

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
Recinto Universitario Rubén Darío
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina



Informe Final de Investigación para Optar al
Título de Médico y Cirujano

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 de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

Autores.

Br. Sandra María Calero Gutiérrez.
Br. Hendryka Mariana Reyes González

Tutor

Dr. Eladio Meléndez MSSR
Responsable de Epidemiología HAJN

Bluefields, Nicaragua.
Marzo 2016

DEDICATORIA

A Dios que me dio la sabiduría y fortaleza en el proceso de aprendizaje la carrera.

A mi madre María Gutiérrez mi amiga que, con gran empeño, amor me brindó su apoyo incondicional hasta el final.

A mi esposo e hija que supieron comprenderme día con día en este proceso de profesionalización.

Sandra Calero

Primeramente, a Dios todopoderoso que me brindó paciencia y fortaleza para recorrer este camino con sabiduría y lograr culminar este proyecto.

A mis padres por estar siempre a mi lado y brindarme su apoyo y amor incondicional.

A mis hermanos por ser parte de mi vida por ayudarme a crecer y madurar junto a ellos.

A mi hija que ha sido mi luz la fuerza que me impulsa a seguir cada día.

Hendryka Reyes

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos primeramente a Dios que nos dio la fortaleza y el Don de la perseverancia de lograr culminar mi carrera.

A mi madre por continuar aun apoyándome incondicionalmente en la vida.

A la UNAN-Managua por abrirme las puertas para una mejor educación junto al docente que cumplieron con su meta de prepararme un camino lleno de enseñanza conocimiento y preparación en esta ardua carrera.

Sandra Calero

A Dios primero porque me dio el don de la perseverancia para alcanzar esta meta con mucho éxito.

A mis padres Boanerge Reyes y Jenyfer González por sus consejos y palabras de aliento.

A mis hermanos Boanerge, Keyla, María del Carmen y Jennifer por su apoyo y cariño este logro es de ustedes también.

A mi hija Victoria Sofía por ser mi fuente de inspiración y superación.

A mi tía Antina por su carisma amor incondicional y estar pendiente de mí en cada momento.

A los docentes por otorgarme la sabiduría médica en cada momento, así como enseñarme ética y amor al paciente.

A los pacientes que fueron el mejor libro para aprender que humildemente confiaron en mí.

Hendryka Reyes

OPINION DEL TUTOR

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Manejo de pacientes VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para la prevención de la transmisión vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco. Municipio de Bluefields. RACCS. Enero 2010 a diciembre 2014.”

Los Br. Sandra María Calero Gutiérrez, Hendryka Mariana Reyes González. Son las autoras de dicho trabajo. Ellos desde que iniciaron el proceso de investigación demostraron responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

El mayor porcentaje de las mujeres viviendo con el VIH fueron intervenida quirúrgicamente mediante la cesárea para reducir la posibilidad de transmisión vertical a pesar que muchas fueron captadas en el segundo y tercer trimestre de embarazo y hubo un caso que abandono el programa del control de pacientes viviendo con el VIH y se presentó en expulsivo al Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco del municipio de Bluefields. Esto es el resultado de debilidades en el programada para el seguimiento principalmente en mujeres con vida potencialmente reproductiva, algo que actualmente no debe estarse manifestando cuando ya existe lineamientos específicos para poder evitar esta situación. Se logra evidenciar en un buen porcentaje el interés de reconocer su estado clínico que por procedimiento aún se carece de recurso disponible de manera oportuna.

Los resultados de este trabajo es la muestra del comportamiento de la enfermedad donde se carecen y son muchas las necesidades que viven las mujeres con vida potencialmente reproductiva del municipio, no se ha logrado estrechar las brechas de falta de conocimiento para poderse adaptar mejor a convivir quienes padecen de VIH y que ayude también a reducir su diseminación. Y por otro lado los elementos empobrecedores de la región que limitan el acceso a la atención en salud.

Felicito a los Bachilleres por su compromiso con el trabajo y les insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que les demanda.

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR
Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.
Granada

RESUMEN

El comportamiento epidemiológico del VIH se mantiene concentrado, presentando bajos niveles; donde la prevalencia actual en la población general y en embarazadas no sobrepasa el 1%. En Agosto del 2005 la prevalencia de VIH en embarazadas era de 0.12% en personas de 15 a 49 años de edad según estudios centinelas. En Bluefields al igual que cualquier parte de Nicaragua el sistema de salud está obligado a dar cumplimiento a las normativas para la atención de esta patología y la prevención de la transmisión vertical con todos los elementos que incluye la norma. En este Departamento las cifras de pacientes al culminar el 2014 fueron 16 las que han sido atendidas por presentar VIH y embarazo.

Se realizó un estudio en el Hospital Ernesto Sequeira del municipio de Bluefields para evaluar el manejo del personal médico hacia estas pacientes con VIH/SIDA. Según Protocolo del MINSA para la prevención de la Transmisión vertical, tuvo como objetivo general que a través de la elaboración de un instrumento que contiene parte de los indicadores que se deben cumplir para establecer en la práctica la prevención de transmisión vertical, se buscaron 16 expedientes de mujeres que habían sido atendidas de Enero 2010 a Diciembre 2014; e inclusive constituyó la población de estudio.

La información obtenida se procesó en el sistema estadístico SPSS 11.0 para Windows y se construyeron tablas de frecuencia y cruces de variables de interés entre las características de las pacientes y el porcentaje de cumplimiento del protocolo. Encontrando los siguientes resultados:

El mayor número de mujeres que fueron atendidas en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields que viven con VIH, para prevenir la transmisión vertical tenían entre 21 a 30 años el 81.3%, se identificó que 6.3% tenían menos de 20 años, El 56.3% eran procedentes de las áreas rurales del municipio, y el 50.0% su escolaridad era secundaria. El estado civil acompañada 62.5% fue lo más referido, siendo el 87.5% ama de casa. El 68.8% ya tenían entre 1 a 3 hijos. También se logró observar que el 25.0% fueron captadas en el 1er trimestre y el 37.6% estaban en seguimiento de la enfermedad pero fueron captada en el 2do trimestre y 12.5% captadas en el tercer trimestre.

Del total al 81.3% de las mujeres se encontró que fue determinada la edad gestacional por ultrasonido, pero al 43.8% se le realizó tres ultrasonidos para explorar el bienestar fetal. Hay evidencia que el 93.7% no se descarta acidosis láctica mediante pruebas de amilasa sérica y CPK, como situación importante de reconocer por los efectos farmacológicos en las mujeres con terapia antes de embarazo.

