioridad la salud materna siendo unos de los puntos claves la atención perinatal. En el testeado del tamizaje de VIH y Sífilis, el cual su cobertura se ha mantenido fluctuante en los últimos años por ejemplo en el año 2014 las pruebas de VIH obtuvieron una cobertura 95% y el 2017 que se esperaba un aumento fue del 76.9%, y para la prueba de sífilis se ha mantenido entre 90% a 100%. lo cual se encuentra una mínima diferencia entre ambas pruebas; de las coberturas descrito por el personal de salud, Razón por la que se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta en general:

¿Cuál es la Cobertura detección de VIH y Sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el Departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018?

Así mismo las siguientes preguntas específicas:

1. ¿Cuál es número de embarazadas captadas en el I semestre del año 2018 en el departamento de Matagalpa?
2. ¿Cuál es la cobertura de Embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis en el Departamento de Matagalpa?
3. ¿Cuál es la cobertura de pruebas rápidas realizadas de VIH y Sífilis en las embarazadas en estudio?
4. ¿Qué factores que disminuyen la cobertura de las pruebas de VIH y Sífilis en las mujeres embarazadas?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018.

Objetivos específicos

1. Identificar el número de Embarazadas captadas en el I semestre del año 2018 en el Departamento de Matagalpa.
2. Comparar la cobertura de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis en el Departamento de Matagalpa.
3. Evaluar la cobertura de pruebas rápidas realizadas de VIH y Sífilis en las embarazadas en estudio.
4. Identificar los factores que disminuyen la cobertura de las pruebas de VIH y Sífilis en las mujeres embarazadas.

VI. MARCO TEÓRICO

1.1 Cobertura del Tamizaje de las pruebas del VIH y sífilis.

1.1.1 Cobertura: El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014).

1.1.2 Generalidades sobre el término y Etimología de la palabra Tamizaje

El Tamizaje consiste en una serie de pruebas que permiten la detección temprana de factores de riesgo, infección asintomática, o estadios tempranos de una enfermedad clínica, por lo tanto, se permite un diagnóstico temprano y una intervención o tratamiento temprano. (Normativa 093, 2012).

Término que procede del inglés y que actualmente se ha hispanizado como parte de los anglicismos o término procedente del inglés. (Diccionario Etimológico de español en línea (6.1.3))

6.1.3 Concepto Histórico del Vocablo Tamizaje

Históricamente y según estudios científicos en las Ciencias médicas el Tamizaje se ha puesto en práctico desde hace muchas décadas con la intención de sostener

teorías sobre pruebas que afectan con enfermedades, podríamos decir no retrospectivas que perturban la condición de salud de la sociedad. (Guthrie, 1902-1961).

1.2 Criterio de prueba: sensibilidad, especificidad, valor predictivo

La Prueba Tamiz, o prueba de filtración, o prueba de cernido, conocida en inglés como "screening test", es un procedimiento metodológico (o un colador) que divide una población de estudio, con respecto a una patología investigada, en dos grupos: un grupo con alta probabilidad de tener la enfermedad (con la prueba positiva) y otro grupo con muy alta probabilidad de no tener dicha enfermedad o una probabilidad muy baja de tenerla (con la prueba negativa). (Normativa 093, 2012).

1.3 Utilidad de la prueba de filtración

La finalidad básica de una Prueba Tamiz es la detección temprana de una enfermedad o un evento y el tratamiento oportuno para prevenir las complicaciones y la muerte prematura por esta enfermedad.

Las patologías potenciales para la prueba tamiz son: enfermedades que constituyen un problema de salud pública por su alta incidencia o prevalencia, pero con posibilidad de tratamiento. Estas Patologías permiten un tratamiento eficaz al descubrirse en etapa temprana cuyo diagnóstico anticipado aumenta la expectativa de vida, reduce la mortalidad (en edad temprana) y la letalidad.

Es importante destacar que la prueba tamiz es útil para:- Programa de detección precoz de una enfermedad, para la determinación de prevalencia e incidencia de enfermedad, para la planeación de servicios de salud y además, para sostener programas de acción y vigilancia epidemiológica. (Normativa 093, 2012).

1.4 Importancia del valor predictivo de la prueba

Valor predictivo positivo = VP+ =

El valor predictivo de la prueba positiva es la capacidad de la prueba de dar un resultado positivo a los realmente enfermos, evitando así la inclusión de falsos

positivos. Es la estimación de la probabilidad de estar enfermo cuando la prueba es positiva.

Valor predictivo negativo = VP- =

El valor predictivo de la prueba negativa es su capacidad de dar un resultado negativo a los realmente exentos de la enfermedad, evitando así la inclusión de falsos negativos. Es la estimación de la probabilidad de ausencia de la enfermedad cuando la prueba es negativa.

La Prueba Tamiz ideal es una prueba altamente sensible, altamente específica, además de un procedimiento eficaz, rápido, barato, capaz de ser aplicado en masa y con poco equipo. (Normativa 093, 2012)

1.5 Valor de la prueba de filtración o tamizado y su interpretación según la prevalencia de la enfermedad.

El valor predictivo depende de la sensibilidad, de la especificidad y de la prevalencia de la patología en la comunidad.

1.5.1 Sensibilidad:

Cuando varía la sensibilidad, quedando constantes la especificidad y la prevalencia, un aumento de la sensibilidad estaría seguido por un aumento en el valor predictivo positivo y mayor aún en el valor predictivo negativo. Al disminuir la sensibilidad, en estas mismas condiciones, el valor predictivo negativo disminuye más que el valor predictivo positivo. (Normativa 093, 2012)

6.5.2 Especificidad:

Un aumento en la especificidad, quedando fijas la sensibilidad y la prevalencia, implicaría un aumento en los valores predictivos, con mayor rapidez en el valor predictivo positivo. A un descenso en la especificidad, le sigue un descenso con más fuerza en el valor predictivo positivo que en el valor predictivo negativo.

Un aumento en la prevalencia estaría acompañado de un aumento en el valor predictivo positivo y un descenso en el valor predictivo negativo, mientras que un

descenso en la prevalencia, muestra un descenso en el valor predictivo positivo y un aumento en el valor predictivo negativo. (Normativa 093, 2012).

7. VIH Sida.

El VIH es el virus que causa el Sida Este afecta el sistema inmunitario, haciendo que te enfermes más fácilmente. El VIH se propaga en las relaciones sexuales, pero los condones ayudan a que te protejas. ((7), 14 de Agosto 2010)

Es más, un virus que destruye determinadas células del sistema inmunitario (la defensa del cuerpo contra las enfermedades que nos ayuda a mantenernos sanos). Cuando el VIH daña el sistema inmunitario, es más fácil enfermarse de gravedad e incluso morir a causa de infecciones que el cuerpo normalmente podría combatir.

7.1 ¿Qué sucede una vez contraído el Virus?

Una vez contraído, el virus permanece en tu cuerpo de por vida. No existe cura para el VIH, pero hay medicamentos que ayudan a que te mantengas sano durante más tiempo y que disminuyen las posibilidades de que contagies a otras personas. El tratamiento es muy importante (por eso es vital hacerte la prueba). Prácticamente todas las personas que tienen VIH y no se tratan mueren a causa del virus. Pero con medicamentos, los infectados por el VIH pueden mantenerse sanos y vivir muchos años. (MANDELL, 2006)

7.1.1 Diferencia entre VIH y Sida.

El VIH es el causante del Sida. Sida es una sigla significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH y Sida no son lo mismo. La persona con VIH no siempre tiene Sida. El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana que se transmite de persona a persona con el tiempo, el VIH destruye un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o linfocitos T) que nos protegen de las infecciones cuando no tienes suficientes células CD4, tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haría normalmente.

El Sida es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene Sida cuando contrae infecciones raras y peligrosas o

tiene un número extremadamente bajo de células CD4. El Sida es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte.

Sin tratamiento, generalmente toma 10 años para que alguien con VIH desarrolle Sida. El tratamiento desacelera el daño que causa el virus y ayuda a que los infectados se mantengan sanos durante varias décadas antes de que se manifieste el Sida. (MANDELL, 2006)

7.1.2 Contagio de la infección por VIH/Sida.

Según datos de la OMS el VIH es transportado en el semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna. El virus ingresa en el cuerpo a través de cortes o heridas en la piel y a través de las membranas mucosas (como el interior de la vagina, el recto y la abertura del pene). Puedes contraer VIH por:

- Tener sexo vaginal o anal
- Compartir agujas o jeringas para drogarse, hacerse perforaciones en el cuerpo, tatuajes, etc.
- Ser punzado con una aguja que tiene sangre infectada con el VIH
- Tener heridas o ampollas abiertas que entran en contacto con sangre, semen (esperma) o secreciones vaginales infectados con VIH

En Nicaragua, la forma de transmisión más frecuente es el sexo sin protección. Puedes protegerte y proteger a tu pareja usando condones y/o barreras de látex bucales cada vez que tienen relaciones sexuales y evitando compartir agujas.

Este virus también se puede transmitir al bebé durante el embarazo, el parto o al amamantar. Una embarazada con VIH puede tomar medicamentos que reducen considerablemente las posibilidades de que su bebé se contagie.