Al 43.8% de las embarazadas se le inició profilaxis para evitar PTMI a las 14 semanas de gestación que fueron los casos captados en el primer trimestre, usando la triple terapia AZT + 3TC + NVP o LPV/r. A ninguna de las usuarias se les dan el tratamiento ARV indicado cuando han tenido o no exposición previa a ARV.

Se demostró que al 93.7% se atiende la cesárea siguiendo los protocolos de atención, realizándose a las 38 SG y se administra AZT durante el acto quirúrgico, pero también a este mismo porcentaje se realiza limpieza del recién nacido con agua y jabón, pero no se efectúa lavado gástrico con solución salina tibia pero si se aplican vitamina K después de 24 horas después del nacimiento, se evitó la aplicación de la vacuna BCG.

Al analizar el nivel de cumplimiento alcanzado de 31.6% por 1 mujer que corresponde 6.3% tenía edad entre 21 a 30 procedente del área rural con una escolaridad de primaria, soltera, ama de casa, que ha tenido entre 1 a 3 hijos, que estaba en seguimiento del programa de VIH pero captada durante su embarazo hasta el 3er trimestre. Y del 93.7% de todas a las que se le realizó cesárea cumplieron 68 a 78% la aplicación de la norma.

Conclusión: las debilidades encontradas están principalmente relacionadas a la falta de seguimiento de las mujeres con vida potencialmente reproductiva y la falta de insumos para identificar a lo inmediato la situación del estado clínico de la embarazada para decidir terapéutica específica que prevenga la PTMI.

ÍNDICE

I. Introducción.....	
II. Antecedentes.....	
III. Justificación.....	
IV. Planteamiento del Problema.....	
V. Objetivos	
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
VI. Marco Teórico	
Epidemiología.....	
Definición.....	
Momento de la transmisión vertical.....	
Factores de riesgos.....	
Pilares de atención.....	
Patogénesis.....	
Consejería para el VIH.....	
Diagnóstico de infección por VIH en el embarazo.....	
Atención prenatal de embarazadas con VIH.....	
Atención del parto.....	
Atención en el Puerperio.....	
Complicaciones Obstétricas.....	
VII. Diseño Metodológico.....	
Tipo de Estudio.....	
Área de estudio	
Población de estudio y muestra	
Operacionalización de variables	
Técnica y Procedimientos.....	
Análisis y Tabulación	
Cruce de variables.....	
Aspectos éticos	
VIII. Resultados.....	
IX. Discusión	
X. Conclusiones.....	
XI. Recomendaciones.....	
XII. Bibliografía.....	
Anexos.....	
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.	
Anexos 2. Tablas de Resultados.	
Anexos 3. Gráficos de Resultados.	

LISTA DE ACRÓNIMOS

- ADN: Acido desoxirribonucleico
- ASONVIHSIDA: Asociación Nicaragüense de Personas VIH Positivas VIH Positivas
- AZT: Zidovudina
- AZT/r Zidovudina con dosis Bajas de Ritonavir.
- ACTH: Hormona adenocorticotropica
- BHC: Biometría Hemática Completa
- CPN: Control Pre – Natal
- COE: Cuidados obstétricos esenciales
- CONISIDA Comisión Nicaragüense del Sida
- CID: Coagulación intravascular diseminada
- CPG: Concentrado de paquete globular
- d4T: Stavudina.
- DCP: Desproporción cefalopélvica
- DIU: Dispositivo intrauterino
- DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
- ECG: Electroencefalograma
- EFV: Efavirenz.
- EKG: Electrocardiograma
- ELISA Ensayo Inmunoenzimático Absorbente
- FCF: Frecuencia cardiaca fetal
- FECASOG Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- FUR: Fecha de la última menstruación
- HCP Historia Clínica Prenatal
- HIE Hipertensión Inducida por el Embarazo
- HBCR Hospital Escuela Bertha Calderón Roque
- HPP: Hemorragia post-parto
- HAN Hospital Alemán Nicaragüense
- HRSJD-Estelí Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí
- HRAJ Hospital Regional Asunción de Juigalpa
- HTA Hipertensión Arterial
- IgM: Inmunoglobulina M
- IgG: Inmunoglobulina G
- IMC Índice de Masa Corporal
- IVU Infección de Vías Urinarias
- ITS: Infección de transmisión sexual
- ITRAN Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos. A Nucléosidos.
- ITRNN Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos.
- LDH: Lactato deshidrogenasa
- LPV/r: Lopinavir/Ritonavir

- LUI: Legrado uterino instrumental
- MINSA: Ministerio de Salud
- NVP: Nevirapina
- NST: Non stress test (monitoreo fetal no estresante)
- NFV Nelfinavir
- OCI: Orificio cervical interno
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-SIDA
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PACTG: Ensayo Clínico Sobre el SIDA Pediátrico Grupo 076
- PBF: Perfil biofísico fetal
- PE: Pre – Eclampsia.
- PEMAR: Población en más alto riesgo.
- PFC Plasma Fresco Congelado
- PCR: Proteína “c” reactiva
- PPE Profilaxis Postexposición.
- PTH: Hormona Paratiroidea
- PPD: Derivado Proteico Purificado para tuberculosis
- PVS: Personas Viviendo con Sida
- PVDC: Parto vaginal después de una cesárea
- RACCS: Región Autónoma de la Costa Caribe Sur
- RACCN: Región Autónoma de la Costa Caribe Norte
- RCIU : Retardo del crecimiento intrauterino
- RMM: Razón de Mortalidad Materna
- RPM: Ruptura prematura de membranas
- RPMP: Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo Pre término
- RPR: Rapid Plasma Reagin
- UNFPA: United Nations Population Fund
- USAID: Agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional.
- SHG: Síndrome Hipertensivo Gestacional
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH avanzado)
- SSN: Solución Salina Normal
- SNC: Sistema nervioso central
- TA: Tensión Arterial
- TARA: Terapia Antiretroviral Altamente Activa.
- TGO: Transaminasa Glutámico Oxalacetica
- TGP: Transaminasa Glutámica Pirúvica
- TP: Tiempo de Protrombina
- TPT: Tiempo Parcial de Tromboplastina.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
- ZDV: Zidovudina
- 3TC: Lamivudina.

I. INTRODUCCIÓN

La cantidad de niños y niñas afectados por la epidemia del VIH aumenta en la medida en que las mujeres son cada vez más afectadas. Afortunadamente, la eficacia de las acciones de prevención de la transmisión vertical es alta según líneas estratégicas orientada por la OMS. (MINSAs - Nicaragua , 2008). En Nicaragua hasta el 2011 el comportamiento epidemiológico de la epidemia del SIDA, se mantenía como una epidemia concentrada, manteniendo un comportamiento de bajos niveles, donde la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1%. (Comisión Nicaragüense del SIDA, 2012).

La transmisión materno infantil del VIH se puede reducir casi a cero si se implementan las medidas adecuadas: el VIH se diagnóstica tempranamente en la embarazada y se inicia tratamiento profiláctico con TAR, el parto se atiende en una institución de salud y se realiza un seguimiento médico adecuado al recién nacido. (MINSAs - Nicaragua , 2008). Se sabe cuándo las mujeres viven con el VIH reciben profilaxis antirretrovírica durante el embarazo, el parto y la lactancia, el riesgo de transmisión del VIH se reduce a menos del 5%. (ONUSIDA , 2012).

El Ministerio de Salud a nivel nacional está realizando los esfuerzos necesarios para prevenir la transmisión materna infantil del VIH. A través del mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a la consejería y a las pruebas diagnósticas de VIH, suministro de tratamiento (TAR) profiláctico a las embarazadas con VIH, y asegurando en los servicios de salud de los hospitales un conjunto de servicios integrales como la realización de cesárea, tratamiento profiláctico a los lactantes y niños(as) expuestos al VIH y prestando apoyo a las mujeres para que sus hijos reciban una alimentación óptima y sin riesgos. (MINSAs - Nicaragua , 2008)

En Bluefields que corresponde al área de mayor concentración poblacional de la RACCS, representa una de los departamentos de mediano riesgo en quinto lugar de las personas que han padecido la infección de VIH. Pero se reconoce el primer lugar de la población con mayor prevalencia de ITS. En relación a esta última las cifras son mayores al promedio nacional. (MINSAs - Nicaragua, 2013).

En la RACCS desde 2001 hasta 2015 han captado 26 mujeres embarazadas con VIH con 29 estado gestacionales es decir 3 de las pacientes se han embarazado en dos ocasiones una de ella termino en aborto incompleto. Hasta el 2011 a la fecha actual, la terapia antiretroviral se garantizó al 100% de todas. Anteriormente quedaron 6 mujeres sin tratamiento durante su gestación además 4 de ella tuvieron un parto normal no se les realizó cesárea para evitar la transmisión vertical. Más del 50% eran mujeres entre edades de 19 a 30 años, ama de casa, de etnia Miskito y Creoles. (MINSA -SILAIS/ RACS, 2015)

II. ANTECEDENTES

Comportamiento a nivel internacional de la Transmisión vertical del VIH

A escala mundial, 2 millones [1,9 - 2,2 millones] de personas se infectaron con el VIH en el 2014, un descenso respecto a los 3,1 millones [3,0 - 3,3 millones] del 2010. Las nuevas infecciones por el VIH entre los niños han disminuido en un 58 % desde el año 2000. (ONUSIDA, 2015). Menos de 2,000 [1,300 - 2,900] niños contrajeron el VIH en el 2014.

Una alta cobertura de programas de prevención para la transmisión del VIH de madre a hijo ha ayudado a impulsar las reducciones de nuevas infecciones entre los niños, con un 79% [65-95%] de las 20,000 [17,000- 25,000] mujeres embarazadas con el VIH en la región de las Américas que recibían medicamentos antirretrovirales en el 2014. (ONUSIDA. America Latina , 2014).

Antecedentes de Seroprevalencia en mujeres Embarazada a nivel nacional.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la seroprevalencia del VIH-SIDA en 1,410 mujeres embarazadas que acudieron a los puestos y centros de salud del municipio de Chinandega en el período de diciembre del 2006 a noviembre del 2007. Entre los resultados se encontró las edades más frecuentes de 15- 24 años, de procedencia urbana, estado civil acompañadas, bajo nivel de escolaridad, amas de casa. El 54 % iniciaron su vida sexual entre 12 -16 años, y el 70 % nunca habían usado preservativo. La seroprevalencia encontrada fue de 0.35% (5/1410). La procedencia de la población estudiada, distribuida en la zona urbana con un 71% y el restante 29% provenientes del área rural. (Baca, Osorio , Matute, & Matus , 2009).

Antecedentes sobre el cumplimiento de protocolo para evitar la transmisión vertical a nivel nacional.

Se realizó un estudio analítico de corte transversal para analizar la situación de la transmisión vertical de VIH en 11 Unidades hospitalarias de Nicaragua en los años 2006 y 2007. El universo estuvo conformado por 55 Embarazadas seropositivas para VIH que acudieron a solicitar servicios de salud a los Hospitales Bertha Calderón de Managua,

Maternos de Chinandega, León, Masaya, RACCN, RACCS, Nueva Segovia, Madriz, Estelí, Rivas y Río San Juan.

Los resultados demostraron que: El 71% (39) tenía entre 20 y 35 años de edad, 25% (14) menores de 20 años (adolescentes) y las mayores de 36 años fueron 4%(2). De acuerdo al número de gestaciones que habían tenido las pacientes, el 50.9%(28) era multigesta, seguida de la primigesta con 40%(22) y la gran multigesta con el 9.1%(5). Se encontró que el 49%, se realizó de 1-3 controles prenatales, el 40% se hicieron 4 o más controles, el 9% de las madres no se efectuó ningún control y en el 1.8%(1 caso), no se registran datos. Los 4 casos de transmisión vertical, se dieron en las madres que habían tenido de 1 a 3 controles, la captación para la prevención de la transmisión vertical fue tardía.

Encontramos que el 63.8%(35) fue atendida por médico gineco-obstetra, el 14.5%(8) por médico general, el 10.9%(6) por médico internista y 10.9%(6) por medico de otra especialidad.

Al 32.7%(18) se hizo el diagnostico después de las 28 semanas de gestación. En el 81.8%(45) de los casos se utilizó terapia profiláctica antiretroviral. En cuanto a las intervenciones realizadas en los recién nacidos, el 81.8%(45) nació por vía cesárea y el 10.9%(6) por vía vaginal. (Corpeño , Bonilla, & Peña, 2009).

Estudio realizado por Crawford Wayland sobre el manejo que tiene el personal médico con las pacientes embarazadas con VIH/SIDA según protocolo del MINSA para la prevención de la transmisión vertical en el Hospital Nuevo Amanecer de Puerto Cabezas durante el período de Marzo 2007 a Marzo 2012. La razón del estudio se debió a la falta de monitoreo de los expediente para garantizar calidad en la atención que permita garantizar las acciones para evitar la transmisión del VIH de la madre al niño.