El VIH no se transmite por la saliva, de modo no puedes transmitirse por dar un beso, compartir alimentos o bebidas, o usar el mismo tenedor o la misma cuchara. El VIH tampoco se transmite por abrazarse, darse la mano, toser o estornudar tampoco puedes infectarte por sentarte en el inodoro.

Hace muchos años, había personas que se contagiaban por recibir transfusiones de sangre infectada. En la actualidad, donar o recibir sangre en cualquier centro médico es totalmente seguro. Los médicos, los hospitales y los bancos de sangre no usan las agujas más de una vez y la sangre que se dona se somete a análisis para verificar que no esté infectada con el VIH u otras infecciones.

En todas las visitas se debe proporcionar consejería a fin de reducir el riesgo de adquirir VIH o Sífilis durante el embarazo. Se recomienda en aquellas situaciones en que se sospecha que no habrá continuidad en el control prenatal (siempre que haya disponibilidad) realizar pruebas rápidas, para contar con un diagnóstico inmediato. (MANDELL, 2006) .

7.2.1 Envío de Prueba de VIH:

Se debería ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH a todas las mujeres que acuden a los servicios de atención materno infantil. Asegurando: Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado. (Normativa 093, 2012)

- ✓ efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- ✓ realizar siguiente en el tercer trimestre.

Según Normativa 093, (2012) La OPS ha publicado una guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe que presenta las pautas de tratamiento completas. (Publ. CLAP N.º 1U70).

7.2.2 Resultados de exámenes de Laboratorio y manejo.

VIH/Sida (+): Resultado positivo de Prueba Rápida o Western Blot. Orientar sobre práctica de sexo seguro (uso del preservativo). Referencia nivel mayor Resolución, especialista.

Sida (+): En última APN para iniciar terapia de prevención de transmisión vertical madre - hijo

Sida (+): En última APN para iniciar terapia de prevención de transmisión vertical madre - hijo periparto. Orientar sobre práctica de sexo seguro (uso del preservativo). Referencia y hospitalización. (Normativa 093, 2012)

8. Sífilis.

Sífilis materna o gestacional

Cuando una embarazada, puérpera o con aborto espontáneo reciente que presenta evidencia clínica o evidencia serológica de sífilis. (Normativa 093, 2012)..

La sífilis es una infección curable, causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. La bacteria ingresa al cuerpo a través de las membranas mucosas o piel erosionada (roto o cortado). Una vez dentro del cuerpo, la sífilis entra en el torrente sanguíneo y se adhiere a las células, órganos dañinos a lo largo del tiempo. (Normativa 093, 2012)

8.1 Transmisión de la Sífilis

La sífilis en las mujeres embarazadas y en cualquier persona se transmite a través de contacto con la membrana mucosa durante el sexo oral, vaginal y anal. Puede ser transmitida, aunque no haya penetración o intercambio de fluidos.

La infección es transmitida generalmente por exposición a la sífilis primaria (contacto con el chancro), pero puede ser por exposición a lesiones de la etapa secundaria (parches mucosos, “verruca” sifilítica y posiblemente erupciones).

La transmisión puede ocurrir al no reconocer las lesiones. También puede ocurrir durante el primer año o segundo de la etapa latente debido a una recaída de los síntomas secundarios. (Normativa 093, 2012)

8.2 Síntomas de la Sífilis

Según Normativa 093, (2012) los síntomas se presentan de la siguiente manera:

8.2.1 Etapa primaria

En la primera etapa, en los primeros 10 a 90 días después de haber tenido relaciones sexuales sin usar protección con una persona infectada, aparece una lesión (llaga o ampolla) en el área genital (pene o vagina) que se llama chancro. Usualmente es una lesión no dolorosa. Normalmente solamente una lesión aparece, pero pueden aparecer más de una.

Generalmente empieza como una elevación en la piel que luego se convierte en una úlcera con bordes elevados (tipo cráter). En las mujeres, las lesiones pueden estar dentro de unas ocultas (sin verse) dentro de la vagina, o dentro de o alrededor del ano (trasero).

En los hombres, la lesión puede aparecer en el pene o en las bolas o los huevos (piel de los testículos). También la lesión puede aparecer dentro o alrededor del ano.

La lesión dura de 1 a 5 semanas y sanará y desaparecerá con o sin tratamiento, pero la enfermedad todavía estará presente, si no es tratada.

8.1.2 Etapa secundaria:

La etapa secundaria se desarrolla desde los 17 días a los 6½ meses después de la infección y aproximadamente de 3 a 6 semanas después de la aparición del chancro (aunque los síntomas secundarios pueden comenzar mientras el chancro todavía está presente, pero es raro). La enfermedad vuelve aparecer como un salpullido en las palmas de las manos, en la planta de los pies u otras partes del cuerpo. También puede haber verrugas u otros tipos de lesiones que normalmente aparecen en el ano, el área genital (pene o vagina) o dentro de la boca y la garganta. (Normativa 093, 2012)

Otros síntomas pueden incluir pérdida de pelo y un malestar general (no te sientes bien). Estos síntomas se quitarán con o sin tratamiento dentro de 2 a 6 semanas – pero sin tratamiento la enfermedad todavía estará presente y se convertirá en latente (sin síntomas) y puede atacar otras partes del cuerpo por muchos años.

En estas primeras dos etapas, una mujer embarazada le puede pasar la bacteria de la sífilis a su bebé no nacido.

8.1.3 Etapa latente:

La etapa latente puede durar de 2 años a 30+ años después de la infección y es definida como la etapa sin señales ni síntomas. La prueba de sangre es casi siempre positiva y es así como se descubre la enfermedad.

Una recaída secundaria (repetición de los síntomas secundarios) puede suceder después de que la enfermedad ha sido latente, usualmente durante el primer año de infección y raramente después del segundo año. (Normativa 093, 2012)

8.1.4 Etapa terciaria:

Los síntomas en la etapa terciaria pueden ocurrir de los 2 a los 30+ años de la infección. Sus complicaciones pueden ser:

-Pequeños tumores pueden desarrollarse en la piel, huesos o cualquier otro órgano del cuerpo.

-Complicaciones del corazón y vasos sanguíneos (primordialmente un engrandecimiento de la aorta)

-Desordenes crónicos del sistema nervioso (ceguera, locura, parálisis)

Aunque haya tratamiento durante esta etapa, el daño por las complicaciones no es reversible, sin embargo, la progresión de la enfermedad puede ser detenida. (Normativa 093, 2012).

9. Diagnóstico.

Según Normativa 011, (2015) Se deben de registrar dos controles para el tamizaje de la sífilis de acuerdo a los que recomiendan las mejores evidencias y en concordancia con la mayoría de las guías normativas de la Región. La secuencia cronológica recomendada consiste en:

- ✓ efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- ✓ realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se considera sífilis cuando el resultado de cualquier prueba disponible (treponémica o no treponémica) sea positiva/reactiva. Un resultado positivo no significa necesariamente que una mujer tiene sífilis ya que las pruebas no pueden distinguir entre una y otra trepanomatosis. Durante el embarazo se tratará a todas las mujeres cuya prueba sea positiva (de acuerdo a titulación), independiente de los antecedentes de tratamiento en un embarazo anterior.

✓ Si el resultado de la prueba RPR es inferior a 1:8 se trata de un resultado negativo, no se tiene la sífilis, aunque hay que hacer seguimiento de nueva titulación en 8 semanas. Si valores continúan menor a 1:8 paciente no es portadora de enfermedad y es solo un valor con falso positivo.

✓ Si se tiene resultado igual o mayor de 1:8 es positivo y sí que se tiene la sífilis y hay que aplicar el tratamiento correspondiente. Es decir, que se considera diagnóstico positivo de sífilis los resultados iguales o superiores a 1:8. Es aconsejable enviar titulaciones cuantitativas en 6-8 semanas, considerar a la paciente tratada si titulaciones nuevas, aunque aún continúen positivas sean menores de 1:8, esto debido a los procesos de memoria en los que las titulaciones pueden permanecer positivas hasta 12 semanas después de aplicado el tratamiento.

✓ No Reactivo: Resultado negativo, NO tienes la sífilis.

✓ Reactivo 1:2 o 1:4 – Resultado negativo, NO tienes la sífilis. Es posible una huella serológica si hubo el antecedente de la enfermedad (aunque haya sido curado). Hay que realizar seguimiento para ver si los títulos son estables y se mantienen en el tiempo.

7.3 Prevención y tratamiento de la enfermedad

Según Normativa 093, (2012), en cualquier etapa de la enfermedad, la penicilina puede curar (quitar) la sífilis, pero el daño que ocurre en las últimas etapas no se puede deshacer (quitar).

7.4 Reducción de riesgo

Siempre se insiste en explicar que la abstinencia (no tener ningún contacto sexual) es la manera más segura de evitar la infección. Monogamia mutua (tener

relaciones sexuales con una sola pareja no infectada, quien sólo tiene relaciones sexuales contigo) es otra manera de evitar la infección.

El uso de condones de látex consistente y correcto para el sexo vaginal y anal puede reducir el riesgo de transmisión, pero mientras el condón puede proteger el pene o la vagina, no protege de contactos con otras áreas como el escroto o área anal.