La población de estudio estaba constituida por 40 embarazadas diagnosticadas previamente y durante el embarazo. Los resultados demuestran que tenían entre 20 a 24 años el 40% seguidos de las adolescentes de 16 a 19 años con el 32.5% procedentes el 55.0% del área urbana, cuya etnia el 82.5% eran misquitos. El 27.5% de estas mujeres fueron captadas en

el control prenatal entre la 27 a 36 semana de gestación y solo el 15.0% fueron captada entre la 1 a 16 semana.

Para identificar los riesgos de infección que pudieron tener las mujeres viviendo con el virus de inmunodeficiencia adquirida a 57.5% se les evaluó los parámetros de laboratorio de CD4 y carga viral entre las 24 – 28 SG y entre la 35 – 37 SG respectivamente.

El 25.0% de las mujeres iniciaron la profilaxis para prevenir la transmisión vertical a las 14 semanas de gestación. De ellas recibieron TARV sin exposición previa a ARV, con CD4 < 350 ó clínicamente en fase SIDA, usando el 87.5% Triple terapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r.

La realización de la cesárea según protocolo de atención fue realizada a las 38 SG en el 77.5% de las mujeres atendidas. A los 100% de los hijos de madre VIH positivas, no se le realizó lavado gástrico con solución salina tibia al nacimiento. En 20.0% de los hijos de mujeres con VIH positivo entre las edades de 16 a 19 años no se les indicó PCR- DNA al momento de nacer el niño. Y al 10% de los hijos de madres captadas entre las 37 a 49 semanas de gestación no se indicó esta prueba tampoco. (Crawford, 2012).

Osorno y Ortega en el Hospital Amistad Japón Nicaragua también realizaron el estudio de Manejo del personal médico que atiende a pacientes embarazadas con VIH/SIDA según protocolo para la prevención de la transmisión vertical en el período de junio 2008 a diciembre 2012. Donde la razón de ser del estudio también se debió a la falta de evaluación de la norma que garantice la calidad de la atención para la transmisión de la prevención vertical, la población de estudio estuvo constituida por 6 pacientes embarazadas viviendo con el VIH. Además este estudio evaluó el conocimiento de la aplicación de la norma a 15 recurso médico especialista de Ginecobstetricia, Pediatría e Internista que todos estos deben atender en algún momento a estas pacientes.

Los resultados demuestran que tenían entre 20 a 24 años el 50.0%, seguidos de las mujeres de 30 a 34 años con el 33.3%, procedentes el 83.3% del Municipio de Granada, y de escolaridad secundaria el 66.5%, el 50.0% era su primer hijo el que iba a nacer, también se logra observar que el 50.0% fueron captadas entre las 10 a 16 semanas de gestación.

Al 66.6% se le evaluó los parámetros de laboratorio de CD4 y carga viral y se descarta sífilis mediante prueba de VDRL al 83.3% en el primer trimestre de gestación. El 50.0% de los expedientes evidencian que se descartó toxoplasmosis mediante estudio de IgG e IgM entre la 24 – 28SG, pero se logra evidenciar que solamente a 16.7% se evalúa contacto con Tuberculosis mediante Prueba de PPD, Basiloscofia o mediante Radiografía de tórax.

Se logró identificar que al 16.7% de las embarazadas se le inició Profilaxis para evitar la transmisión Materna. El 33.3% de las usuarias recibieron triple terapia de AZT mas 3TC mas NVP o LPV/r que fueron indicado cuando ya habían tenido una exposición a antirretrovirales con conteo de CD4 menor 350 o clínicamente en fase SIDA y el 66.6% que la otra parte de los pacientes recibieron esta triple terapia sin haber tenido exposición previa con CD4 mayor de 350 sin evidenciar estar en fase SIDA.

Al 100% de los recién nacidos de madres VIH positivo no se administró Zidovudina por presentar menos de 50 copias e igual o más a esta cantidad. Se encontró que lo referente a la consejería post parto al 16.7% de los expedientes tenía consignado el hecho de reforzar la idea en la madre de dar seguimiento a la terapia antirretroviral.

Existen debilidades en el personal médico sobre la terapéutica específica para cada caso de paciente en las diferentes circunstancias; tal es el caso que el 70.0% de los médicos refirieron conocer el uso de la Zidovudina en infusión IV, previa a la cesárea. Encontramos que el 13.3% de los Ginecobstetras no conocen que hay que cambiar campos de la cirugía al momento de la Histerectomía. (Osorno & Ortega , 2013).

Otros estudios sobre transmisión vertical, realizados en otros hospitales ni en Bluefields no fue posible encontrar hasta este momento.

III.JUSTIFICACIÓN

Desde el inicio de la epidemia del sida se reconoció la transmisión vertical como una vía relevante de adquisición de la infección por el VIH. De hecho, la tasa de transmisión vertical ha variado en diferentes estudios entre 13 - 48%, dependiendo del lugar de estudio y de si las madres infectadas amamantaban o no a sus hijos. (MINSA - Nicaragua , 2008). Según datos del SILAIS/RACCS, hay 4 niños de las 26 madres captadas embarazadas con VIH confirmado que fueron infectados por transmisión vertical siendo 15.0%, de ello uno en condición fallecido. Se conoce que hay 4 en condición actual desconocida por falta de seguimiento. (Perdidas del programas). (MINSA -SILAIS/ RACCS, 2015)

Desde el año 2008 que se formuló y divulgó la guía de manejo para la exposición vertical elaborado por MINSA con el objetivo de realizar intervenciones durante el embarazo administrando terapia antirretroviral en la madre, el nacimiento por cesárea, la no lactancia materna y el uso de antirretrovirales en el recién nacido, se pretende reducir la transmisión de un 25% a 1%, sin embargo las cifra en la RACCS es de 15% actualmente con un 15% que no se conoce. Es importante evaluar el uso de la guía para identificar debilidades que pueden estar influyendo para que estas cifras sean menores.

Muchas de las instituciones de salud que incluye la RACCS tienen muchas limitaciones técnicas operacionales y de recursos económicos para permitir el fiel cumplimiento a la guía y lograr cifras bajas de infecciones por transmisión vertical tanto es así que no se conoce la primer evaluación posterior a la implementación de dicha norma por parte de la misma institución que la ejecuta. Pretendemos con el presente trabajo identificar posibles debilidades que tenga que influir en la falta de alcanzar el objetivo de reducir la transmisión vertical. Se realizara análisis exhaustivos a cada caso que permita generar recomendaciones específicas para las acciones médicos terapéuticas y a nivel gerencial que logre que haya menos niños infectados.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo que tienen las pacientes embarazadas con VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para la prevención de la Transmisión Vertical en el Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields – RACCS de Enero 2010 a Diciembre 2014?

V.OBJETIVOS

Objetivos General

Evaluar el manejo que tienen las pacientes embarazadas con VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para la prevención de la Transmisión Vertical en el Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco del Municipio de Bluefields – RACCS de Enero 2010 a Diciembre 2014.

Objetivos Específicos.

1. Caracterización de las embarazadas con VIH que fueron atendidas por el programa.
2. Conocer el manejo clínico y terapéutico durante los controles prenatales que tuvieron las mujeres en estudio.
3. Identificar la atención al parto y del recién nacidos que tuvieron las parturientas en estudio y las recomendaciones del puerperio.

VI.MARCO TEÓRICO

○ Epidemiología

Con relación al comportamiento del VIH en la población general por SILAIS se encontró que el 52.4 % (530) de las personas confirmadas corresponden a Managua, seguido de Chinandega con el 11.7 % (119) y en tercer lugar Masaya con el 6.23 % (63), Seguido por León 5.63% (57) y RAAN 5.2% (53) las Regiones Autónomas aportaron el 6.82% (69). Donde 53 eran de la Región Autónoma del Caribe Norte (RACCN) y 16 en la Región Autónoma de la costa Caribe Sur (RACCS)

Al concluir el 2012 el Componente Nacional de ITS, VIH y Sida registra un total de 146 embarazadas con VIH captadas, de las cuales 114 son nuevos diagnósticos y 32 habían sido captadas en años anteriores, de las cuales 146 recibieron profilaxis para disminuir la transmisión materna infantil.

La Población de Mujeres embarazadas con necesidad de profilaxis para la prevención de Transmisión Materno infantil del VIH para el año 2012, acordado en Marco de Desempeño con Fondo Mundial es de 173, han sido captadas 146 logrando alcanzar 84% de lo estimado; el país logro suministrar profilaxis al 100% de las mujeres embarazadas captadas.

De acuerdo a estudio de sitios centinela realizado del 24 de Octubre al 24 de Noviembre 2012 la prevalencia de embarazadas según es de 0.03%, resultando en este estudio una embarazada positiva de 2,677 tamizadas, tasa aún menor que la reportada en el estudio realizado en 2009 que fue del 0.11%. Con respecto a la trasmisión vertical según registros del MINSA hay 7 niños con resultado positivo al primer ADN, menores de 12 meses y 1 niño en los dos primeros meses de vida. (Comisión Nicaragüense del sida , 2012).

○ Definición de transmisión vertical

La transmisión vertical, también conocida como la transmisión de madre a hijo, es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre al niño inmediatamente antes y después del parto durante el período perinatal.

- Momentos de la transmisión vertical

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

En el Parto y puerperio inmediato por las secreciones contaminadas que queda impregnado el recién nacido, se produce un 50% de los casos constituyendo el principal momento de transmisión. Durante la lactancia materna ocurren entre el 15 y 20% de los casos. (MINSA. Nicaragua, 2012).

Hay estudios que sugieren que el 50-70% de la transmisión vertical del VIH puede ocurrir intraparto y el riesgo de transmisión de madres infectadas después del parto es de alrededor de un 29%. Si la madre se ha infectado alrededor del parto, el riesgo estimado para el niño a través de la lactancia materna es de aproximadamente un 14%. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección, este porcentaje desciende notablemente con el uso de terapia antiretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada. (Ministerio de Salud. Chile , 2015)

- Factores de riesgo para la transmisión vertical del VIH.

Factores Maternos:

- a) Madres con enfermedad avanzada de VIH, con contaje de CD4 bajo y presencia de antigenemia P24, parecieran ser mas propensas a transmitir el virus a sus hijos. Igualmente, las madres con alta carga viral se asocian a alto riesgo de transmisión. Dos estudios recientes reportan que cargas virales por encima de 100.000 copias/ml tienen un riesgo de transmisión hasta un 40.6% descendiendo hasta un 0% con carga viral menor de 100.000 copias/ml.
- b) La drogadicción endovenosa durante el embarazo con contaje de CD4 bajo y el hábito del tabaquismo materno, han sido asociados con el aumento del riesgo de transmisión perinatal.

- c) Algunos estudios sugieren que la edad materna (por cada 5 años por encima de los 25 años) pudiera estar relacionado con un aumento del riesgo de transmisión sin embargo no está comprobado aun.
- d) La mucosa vaginal tienen un gran área de superficie y las microlesiones que ocurren durante la relación sexual pueden ser la puerta de entrada para el virus, siendo este un aspecto importante sobre todo en las mujeres más jóvenes. También cobra importancia el hecho que en las relaciones sexuales violentas o forzadas aumentan las lesiones vaginales y por lo tanto hay un mayor riesgo de transmisión del VIH.

Factores Obstétricos:

- a) Se han realizado estudios valorando la relación entre transmisión vertical y modo de parto. Con esto se demuestra que la cesárea electiva es capaz de disminuir la transmisión en un 50% en comparación con otros métodos de parto, el cual unido a la utilización de la terapia antiretroviral con ZDV en la etapa perinatal, intraparto y neonatal como está descrito en el protocolo puede disminuirse hasta 87%.
- b) Otros factores de riesgo que están involucrados son la ruptura prematura de membranas, la presencia de corioamnionitis y de úlceras genitales. Así mismo, también están asociadas las enfermedades de transmisión sexual que puedan estar en estado de coinfección con el virus de VIH, observándose que si la ruptura de membranas es mayor de 4 horas hay mayor posibilidad de aumentar esta tasa.

Factores relacionados al feto:

- a) Niños prematuros y con muy bajo peso al nacer pueden ser de alto riesgo para adquirir la infección. Esta asociación pudiera ser la consecuencia de la infección por VIH in útero, lo que resulta en anomalías en el desarrollo fetal y parto prematuro. Es posible que el prematuro tenga cierta inmadurez en el desarrollo del sistema inmune, lo cual lo hace más susceptible a la infección durante el parto. El orden de nacimiento de gemelos se ha relacionado con riesgo de infección. Cuando el modo de parto es vaginal el primer feto tiene un riesgo de infección de 35% a diferencia del segundo de un 15%. Si el modo de parto es cesárea el riesgo baja a un 16% y 8% respectivamente.