10. Intervenciones para la prevención primaria de la infección por VIH y de la Sífilis según Normativa 093, (2012).

10.1 Prevención primaria del VIH y Sífilis en mujeres embarazadas y no embarazadas.

Para la prevención del VIH y la sífilis congénita son más efectivos si están totalmente integrados los servicios maternos infantiles y los de planificación familiar. Los servicios de salud materno infantil deben ser capaces de implementar intervenciones para prevenir la transmisión de la sífilis y el VIH de la madre al recién nacido. Las prioridades para la prevención primaria en el contexto de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis deberían dirigirse especialmente a las siguientes áreas:

Promover la información y educación sobre VIH y sífilis a la población joven y a los hombres.

Ofrecer consejería en servicios de planificación familiar, atención prenatal y atención infantil. Asimismo, asegurar la provisión de condones y la atención de infecciones de transmisión sexual.

Incrementar el acceso a servicios de consejería y prueba del VIH, así como tamizaje para sífilis, en hombres y mujeres en edad fértil, particularmente durante el embarazo estableciendo mecanismos apropiados de referencia.

Los servicios preventivos deben estar disponibles para la población de mayor exposición al riesgo: Mujeres y hombres trabajadoras sexuales, hombres que tiene sexo con hombres (HSH) TRANS, migrantes y poblaciones móviles.

10.1.1 Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH según Normativa 093, (2012).

Momentos de la transmisión materno-infantil.

La transmisión materno-infantil del VIH se produce en tres momentos

Durante 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 etapa del embarazo.

Durante el parto 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.

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.

11. Cultura del respeto y trato digno frente al estigma y discriminación

Según Normativa 093, (2012) todo establecimiento de salud que atienda a gestantes viviendo con VIH y Sida debe de promover una cultura de respeto a los derechos humanos, con enfoque de género para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad.

La atención integral y seguimiento de la gestante infectada por el VIH y del niño expuesto se realizará en ambientes comunes del establecimiento de salud, con excepción de los casos que requiera atención especializada por complicaciones de la infección.

Las personas viviendo con VIH y Sida no podrán ser excluidos de la atención en cualquiera de los servicios que brindan los establecimientos de salud.

Los profesionales de la salud deberán tener en cuenta las medidas de bioseguridad universales vigentes durante la atención a todos los usuarios en general. Las mismas que deben ser implementadas en toda atención parto o cesárea independientemente de que la gestante tenga o no la infección por VIH.

12. Aspecto legal

La Asamblea Nacional en su Ley No. 820, refiere: El Presidente de la República de Nicaragua ha ordenado: la **LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH y Sida, PARA SU PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.**

12.1 Artículo 1 Objeto de la Ley.

La presente Ley es de carácter público y tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), garantizando el acceso universal a terapias antirretrovirales, tratamientos para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de Sida, poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo y población en general.

El fundamento de sus disposiciones son el derecho a la vida y la salud, así como los derechos humanos universales, consignados en diversos instrumentos nacionales e internacionales, contenidos en el artículo 46 de la Constitución Política de la República de Nicaragua, los principios éticos de no discriminación, confidencialidad y autonomía personal, los cuales deben regir su aplicación y las normas que se deriven de ellas.

12.1.1 Art. 7 De la Educación para la Prevención

En los distintos niveles de educación formal y no formal deben cumplirse con las siguientes disposiciones:

a) Las entidades públicas y privadas que por su naturaleza cumplan funciones de educación formal o no formal en todos sus niveles, deberán incorporar en sus planes y programas, el abordaje integral de las ITS, el VIH y Sida para toda la población, garantizando contenidos y mensajes veraces, científicos y objetivos.

Con énfasis en el desarrollo de las habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes, tomando en cuenta las características multiculturales, la edad, multiétnicas, y discapacidad de la población nicaragüense, desde un enfoque de género y respeto a los Derechos Humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos.

b) El Estado, en conjunto con sus instituciones, las organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales y comunitarios y el sector privado, promoverán e implementarán políticas, estrategias y acciones de educación y en prevención de las ITS, el VIH y Sida, adecuadas a la población que se encuentra en centros de protección especial, sistemas penitenciarios, unidades de salud mental, unidades militares y policiales, zonas fronterizas y otros lugares que concentren grupos poblacionales en riesgo.

c) El Ministerio de Salud, contribuirá con las autoridades del Ministerio de Educación, Instituciones rectoras de la educación técnica, universidades públicas y privadas, al proceso de revisión y actualización de los contenidos curriculares referidos a las ITS, VIH y Sida. Las instituciones formadoras dispondrán de material educativo y formativo al alcance de la población estudiantil.

d) La prevención del VIH, será incluida en las medidas generales de salud, para las actividades relativas al deporte, cultura y recreación a cargo de las entidades correspondientes públicas y privadas en el nivel nacional y local.

12.1.2 Art. 13 Derechos Al Tratamiento:

De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley No. 423, “Ley General de Salud”, publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 91 del 17 de mayo de 2005, el Estado garantizará a las personas con VIH y a sus familiares, atención médica integral incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas según las necesidades

Del paciente y de acuerdo con las normas, protocolos y guías de atención para las personas con VIH, establecidas por el Ministerio de Salud.

A los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: El Estado garantizará a todas las embarazadas el acceso a atención integral en cuidados prenatales, incluyendo diagnóstico, tratamiento antirretroviral, cesárea electiva y cuidado post parto, para la prevención de la transmisión vertical y garantizar la salud de la madre y del recién nacido.

13. Marco institucional

13.1 El Ministerio de Salud (MINSa)

Como entidad rectora sectorial para la atención a la salud de la población, será el encargado de dictaminar y velar por la aplicación de las normas técnicas para la prevención de las ITS y el VIH, así como la atención integral y con calidad a las personas con VIH, regulando los servicios de consejería, asesoría, apoyo y tratamiento hospitalario, domiciliario ambulatorio. (MINSa, Normativa 014, Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH., 2008).

También velará por el control del funcionamiento de los mecanismos de vigilancia y reporte de los laboratorios y el cumplimiento de las consejerías previas para ofertar la prueba voluntaria del VIH en las unidades de salud y todo lo relacionado con su manejo y confidencialidad.

El MINSa y los bancos de sangre deberán velar por la calidad de la sangre y los hemoderivados y prohibirán su uso con fines comerciales.

13.2 EL Instituto Nicaragüense de Seguridad social (INSS)

Garantizará los beneficios de la seguridad social a la población trabajadora incluida la embarazada que vive con VIH y a sus familiares. En las clínicas médicas provisionales velará por el cumplimiento de las normas de prevención, la oferta de pruebas voluntarias y su reporte al sistema de vigilancia, así como la atención integral a las personas con VIH. (MINSa, Normativa 014, Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH., 2008)

13.3 El Ministerio de la Familia

Como instancia rectora de la política social, deberá intervenir en la atención a los grupos más vulnerables por causa de la epidemia, como son las personas con VIH (embarazadas con VIH) y sus familias, los huérfanos por causa del sida y los niños y niñas y adolescentes con VIH o con una gran exposición al riesgo por causas relacionadas con la explotación y el abuso sexual, la drogadicción y la violencia de género. (MINSa, Normativa 014, Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH., 2008)

13.4 El Ministerio de Gobernación

Garantizará acciones de información y educación para la prevención del VIH entre el personal directivo, funcionarios públicos y escuelas formadoras de recursos humanos y en las unidades de salud que le están subordinadas. También asegurará las medidas de prevención y atención a la población penitenciaria para evitarla transmisión. El marco normativo que el MINSa está desarrollando, será implementado a través del cuerpo médico militar. (MINSa, Normativa 014, Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH., 2008)

14.5 Las organizaciones de la sociedad civil

Participarán en el desarrollo de las estrategias para la respuesta nacional en el marco de sus diferentes capacidades y experiencias, de manera que la utilización más eficiente de sus potencialidades individuales contribuya al fortalecimiento de la respuesta nacional, evitando la dispersión y duplicación de esfuerzos mediante mecanismos adecuados de concertación. La capacitación de algunas organizaciones no gubernamentales que brindan atención a embarazadas con VIH se ha iniciado, manteniendo una relación estrecha de información al MINSa a través del sistema de vigilancia Epidemiológica y del MINSa hacia supervisión de la calidad en la prestación de servicios que brindan. (MINSa, Normativa 014, Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH., 2008)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de Estudio: Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, aplicado a la evaluación de servicios de salud.

Área de estudio: Departamento de Matagalpa, Tomando como referencia la información de los 14 municipios.

Unidad de análisis:

Población a estudio: 9,681 Embarazadas captadas en el Departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018.

Muestra: 369 embarazadas captadas con testeo prenatal para VIH y Sífilis. Calculado el tamaño con el Método de Muestreo Aleatorio simple con el nivel de confianza del 95%.

Criterios de Inclusión

Expedientes clínicos de Embarazadas atendidas en el I semestre del 2018.

Expedientes clínicos con datos completos.

Censo gerencial de embarazadas en la cohorte 2018-2018.

Registro primario de pruebas rápidas de VIH/ sida y Sífilis.

Criterios de Exclusión

Expedientes clínicos de pacientes que no están embarazadas.

Expedientes clínicos con datos de interés incompleto.

Censo gerencial desactualizado.

Embarazadas que no se realizó las pruebas de VIH y sífilis en las unidades del Ministerio de salud del Departamento de Matagalpa.

Embarazadas que no se encuentran registradas en el censo gerencial en el I Semestre del año 2018.

Fuentes de Información

Fuentes primarias:

- Expediente clínico.
- Censo gerencial
- Información estadística del Departamento

Técnicas de Recolección de la Información

Se visitaron los 14 municipios del Departamento de Matagalpa en cada una de las unidades de salud se solicitó los expedientes clínicos de las embarazadas ingresadas en el censo gerencial en el I semestre del año 2018 para registrar en la Entrevista Estructurada la recolección de datos la información solicitada y se entrevistó a cada de los responsables del programa de VIH para recopilar los datos estadísticos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Objetivo 1. Identificar el número de Embarazadas captadas por trimestre en el I semestre del 2018.

- I Trimestre
- II Trimestre
- III Trimestre

Objetivo 2. Comparar el número de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis según normativa.

- Numero de Pruebas Realizadas.
- Cumplimiento de metas en el tamizaje de VIH y Sífilis.
- Porcentaje de Cobertura para las pruebas de VIH y Sífilis.

Objetivo 3. Evaluar la cobertura de pruebas rápidas de VIH y Sífilis en las embarazadas en estudio.

- Recibió Consejería la Embarazada sobre la detección del VIH y Sífilis.
- Semanas de gestación que se realizó las pruebas de VIH y Sífilis.
- Consentimiento Informado Preprueba de VIH se encuentra en el expediente clínico
- Esta registrada en la Historia clínica perinatal la prueba de VIH y Sífilis.
- Se encuentra el Resultado de VIH y Sífilis en el expediente clínico.

Objetivo 4. Identificar los factores que disminuyen la cobertura de la prueba de VIH y Sífilis.

- Cuales considera usted que son los factores que influyen para que las mujeres no se realizan las pruebas de VIH y Sífilis.

1. Captación tardía de la Embarazada.

2. Migración

3. Lejanía

4. Falta de conocimiento

5. Actitud del personal.

6. Disponibilidad de reactivos.

Plan de Análisis

Para el procesamiento de la información se utilizaron los programas estadísticos SPSS y Microsoft Excel 2010 para las tablas, expresadas en cifras absolutas y porcentajes, Microsoft office Word 2007 para el informe y Microsoft Power Point 2007 para la presentación de la información.

Instrumentos de Recolección de la información

Esta consistió en la entrevista directa a los responsables del programa de VIH de los 14 municipios del departamento de Matagalpa al realizar los procedimientos y la revisión de los expedientes clínico con un instrumento diseñado con variables de interés para el estudio en el periodo del I semestre del 2018.

- Entrevistas dirigidas a los responsables del programa de VIH.
- Ficha para la recolección de datos de los expedientes clínicos.

Consideraciones éticas.

Para proceder en la ejecución del estudio se solicitó previamente autorización escrita al director del ministerio de salud del SILAIS- Matagalpa; para el uso de los expedientes clínicos y datos estadísticos. Además, la realización del estudio no afecta la integridad y confidencialidad de la información al utilizarla solo para efectos académicos.

Operacionalización de variables: Ver anexo N°1

VIII. RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo compuesta por 369 embarazadas captadas en el primer semestre del año 2018 que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis en el departamento de Matagalpa y 14 entrevista que se les realizo a los responsables del programa de VIH.

En el Departamento de Matagalpa la captación total semestral de embarazadas fue del 96% (9681) y por trimestre de embarazo presentaron el 67% de cobertura, segundo trimestre el 21%, y el tercer trimestre del 8%. (Anexo 3 Tabla 1).

Según el comparativo de la cobertura tanto para la primera prueba de VIH 88% (9118) y para sífilis 91% (9177) a nivel departamental, en los municipios de Sébaco y Rancho Grande se encontró un sobre cumplimiento en ambas pruebas, y una diferencia de cobertura entre ambas (VIH:94% y Sífilis:126%), lo cual debe ser similar. Los municipios de mayor cobertura para las pruebas de VIH son Rancho grande 135% (721) y Esquipulas en Sífilis con 134% (392); y de baja cobertura el municipio de Waslala para ambas pruebas tomadas en el semestre del 2018 (Anexo N° 3 Tabla 2).

La forma de registro de la información, se encontró que el 100% usan el Libro de Registro Primario y 71.43 % usan el Libro de Laboratorio. (Anexo N° 3 Tabla 3).

Las semanas de Gestación en la que se realizó la primera prueba de VIH fue el 91.9% (339) se la realizo antes de las 20 SG y solo el 8.1% (30) después de las 20 semanas de gestación. (Anexo N° 3 Tabla 4).

Con respecto a la primera prueba de sífilis encontramos que el 91.0% (336) se la realizo antes de las 20 semanas de gestación y un 0.8% (3) que no se la realizo en ningún periodo del embarazo. Anexo N° 3 Tabla 5).

El 98% (361) tiene el consentimiento informado de Pre prueba de VIH y el 2% (8) no se encuentra el consentimiento informado en el expediente clínico. (Anexo N° 3 Tabla 6).

En los expedientes clínicos el 95% (351) estaban registradas la prueba de VIH en las Historias clínicas Perinatal (HCP) y el 5% (18) no se registró; la prueba de Sífilis el 94% (348) estaban registradas en la Historias clínicas Perinatal (HCP) mientras que el 6% (21) no se registraron. (Anexo N° 3 Tabla 7 y 8).

El 99% (365) de los resultados de laboratorio se encuentra en el expediente clínico la prueba de VIH y el 1% (5) no se encuentra. Y en la prueba de sífilis se encontraba el 98% (362) y el 2% (7) no se encontraba el resultado de laboratorio en el expediente clínico. (Anexo N° 3 Tabla (9 y 10).

Los factores que disminuyen la cobertura de la prueba de VIH y Sífilis el de mayor predominio es la Migración de las embarazadas con 85.71%, el segundo factor es la captación tardía 78.57% y la de menor proporción es la lejanía y la actitud del personal con el 35.71% en ambas. (Anexo N° 3 Tabla 11).

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

En el Departamento de Matagalpa la captación de embarazadas al I semestre del 2018 fue del 96%, al evaluar la cobertura por trimestre de captación de embarazo, en el primer trimestre este fue del 67%, en el segundo trimestre del 21%, y al tercer trimestre del 8%, este dato refleja que el mayor porcentaje de captaciones se realiza en el primer trimestre, pero aún no se logra alcanzar la cobertura deseada. Dato que al ser comparado con la normativa 011 (Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo) el cumplimiento de porcentaje debe ser del 80% de las embarazadas captadas precozmente.

Con referente a la cobertura tanto para primera prueba de VIH y Sífilis es importante resaltar que algunos municipios se encuentran en sobre cumplimiento en cuanto a la prueba de VIH, pero el dato no es relativo con la prueba de sífilis, esto se asemeja a las cifras reportadas por Cuba en la revista Por Tu Salud en la publicación agosto 2016 donde dice que la cobertura de VIH ha aumentado el 74%, En China se aumentó la cobertura en un 96% en las pruebas de sífilis, estudio que se dio a conocer en el año 2017 escrito por Melania M Taylor, Mari Kamb, Dagdogn Wuque . Es importante destacar que ambas pruebas se toman en conjunto en el primer control prenatal o la captación precoz de la embarazada y determina la detección de enfermedades que puedan afectar al binomio madre-hijo.

En la revisión de expedientes clínicos las embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis se encontró que la mayor parte se realiza antes de las 20 semanas de gestación es importante que las gestantes se realicen precozmente para detectar, diagnosticar y tratar la infección en el primer Trimestre del embarazo, para evitar la transmisión in útero con el inicio temprano del tratamiento.

Del 100% de los expedientes revisados el 98% tenían el consentimiento informado. La OPS y OMS en el protocolo integrado de VIH e ITS en atención primaria nos dice que los principios generales que deben respetarse para la consejería y actividades dirigidas a la detección del VIH son la confidencialidad, y el consentimiento informado por escrito (debe ser voluntario).

En el estudio realizado en los Andes, Bolivia (2015). En la revisión de expedientes clínicos se observó que el 37.4% de historias clínicas perinatales contaban con registro de resultados de las pruebas. Esto conlleva el riesgo de que si asiste al parto y otro centro de salud no reciba tratamiento adecuado o no se realice el seguimiento necesario al recién nacido, lo que implicaría repetir todas las pruebas ya realizadas y por esta razón, es importante registrar los resultados de pruebas de sífilis en la historia clínica perinatal. Para ambas pruebas tanto como VIH y sífilis se encuentra más del 90% registradas en la historia clínica perinatal.

En el estudio realizado en los Andes Bolivia (2015). Tal como se puede observar, el total de los entrevistados refiere que el tamizaje de sífilis se realiza a las embarazadas solo el 55% de los expedientes clínicos revisados cuentan con resultados del laboratorio de VIH y Sífilis. Lo que difiere del estudio realizado que se encuentra el 98% de los resultados del laboratorio para ambas pruebas.