Lactancia Materna:

- a) El VIH-1 ha sido aislado en la leche materna y el VIH DNA en la mayoría de las muestras de leche provenientes de madres infectadas por VIH. Durante los meses 2 – 6, después del parto, la incidencia de transmisión a través de la lactancia es de 0.7% por mes con un riesgo acumulativo de 3.5%, de 6 -11 meses es de 0.6% por mes y desde los 12 a 18 meses con un riesgo acumulativo de 7.0% y 8.9% respectivamente.

En un metanálisis de cinco estudios de transmisión postnatal, el riesgo de transmisión a través de la lactancia fue de 14% en mujeres con infección por VIH ya establecida y de un 29% en aquellas mujeres que desarrollaron la infección primaria durante el período de postparto. (Benavides, 2004).

- Pilares de atención para la prevención de la transmisión vertical del VIH.

Se han evidenciado cuatro pilares fundamentales para la prevención de la transmisión vertical: (MINSA - Nicaragua , 2008)

- ✓ Prevención Primaria: se refiere a evitar que se presenten nuevos casos de infección por VIH en la población en general.
- ✓ Prevención de embarazos en mujeres que viven con el VIH: en este sentido se debe evitar que las mujeres con VIH salgan embarazadas.
- ✓ Prevención de la transmisión vertical: se trata de evitar que la madre con VIH transmita el virus a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia.
- ✓ Provisión de atención, tratamiento y apoyo a la mujer embarazada que vive con el VIH, sus hijos y su familia: se debe asegurar a la embarazada con VIH una atención integral que abarque aspectos médicos, psicológicos y sociales.

Cada momento de transmisión tiene sus propios mecanismos, factores de riesgo e intervenciones potenciales.

La prevalencia de la transmisión vertical del VIH oscila entre 13 y 48% cuando no se realizan intervenciones encaminadas a disminuir la posibilidad que ocurra este evento,

variando de 13 a 30% en países desarrollados, y alcanzando hasta 35 - 48% en países en vías de desarrollo. Sin embargo cuando se toman medidas como la administración de fármacos antirretrovirales a la embarazada y al recién nacido, la realización de cesárea electiva y consejería ofreciendo opciones seguras de alimentación al bebé y no brindando lactancia materna, este riesgo puede disminuir hasta menos de 2%.

- Patogénesis de la transmisión vertical.

Se considera que la evolución de la infección se relaciona más con la condición inmune que esté viviendo la paciente en el momento de la gestación, especialmente el nivel de linfocitos existentes, así como la viremia; la suma de estos eventos favorecería la instalación de enfermedades oportunistas, que afectarían la evolución propia del embarazo.

La transmisión vertical de la infección por VIH, se establece de forma perinatal. En la etapa prenatal, se ha considerado que si bien la placenta puede jugar un papel protector como mecanismo de barrera durante las fases tempranas de la gestación, la infección del trofoblasto por linfocitos T CD4+ pueden funcionar como un “acumulador” de elementos virales y favorecer la transmisión hematogena en el último trimestre del embarazo, especialmente durante el periodo de trabajo de parto.

El total de factores que influyen en la transmisión vertical de la infección, aún no son bien conocidos, sin embargo, las asociaciones que con mayor frecuencia se mencionan son: la condición clínica de la madre durante el embarazo, así como su estado de respuesta inmune (nivel de linfocitos CD4+), estado virológico (carga viral) y la participación concomitante de infecciones transmitidas sexualmente en la madre, especialmente aquellas que manifiestan durante su curso clínico la presencia de lesiones de tipo ulcerativa como la sífilis, herpes genital o chancro.

La fase más importante de la transmisión se encuentra durante el momento del trabajo de parto y el período expulsivo. Algunas condiciones obstétricas como el desprendimiento de la placenta, la ruptura prematura de las membranas ovulares, los partos traumáticos, así como todo aquello que propicie un mayor o más prolongado contacto del feto con las

secreciones y sangre materna infectada, son involucradas entre las de mayor asociación con la infección del feto. (Abizanda, 2000)

- Consejería para el VIH.

La consejería se fundamenta en la interacción y en la relación de confianza que se establece entre el profesional de la salud y la usuaria. Por tanto, el papel del profesional es escuchar las preocupaciones y dudas de la usuaria así como aconsejarla sobre el diagnóstico temprano en el niño, tratamiento durante la gestación, profilaxis al neonato y plantear la posibilidad de una cesárea electiva.

Por lo tanto es necesario que exista, por parte del profesional, el desarrollo de habilidades para la realización de preguntas sobre la vida íntima de la usuaria, con la finalidad de proporcionar herramientas que faciliten la reflexión y la superación de dificultades, una adopción de prácticas seguras y la promoción de calidad de vida. Para que todos estos objetivos sean alcanzados, es fundamental que, durante toda la consejería, el lenguaje utilizado sea accesible para la usuaria.

El diagnóstico de infección por el VIH, cuando se realiza al inicio del embarazo, posibilita mejores resultados relacionados con el control de la infección materna y, consecuentemente, mejores resultados en la profilaxis de la transmisión vertical del VIH. Por este motivo, la prueba de detección del VIH debe ser ofrecida a todas las embarazadas tan pronto se inicie la atención prenatal. La realización de estas pruebas debe ser siempre voluntaria y confidencial. (MINSA - Nicaragua , 2013)

- Diagnóstico de infección por VIH en el embarazo.

Toda embarazada debe tener la oportunidad de realizarse la prueba diagnóstica para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para ello es importante ofrecerla durante la atención prenatal.

La oferta rutinaria de estas pruebas de detección y la consejería a todas las embarazadas se considera como parte integral de la atención prenatal y se orientará idealmente en la primera visita de la paciente a cualquier unidad del sistema de salud.

Cuando el resultado de esta prueba diagnóstica no sea reactivo, es recomendable repetirla en el tercer trimestre del embarazo (28 semanas de gestación), debido a que en este periodo se presentan la mayoría de casos de transmisión vertical en la gestante.

Es preferible utilizar las pruebas rápidas de detección del VIH con resultados disponibles el mismo día, ya que así se reduce el retraso diagnóstico y se aumenta la proporción de mujeres que reciben los resultados de esta prueba.

Si el resultado es reactivo positivo se le realizará una segunda prueba rápida con una nueva muestra de sangre con un principio diferente, que tienen como principio un ensayo inmunocromatográfico.

Si el resultado de esta segunda prueba no es reactivo se reportará como tal, se brindará consejería y se le explicará a la usuaria que es necesario hacer pruebas confirmatorias (prueba de análisis Inmunoenzimático denominado ELISA).