Es importante reconocer que se encontraron varios factores por los cuales no se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis a las embarazadas el más sobresaliente es la Migración a otros municipios o fuera del países por lo que limita su acceso a los servicios de salud además al no existir una buena referencia y contra referencia de un nivel a otro la embarazada se pierde y no se conoce su estado final por lo que es importante continuar con una excelente articulación entre los niveles de atención lo que coincide con el Estudio de Bolivia (2015) encontramos que el personal refiere que el tiempo es insuficiente para sensibilizar sobre el beneficio del tamizaje de VIH y Sífilis además de factores que influyen como el tiempo, la distancia y la falta de registro.

X. CONCLUSIONES

1. Al analizar el número total de embarazadas captadas en el primer semestre del 2018, el cumplimiento del departamento de Matagalpa se cumple con el 96% de cobertura total de CPN.
2. Se comparó la cobertura de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH fue del 88% y Sífilis del 91% para el cumplimiento a nivel Departamental en el primer semestre del 2018 y donde se observa que los municipios tienen diferencia significativa entre una y la otra, aunque se deberían coincidir al ser un tamizaje simultáneo y tener el mismo porcentaje de cumplimiento para ambas pruebas.
3. Evaluar la realización de las pruebas rápidas realizadas en las embarazadas a través de los expedientes clínicos se encontró que el mayor porcentaje se realizaron las primeras pruebas de VIH y Sífilis antes de la 20 semana de gestación y un porcentaje mínimo después de las 20 SG.
4. Al identificar los factores que disminuyen la cobertura de las pruebas de VIH y sífilis encontramos la migración como principal causa, y la captación tardía como segunda y de tercero la lejanía y actitud del personal de salud.

XI. RECOMENDACIONES.

A las autoridades del Silais.

- Dinamizar la atención de la salud materna desde la familia y comunidad integrando la atención para la detección temprana del VIH y Sífilis en cada uno de los sectores de las Unidades de Salud del Departamento de Matagalpa.
- Fortalecer la vigilancia y monitoreo en los servicios materno infantil en la oferta de pruebas de VIH y Sífilis para alcanzar la meta mayor o igual al 95% a nivel Departamental.
- Actualizar periódicamente el censo gerencial de embarazadas.

A las autoridades de los Municipios.

- Actualizar periódicamente el censo gerencial de embarazadas.
- Garantizar el tamizaje de embarazadas tanto de sífilis como de VIH en el primer control prenatal.
- Realizar un Plan de educación permanente para divulgar la Estrategia de Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y Sífilis congénita.
- Sensibilizar al personal de salud sobre el adecuado seguimiento de la embarazadas, captación precoz y oferta de pruebas de VIH y Sífilis para incidir en la transmisión vertical.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

(MINSA, Normativa 014, Norma y Protocolo para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH., 2008)

(s.f.).

(7), h. (14 de Agosto 2010). *infección del VIH.*

Colasanti, J., Lorio Rugada, M., Lifschitz, K., Largaespada, M., Flores López, B., Dodd, C., y otros. (Enero-Febrero 2013). HIV Testing rates among pregnant women in Managua, Nicaragua (2012-2011). *Revista Panaamericana de Salud Pública.*, Pag:15-2.

Colasanti, J. R., Lifschitz, K., Largaespada, M., Flores Lopez, B., Dodd, C., Feaster, D. J., y otros. (2013). HIV TESTING RATES AMONG PREGNANT WOMEN IN MANAGUA, NICARAGUA (2010-2011). *Revista Panaamericana de Salud Pública.*, 15-2.

Cortez, R., & Garcia A, K. H. (2008). *Casas Maternas en Nicaragua cuaderno # 5.* Managua: Banco Mundial, Banco Interamericano de desarrollo.

Diccionario Etimológico de español en línea (6.1.3). (s.f.).

Dominicana, n. d. (s.f.). *Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en la República Dominicana.*

Dra. Brenda Moreno, L. T. (2014). *Análisis del estado y capacidad de casas maternas.* Managua: BID.

Eddy Pérez, M. M. (2011). *Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en la República Dominicana.* República Dominicana.

Figuro Hernández, G., Uriostegui Espiritu, L. C., & Delgado Quiñonez, E. G. (2016). Detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la medicina familiar 171 en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52-57.

- Gómez, A. S. (2014). *Epidemiología del VIH y sífilis en grupos más expuestos y vulnerables en Ecuador* . Madrid, España.
- Guthrie, D. (1902-1961). *Historia del Tamizaje* . Gorral .
- Leyla, J. (22 de Julio de 2013). Nicaragua va ganando batalla contra la mortalidad materna. *Nuevo Diario*, pág. 3.
- MANDELL, G. B. (2006). *Enfermedades Infecciosas* . Madrid,Elsevier España .
- Matagalpa, S. (2017). *Seguimiento de los indicadores de la eliminacion de la transmision Materno Infantil del VIH y Sífilis congénita*. Matagalpa, Nicaragua.
- Maybelin, M. C. (2014). *PREVALENCIA DE VIH EN PACIENTES EMBARAZADAS USANDO PRUEBA RAPIDA*. Vearacruz México.
- MINSA. (Enero 2016). *Guia de Terapia Antirretroviral para Personas con VIH*. Managua : MINSA .
- MINSA. (2008). *Normativa 014,Norma y Protocolo para la Prevencion de la Transmision vertical del VIH*. Managua : MINSA .
- Minsa. (2010). *Normativa 050 Manual organizacion de estructura de casa materna*. Managua: Minsa.
- MINSA. (2010). *Normativa 050,Manual de organizacion y estructura casa maternas* . Managua : MINSA.
- MINSA. (2013). *Informe de Avance Enero 2013,Estrategias nacional casas materna por la reduccion de la mortalidad materna y perinatal,mejorando el acceso de las mujeres rurales al parto humanizado*. Managua: MINSA.
- MINSA. (Enero 2016). *Guia de Terapia Antirretroviral para Persnas con VIH*. Managua : MINSA.
- Nicaragua, M. d. (2009). *Manual de plan de parto para la maternidad segura*. Managua: Minsa .

- Normativa 011, M. d. (2015). *Normas y protocolos para la Atención prenatal, Parto, Recien nacido/a y Puerperio de bajo riesgo*. Managua, Nicaragua.
- OMS. (1990-2015). *Trends in maternal Mortality*. Ginebra(Suiza): Departamento de Investigaion y Salud Reproductiva.
- OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2017). *Deteccion sistematica y tratamiento de la Sifilis:integracion con los servicios de atencion a la infeccion por el VIH*. Ginebra(Suiza),EE.UU,Inglaterra: OMS.
- OMS, U. (2015). *Evolucion de la Mortalidad Materna1990-2015*. Ginebra: Banco Mundial y division de poblacion de las naciones unidas.
- OPS. (2003). *Defincion*. Managua: OPS-OMS.
- OPS. (Septiembre - 2015). *Eliminacion de la Transmision Materno Infantil y la Sifilis en las Americas*. Washington- DC-EE.UU: OPS.
- OPS, O. (2014). *Guia Practica para la ejecucion de la estrategia y plan de accion para la eliminacion de la transmision maternoinfantil del VIH y de la Sifilis Congenita en las Americas*. . Washington,D.c.: Departamento de Enfermedades Transmisibles y Analisis de Salud Unidad de VIH,Hepatitis y Tb e ITS.
- Peru, M. d. (2009). *Plan Estrategico Nacional para la reduccion de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015*. Peru: ARTPRINT.
- Prensa, C. d. (2016). *Mortalidad Materna*. Managua: Prensa.
- QUIÑONEZ, N. S. (2013). *VIH/VDRL POSITIVOS EN PACIENTES EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PAPILOMATOSIS VULVOVAGINAL Y TRABAJO DE PARTO*. GUATEMALA.
- Salud, M. d. (2008). *Guia para la Operativizacion de la estrategia "Hogar de espera materna*. San Salvador : Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social ,Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas .

salud, M. d. (2008). *Salud Materna*. Peru: M Peruinisterio de Salud .

SALUD, M. D. (2012). *Normativa — 093. “PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA”*. Managua, Nicaragua: Biblioteca Nacional de Salud.

VIH, U. d. (2018). *Nicaragua, Avance Indicadores de ETMI*. Managua : MINSA.

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo 1. Identificar el número de Embarazadas captadas en el I semestre del 2018 en el Departamento de Matagalpa.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE MEDICION
Captación de la embarazada	Es la acción de captar, lo cual quiere decir atraer así, cautivar, recoger, percibir, comprender, reconocer o sea la captación de un embarazo, no es más que la recogida reconocimiento, análisis y comprensión de toda la anamnesis de la gestante.	% de embarazadas que captadas según trimestre en el I semestre del 2018.	I trimestre II trimestre III trimestre	Nominal

Objetivo 2. Comparar el número de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis según normativa.

VARIABLE	DEFINICION OPREACIONAL	INDICADOR	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Comparar el número de embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH y Sífilis.	Es la acción y efecto de monitorear es describir un proceso mediante el cual se reúne, observa, estudia y emplea información para luego poder realizar u seguimiento de un programa o hecho particular.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de metas en el tamizaje de VIH y Sífilis. • Porcentaje de Cobertura para las pruebas de VIH y Sífilis. • Numero de Pruebas Realizadas. 	<p>0-100</p> <p>0- 100%</p> <p>0-100</p>	Nominal

Objetivo 3. Evaluar la cobertura de pruebas rápidas de VIH y Sífilis en las embarazadas en estudio.

VARIABLE	DEFINICION OPREACIONAL	INDICADOR	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Evaluar la cobertura de las Pruebas de VIH y Sífilis.	El acceso universal que implica que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, adecuados, oportunos de calidad determinados de acuerdo con las necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Recibió Consejería la Embarazada sobre la detección del VIH y Sífilis. • Semanas de gestación que se realizó las pruebas de VIH y Sífilis. • Consentimiento Informado Pre-prueba de VIH se encuentra en el expediente clínico • Esta registrada en la Historia clínica perinatal la prueba de VIH y Sífilis. • Se encuentra el Resultado de VIH y Sífilis en el expediente clínico 	<p>Si – No</p> <p>Menor de 20 SG Mayor de 20 SG.</p> <p>Si – No</p> <p>Si – No</p> <p>Si - No</p>	Nominal

Objetivo 4. Identificar los factores que disminuyen la cobertura de la prueba de VIH y Sífilis.

VARIABLE	DEFINICION OPREACIONAL	INDICADOR	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Factores que disminuyen la cobertura de las pruebas de VIH y Sífilis	Estado o circunstancia o situación que aumenta las probalidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	%captación tardía % Migración % Lejanía %Falta de conocimiento % Actitud del Personal % Disponibilidad de Reactivos.	Si No	Nominal

ANEXO N°2: INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

La presente Entrevista está elaborada para recolectar información para una investigación titulada: Cobertura detección de VIH y Sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el Departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018.

Datos del Municipio Responsable del Programa.

Municipio: _____

Fecha de la Realización de la Encuesta: _____

1-Número de embarazadas captadas en el I semestre 2018.	
<input type="radio"/> Cap. I Trimestre _____ <input type="radio"/> Cap. II Trimestre _____ <input type="radio"/> Cap. III Trimestre _____	
2-Comparar el cumplimiento de la cobertura del tamizaje de VIH y Sífilis en embarazadas	
Cumplimiento de metas en el tamizaje de VIH.	Cumplimiento de metas en el tamizaje de Sífilis
Metas VIH Primer Prueba <input type="text"/>	Metas Sífilis Primer prueba <input type="text"/>
Realizado <input type="text"/>	Realizado <input type="text"/>
Cobertura <input type="text"/>	Cobertura <input type="text"/>
3- De que manera recopila la información sobre las pruebas de VIH y Sífilis	
<input type="radio"/> Expediente Clínico <input type="radio"/> Libro de laboratorio <input type="radio"/> Registro primario <input type="radio"/> Consentimiento Informado.	
4- Disponibilidad de reactivos en base a la meta en cada sector.	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
5-Cuales considera usted cuales son los factores para que las mujeres embarazadas no realizan las pruebas de VIH y Sífilis?	
<input type="radio"/> Captación tardía de la Embarazada. <input type="radio"/> Migración <input type="radio"/> Lejanía <input type="radio"/> Falta de conocimiento <input type="radio"/> Actitud del personal <input type="radio"/> Falta de Disponibilidad de reactivos.	

Muchas Gracias!



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARÍO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

El presente Ficha para la revisión de expediente clínicos está elaborado para recolectar información para investigación titulada: Cobertura del Tamizaje de VIH y Sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el Departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018.

Iniciales de la Paciente: _____ Expediente: _____

Fecha de la Realización de la Encuesta: _____ N° de Gestas: _____

Semanas de gestación en el momento de la encuesta: _____

1- Recibió Consejería la Embarazadas sobre la Detección del VIH y Sífilis.	
Embarazada recibió consejería Pre-Prueba para VIH. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Embarazada recibió consejería Pre-Prueba para Sífilis. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Embarazada recibió consejería Post-Prueba para VIH. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Embarazada recibió consejería Post-Prueba para Sífilis. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Semanas de gestación que se realizó las Pruebas de VIH y Sífilis la embarazada.	
Primer prueba VIH. <input type="radio"/> Menor de 20 SG <input type="radio"/> Mayor de 20 SG	Primer Prueba de Sífilis <input type="radio"/> Menor de 20 SG <input type="radio"/> Mayor de 20 SG
5-Semanas de gestación que se realizó la Segunda Pruebas de VIH y Sífilis la embarazada	
Segunda Prueba VIH <input type="radio"/> Mayor de 20 SG Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Segunda Prueba Sífilis. <input type="radio"/> Mayor de 20 SG Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

6-Consentimiento Informado Pre-prueba de VIH se encuentra expediente clínico.

Sí No

7- Está registrada en lá HCP Prueba de VIH.

Sí No

8-Está registrada en lá HCP Prueba de Sífilis

Sí No

9-Se encuentra el resultado de las pruebas de VIH y Sífilis en el expediente

ANEXO N° 3

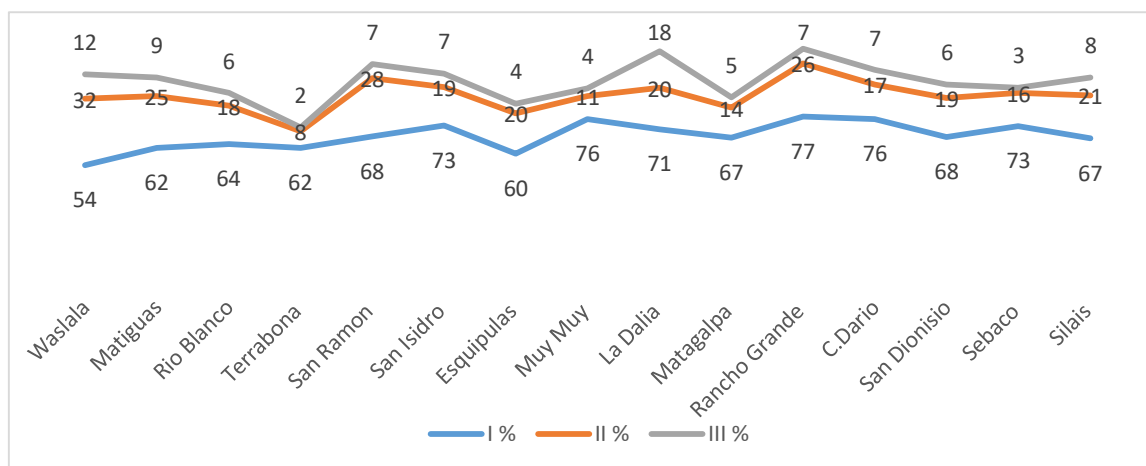
TABLAS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIA

Tabla 1: Embarazadas captadas. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Municipio	I	%	II	%	III	%
Waslala	751	54%	446	32%	164	12%
Matiguás	536	62%	214	25%	76	9%
Rio Blanco	444	64%	128	18%	42	6%
Terrabona	114	62%	15	8%	3	2%
San Ramon	547	68%	226	28%	57	7%
San Isidro	201	73%	51	19%	18	7%
Esquipulas	174	60%	57	20%	13	4%
Muy Muy	223	76%	33	11%	11	4%
La Dalia	1000	71%	279	20%	246	18%
Matagalpa	1292	67%	278	14%	98	5%
Rancho Grande	415	77%	137	26%	39	7%
Cuidad Dario	427	76%	94	17%	39	7%
San Dionisio	188	68%	52	19%	18	6%
Sébaco	426	73%	93	16%	16	3%
Silais	6738	67%	2103	21%	840	8%

Fuente: Datos estadísticos de los 14 municipios del Departamento de Matagalpa.

Gráfico 1: Embarazadas captadas en el primer semestre. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



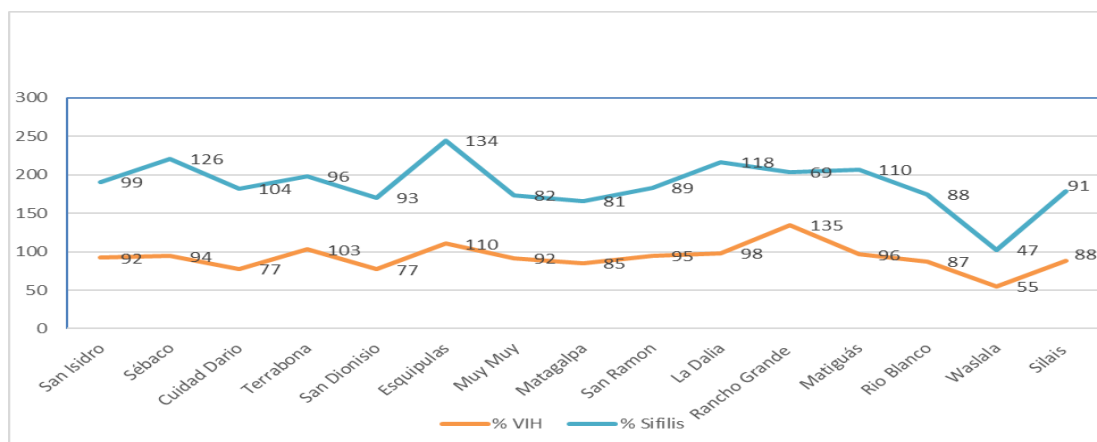
Fuente: Datos estadísticos de los 14 municipios del Departamento de Matagalpa. (Tabla 1)