En Nicaragua existen las pruebas cuyos nombres comerciales son “Unigold”, “Capillus”, “Hexagón”, “Determinex” y “Orgenic”. Las pruebas rápidas se realizarán en las unidades de atención primaria o en los hospitales y luego la prueba confirmatoria de ELISA se realizará en los hospitales o laboratorios de referencia de cada SILAIS.

Si la prueba de ELISA es negativa se brindará consejería y se recomendará repetir la prueba en 3 – 6 meses. Si el resultado es positivo o indeterminado, se enviará la muestra al “Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia” para la realización de una nueva prueba confirmatoria denominada Western Blot, si esta última es negativa o indeterminada se brinda consejería y se repetirá en 3 – 6 meses.

Si es positiva se procederá a diagnosticar a la usuaria como persona con el VIH, se brindará consejería y se evaluará de acuerdo a los protocolos de atención integral. En la embarazada, al tener dos pruebas rápidas reactivas con principio diferente, se continuará el diagnóstico ya descrito, sin embargo se procederá a evaluar el inicio de terapia antiretroviral para prevención de la transmisión vertical. (MINSAL - Nicaragua , 2008)

- Atención prenatal de embarazadas con VIH.

Una vez identificada la embarazada con VIH, será informada sobre la condición de la infección, sus opciones terapéuticas, modificación de conductas de riesgo así como el riesgo de transmitir el VIH a su hijo próximo a nacer. La evaluación de la gestante se realizará de acuerdo a criterios clínicos, inmunológicos, virológicos, epidemiológicos y psicosociales.

En general, el control del embarazo debe basarse en el control de los parámetros analíticos relativos a la infección por VIH y al embarazo, en la vigilancia de los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y en el control del bienestar fetal.

Las embarazadas diagnosticadas con VIH en unidades de atención primaria deberán ser referidas a los hospitales departamentales para ser evaluadas por el equipo multidisciplinario para iniciar la terapia antirretroviral (TAR). Si en las unidades de atención primaria se brinda TAR deberá de ser evaluada por el equipo de atención integral a cargo.

Una vez evaluada e indicada la TAR será contra-referida a la unidad de salud de donde procede para continuar su atención prenatal. Además debe continuar con un seguimiento por parte de la unidad de salud donde se le brinda la TAR. (MINSA - Nicaragua , 2008)

- a. Consulta inicial de la embarazada con VIH

Una atención integral a la mujer embarazada con VIH exige una adecuada coordinación y comunicación entre el equipo de atención integral del primer nivel de atención y el equipo multidisciplinario del segundo nivel de atención para facilitar la evaluación de la usuaria y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

El objetivo general es reducir la transmisión vertical por lo que toda embarazada con VIH debe recibir terapia antirretroviral, esto no dependerá de su estado inmunológico, virológico o clínico.

En cambio la instauración de fármacos antirretrovirales como esquema en forma de tratamiento sí dependerá del estado clínico, inmunológico o virológico de cada paciente.

La evaluación inicial de una embarazada recién diagnosticada como portadora del VIH debe ser dirigida según las necesidades específicas de cada mujer. Sin embargo, algunos aspectos deben ser siempre considerados: (MINSA - Nicaragua , 2008)

Aspectos generales:

- Establecer un vínculo sólido de confianza.
- Iniciar la recolección de información.
- Evaluar el nivel de conocimiento de la paciente sobre la enfermedad.
- Identificar otras necesidades de salud, incluido salud mental, uso de alcohol y otras drogas.
- Evaluar la necesidad de intervención psicosocial.
- Describir la infección por VIH y su evolución, enfatizando el impacto favorable de la TAR en la calidad y expectativa de vida.
- Abordar la posibilidad de transmisión vertical, las probabilidades y las medidas existentes de reducción de esta forma de transmisión.
- Historia previa y actual del tratamiento con fármacos antirretrovirales.

Historia clínica completa:

- Datos generales, antecedentes gineco-obstétricos, historia de consumo de alcohol y otras drogas.
- Realizar examen físico completo: determinar el estadio clínico de la infección por VIH, identificar alguna condición que exija una intervención inmediata, como signos y síntomas sugestivos de manifestaciones de infecciones oportunistas o de otras ITS.
- Valoración obstétrica: edad gestacional y bienestar fetal, realización de ecografía obstétrica.
- Evaluación del estado nutricional.

Exámenes de laboratorio:

- Tipo Sanguíneo
- BHC
- EGO y urocultivo
- Glucemia en ayunas
- Pruebas de función renal: creatinina, nitrógeno de urea.

- Perfil lipídico: colesterol y triglicéridos
- Enzimas hepáticas: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas, amilasa sérica, CPK.
- Serología para hepatitis B y C.
- Serología para toxoplasmosis: IgG e IgM.
- Serología para sífilis.
- Toma de muestra para citología cervical y exudado vaginal.
- Cuantificación de linfocitos T CD4+.
- Determinación de la carga viral.
- Evaluación de resistencia viral mediante genotipificación del virus en toda embarazada con VIH con exposición previa a antiretrovirales o con fracaso virológico.
- Realización de PPD.

Evaluación de TAR

Determinación del esquema de terapia antiretroviral más adecuado de acuerdo a la valoración de los parámetros arriba mencionados y momento de inicio (ideal a partir de la 14 semana de gestación). (MINSA - Nicaragua , 2008)

b. Consultas subsecuentes:

Se realizarán de acuerdo al estado de salud general de la paciente, siendo mensuales cuando la paciente se encuentre en buenas condiciones y más frecuentes según valoración del médico. En cada control debe evaluarse:

Aspectos generales

- Fortalecer el vínculo sólido de confianza establecido en la consulta inicial.
- Continuar la recolección de información.
- Identificar otras necesidades de salud, incluido salud mental, uso de alcohol y otras drogas.
- Evaluar la necesidad de intervención psicosocial.
- Abordar aspectos relacionados con la planificación familiar tanto de la paciente como de su pareja.
- Orientar sobre prácticas adecuadas de alimentación.

Evaluación Clínica y Obstétrica

- Realizar examen físico completo: valorar el estado clínico general de la usuaria e identificar alguna condición que exija una intervención inmediata, como signos y síntomas sugestivos de infecciones oportunistas o de otras ITS.
- Valoración obstétrica: edad gestacional, bienestar fetal, evaluación del crecimiento fetal mediante la medición de la altura de fondo uterino en cada cita y realización de ecografía obstétrica cuando sea necesaria. Se necesitan al menos tres ultrasonidos obstétricos durante el embarazo:

Al ingreso al programa de atención prenatal.

Entre las 24 y 28 semanas de gestación.