Tabla 2. Cobertura del tamizaje del VIH y Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Municipio	Frecuencia	%	Frecuencia	%
San Isidro	253	92%	272	99%
Sébaco	551	94%	738	126%
Cuidad Dario	434	77%	586	104%
Terrabona	188	103%	175	96%
San Dionisio	219	77%	258	93%
Esquipulas	322	110%	392	134%
Muy Muy	269	92%	239	82%
Matagalpa	1628	85%	1556	81%
San Ramon	763	95%	717	89%
La Dalia	1376	98%	1658	118%
Rancho Grande	721	135%	371	69%
Matiguás	1032	96%	948	110%
Rio Blanco	600	87%	606	88%
Waslala	762	55%	661	47%
Silais	9118	88%	9177	91%

Fuente: Datos estadísticos de los 14 municipios del Departamento de Matagalpa

Gráfico 2. Cobertura del tamizaje del VIH y Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



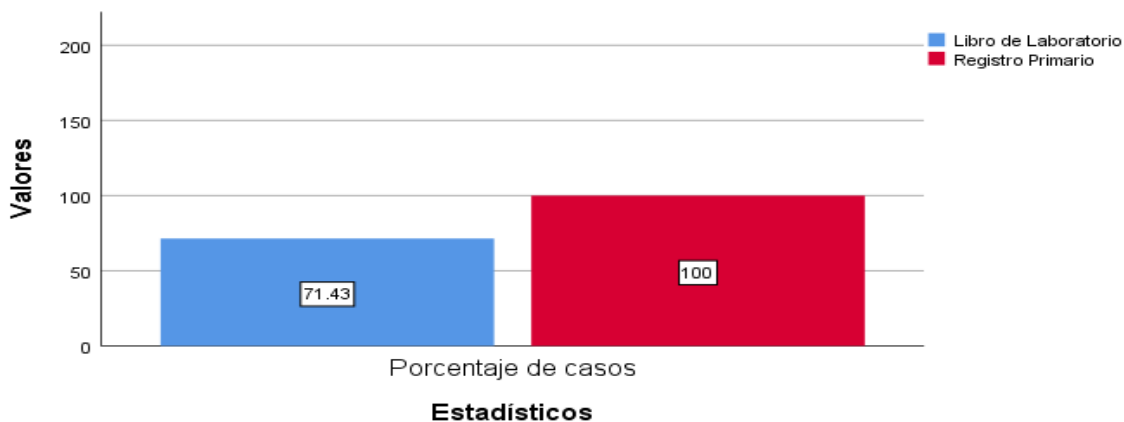
Fuente: Datos estadísticos de los 14 municipios del Departamento de Matagalpa (Tabla 2)

Tabla 3. La forma de registro de la información sobre las pruebas de VIH y Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Porcentaje de Casos			
		N	%
Libro de Laboratorio		10	71.4
Registro Primario		14	100

Fuente: Entrevista a los responsables del programa de VIH de los municipios del Departamento de Matagalpa.

Gráfico 3. La forma de registro de la información sobre las pruebas de VIH y Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



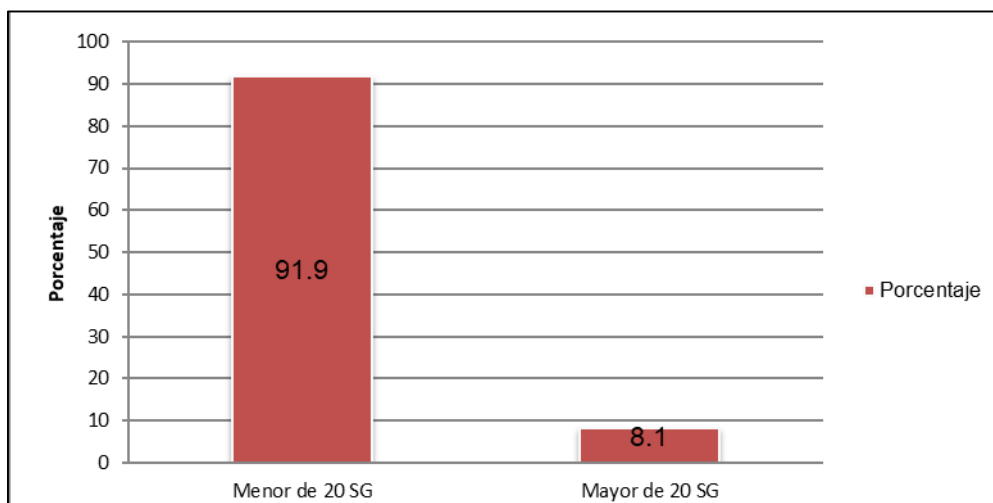
Fuente: Entrevista a los responsables del programa de VIH de los municipios del Departamento de Matagalpa (Tabla 3)

Tabla 4: *Semanas de gestación que se realizó la primera prueba de VIH Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018*

Semanas de gestación que se realizó la Primera Prueba de VIH		
Gestación	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 SG	339	91.9
Mayor de 20 SG	30	8.1
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Gráfico 4: *Semanas de gestación que se realizó la primera prueba de VIH Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018*



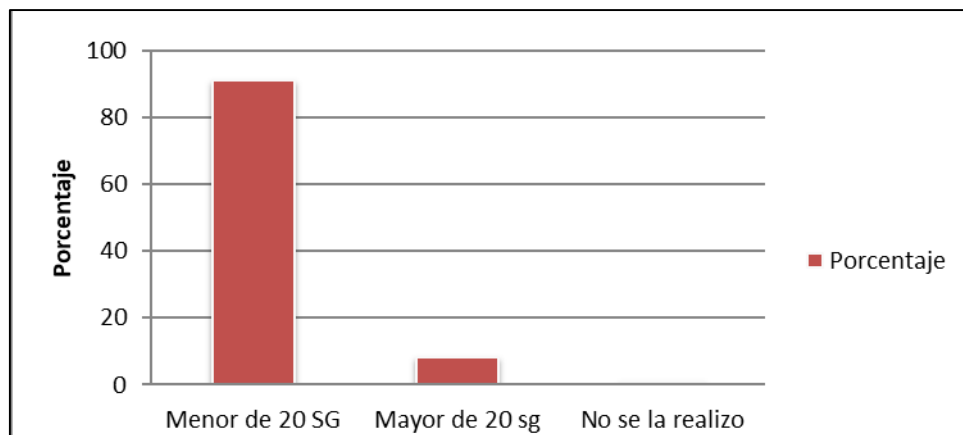
Fuente: Expediente clínico (Tabla 4)

Tabla 5: *Semanas de gestación que se realizó la primera prueba de Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018*

Semanas de Gestación que se realizó la Primer Prueba de Sífilis		
Gestación	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 SG	336	91.1
Mayor de 20 SG	30	8.1
No se la realizo	3	0.8
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 5: *Semanas de Gestación que se realizó la primera prueba de Sífilis Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018*



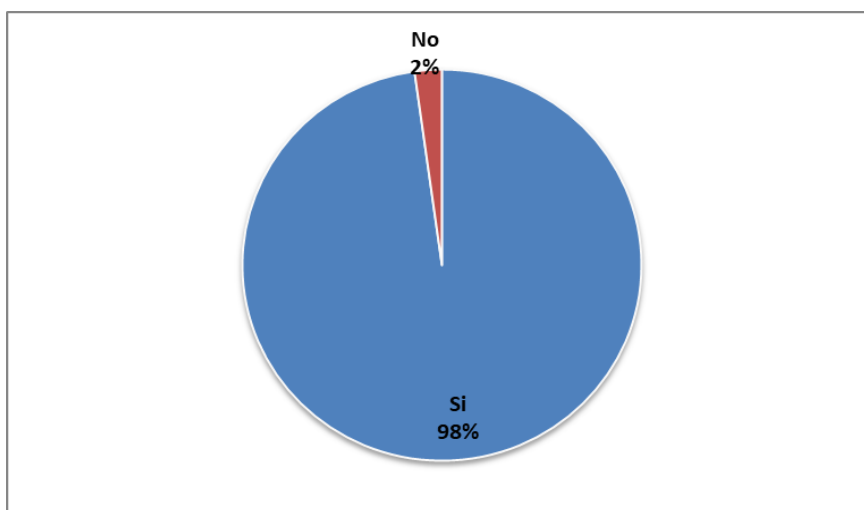
Fuente: Expedientes clínicos (Tabla 5)

Tabla 6: Consentimiento informado de la Pre-Prueba de VIH que se encuentra en el expediente clínico. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Consentimiento Informado Pre-Prueba se encuentra en el Expediente Clínico		
Consentimiento Informado	Frecuencia	Porcentaje
Si	361	98
No	8	2
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 6: Consentimiento informado de la Pre-Prueba de VIH que se encuentra en el expediente clínico. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



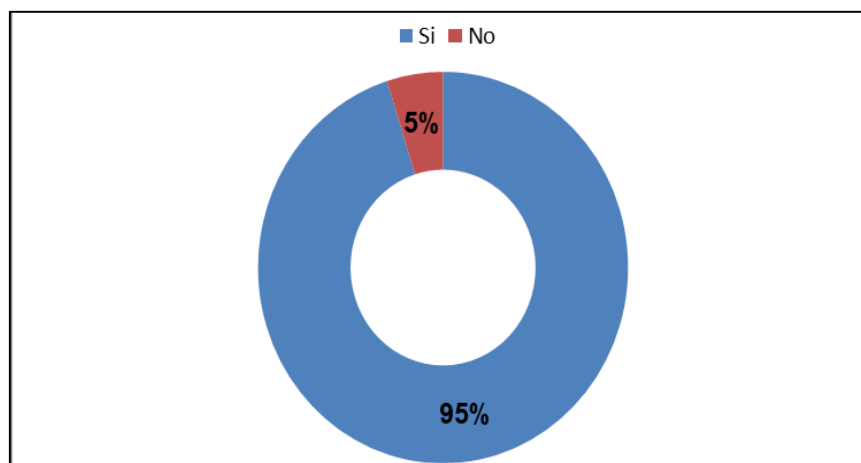
Fuente: Expedientes clínicos (Tabla 6)

Tabla 7: Registró en la Historia Clínica Prenatal la Prueba de VIH. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Esta Registrada en la Historia clínica Perinatal la Prueba de VIH		
Registro	Frecuencia	Porcentaje
Si	351	95
No	18	5
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 7: Registró en la Historia Clínica Prenatal la Prueba de VIH. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



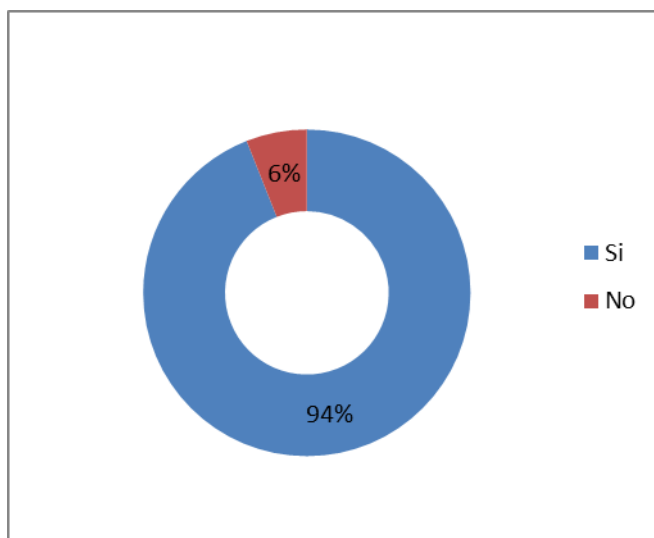
Fuente: Expedientes clínicos (Tabla 7)

Tabla 8: Registro en la Historia Clínica Prenatal la Prueba de Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Esta Registrada en la Historia clínica Perinatal la Prueba de Sífilis		
Registro	Frecuencia	Porcentaje
Si	348	94
No	21	6
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 8: Registro en la Historia Clínica Prenatal la Prueba de Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



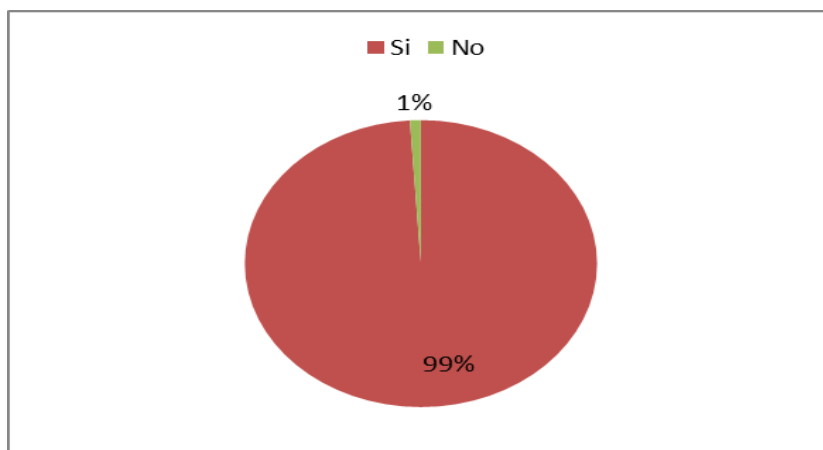
Fuente: Expedientes clínicos (Tabla 8)

Tabla 9: Resultado de laboratorio se encuentra en el expediente clínico de la prueba de VIH. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Se Encuentra el Resultado de la Prueba de VIH en el Expediente Clínico		
Resultados	Frecuencia	Porcentaje
Si	365	99
No	4	1
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínico

Gráfico 9: Resultado de laboratorio se encuentra en el expediente clínico de la prueba de VIH Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



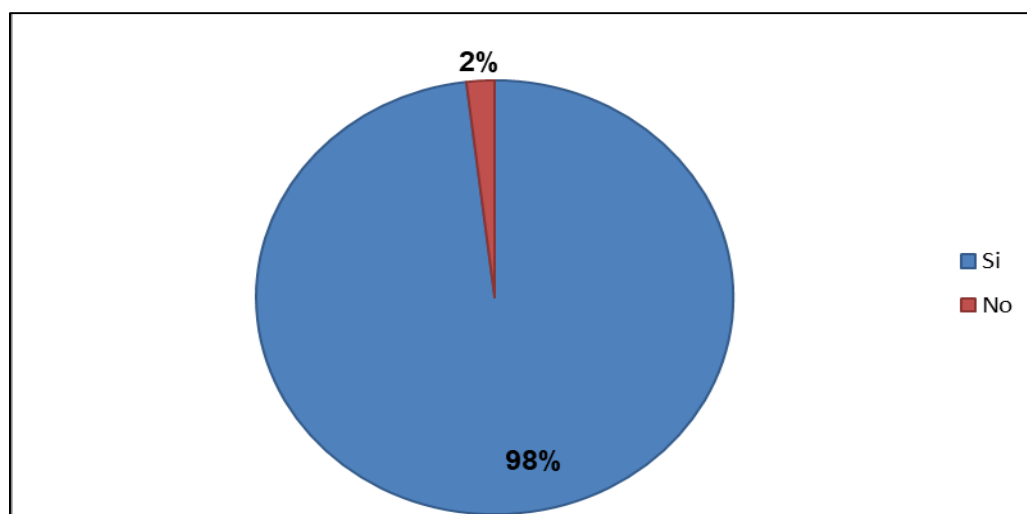
Fuente: Expedientes clínicos (Tabla 9)

Tabla 10: Resultado de laboratorio se encuentra en el expediente clínico de la prueba de Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Se encuentra el resultado de la Prueba de Sífilis en el Expediente Clínico		
Resultados	Frecuencia	Porcentaje
Si	362	98
No	7	2
Total	369	100

Fuente: Expedientes clínico

Gráfico 10: Resultado de laboratorio se encuentra en el expediente clínico de la prueba de Sífilis. Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



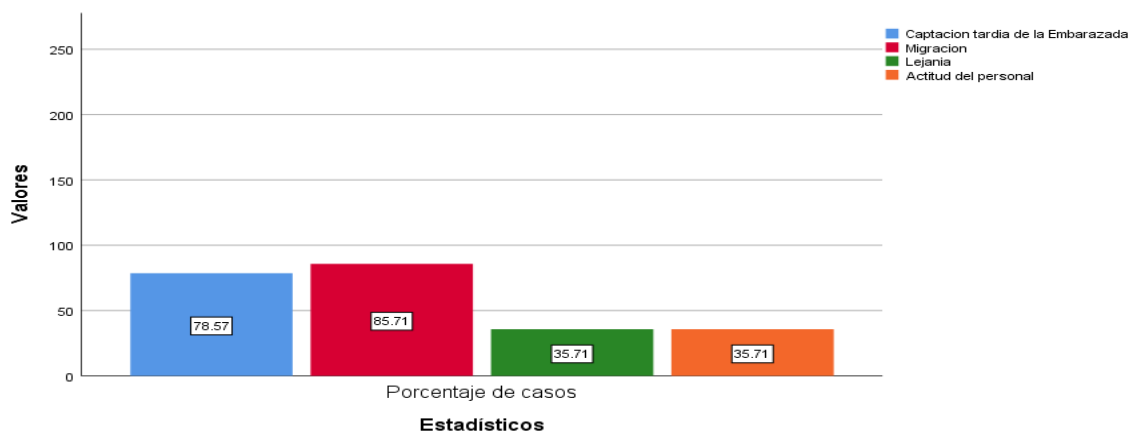
Fuente: Expedientes clínicos (Tabla 10)

Tabla 11: Factores que disminuyen la cobertura de la prueba de VIH y Sífilis
Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018

Porcentaje de casos		
	N	%
Captación tardía de la Embarazada	11	78.6
Migración	12	85.7
Lejanía	5	35.7
Actitud del personal	5	35.7

Fuente: Entrevista a los responsables del programa de VIH de los municipios del Departamento de Matagalpa.

Gráfico 11: Factores que disminuyen la cobertura de la prueba de VIH y Sífilis
Cobertura del tamizaje de VIH y sífilis en embarazadas que acuden al sistema de salud en el departamento de Matagalpa en el I semestre del año 2018



Fuente: Entrevista a los responsables del programa de VIH de los municipios del Departamento de Matagalpa (Tabla 11)