Entre las 37 y 38 semanas de gestación.

- Evaluación del estado nutricional.

Exámenes de Laboratorio:

- BHC, repetir cada dos meses
- EGO, realizar un control entre las 24 y 28 semanas de gestación y a las 36 semanas.
- Glucemia en ayunas, realizar un control entre las 24 y 28 semanas de gestación y a las 36 semanas.
- Pruebas de función renal: creatinina, nitrógeno de urea, realizar un control entre las 24 y 28 semanas de gestación y a las 36 semanas.
- Perfil lipídico: colesterol y triglicéridos, realizar un control entre las 24 y 28 semanas de gestación y a las 36 semanas.
- Enzimas hepáticas: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas, amilasa sérica, CPK. Se realizará un control cada dos meses de acuerdo al esquema de TAR utilizado.
- Serología para toxoplasmosis: IgG e IgM. Realizar un control entre las 24 y 28 semanas de gestación si el resultado de la primera prueba fue positivo.
- Serología para sífilis (VDRL), realizar un control a las 28 semanas de gestación.
- Cuantificación de linfocitos T CD4+ y determinación de la carga viral, se realizarán controles entre las 24 y 28 semanas de gestación y entre las 34 y 35 semanas, esta última cuantificación servirá para definir la vía de nacimiento. También se realizarán controles cuando existan resultados discrepantes.

Evaluación de TAR.

- Evaluar y reforzar la adherencia al tratamiento.
- Reconocer de forma precoz cualquier evento adverso al uso de TAR.
- Evaluación de uso de profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* con trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg, una tableta diario después del primer trimestre y hasta dos semanas antes del nacimiento. Esto se valorará de acuerdo al nivel de linfocitos CD4+ siendo indicado cuando el nivel sea menor de 200 células/ml.
- Durante el primer trimestre debe evitarse el uso de fluconazol, itraconazol, trimetoprim-sulfametoxazol.
- Las usuarias que llevan su atención prenatal en las unidades de atención primaria, deben ser referidas a los hospitales departamentales de referencia a las 34 semanas de gestación para que se valore la vía de nacimiento y se programe su cesárea en el caso que esta fuera la opción elegida de acuerdo a los criterios establecidos.
- Se deben establecer adecuados canales de comunicación entre el primer y segundo nivel de atención para referir y contra-referir a todas aquellas usuarias que así lo ameriten de acuerdo a la valoración del equipo multidisciplinario.

c. Terapia antirretroviral durante el embarazo

El objetivo de la TAR en la gestación es prevenir la transmisión vertical, preservando la salud de la madre y el hijo y evitar la aparición de resistencias que limiten futuras opciones terapéuticas.

En el embarazo, se producen cambios hemodinámicos en todas las mujeres, con o sin infección por el VIH. Las mujeres con VIH tienen un menor recuento de linfocitos CD4+ durante el embarazo frente al período posparto, debido en parte a la hemodilución relacionada con el embarazo. A pesar de lo anterior, las normas de la OMS recomiendan utilizar TAR en todas las embarazadas con infección por VIH independientemente del conteo de linfocitos CD4+.

Al utilizar TAR es importante tener claro dos conceptos de su uso durante el embarazo: profilaxis de transmisión vertical y tratamiento propio de la infección por VIH.

Mientras no se dispongan de más datos la OMS ha dispuesto utilizar como umbral de tratamiento el límite de 350 linfocitos CD4, especialmente en aquellas mujeres en estadios clínicos 1 y 2.

En el primer caso (profilaxis), el uso de TAR tiene como único objetivo prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo por la vía vertical, ya que el estado clínico e inmunológico de la embarazada es adecuado (linfocitos CD4+ de 350 o más) y no necesita tratamiento propio para su enfermedad y por tanto la terapia podrá ser suspendida en el posparto de acuerdo a la valoración realizada en ese período por el médico que maneja el caso. (MINSA. Nicaragua, 2012)

En el segundo caso (tratamiento), el estado clínico e inmunológico de la paciente (linfocitos CD4+ menor de 350) amerita el uso de TAR como tratamiento propio de la infección por VIH y por tanto aunque la mujer haya finalizado su embarazo debe continuar con la terapia antiretroviral.

El riesgo de transmisión se relaciona estrechamente con la vía de nacimiento y con ciertos factores maternos como la carga viral plasmática, el conteo de linfocitos CD4+ y la lactancia materna. El factor materno más importante asociado al riesgo de transmisión vertical en gestantes que toman TAR es la carga viral, siendo el objetivo principal de la TAR mantenerla indetectable durante la gestación. (MINSA. Nicaragua, 2012)

Con el fin de prevenir la transmisión vertical, debe aspirarse a alcanzar la supresión viral en la embarazada, estableciéndose un límite inferior de 1000 copias/ml, por encima del cuál se debe realizar una cesárea electiva. Se ha descrito una tasa de transmisión de 0,96% en mujeres con carga viral inferior a 1.000 copias/ml tratadas con antiretrovirales y de 9,8% en mujeres no tratadas en el mismo rango de carga viral plasmática (inferior a 1.000 copias/ml), lo cual demuestra la importancia de la TAR incluso en madres con carga viral baja. (MINSA. Nicaragua, 2012)

Cuándo comenzar la TAR.

La mayoría de los casos de Transmisión Vertical del VIH se producen durante el parto y/o en las últimas semanas de gestación. A pesar de ello, un número pequeño de casos de transmisión se ha comunicado durante las primeras semanas de gestación, y se ha detectado la presencia del virus en el líquido amniótico.

Así, por un lado, parecería lógico iniciar la TAR en fases avanzadas de la gestación pero, por otro, un inicio precoz del mismo ayudaría a evitar, teóricamente, esos posibles casos de transmisión en fases tempranas de la gestación.

Por otra parte, el desarrollo embrionario finaliza en torno a las 12 semanas y después de este período la posibilidad de eventuales efectos teratógenos disminuye.

A pesar de lo expuesto anteriormente, el dilema de cuando empezar es más teórico que práctico, ya que la mayoría de mujeres que conviven con el VIH y que no están recibiendo terapia antiretroviral conocen su estado de embarazo más allá de las 6-8 semanas y, además, los resultados de las distintas determinaciones analíticas, conducen a que la toma de tal decisión se prolongue al menos hasta la décima semana. Como norma general, en una embarazada sin terapia previa, el inicio de la misma se realizará a las 14 semanas de gestación.

Se recomienda iniciar la TAR en todas las embarazadas, independientemente de los parámetros virológicos, inmunológicos o clínicos, si bien, a la hora de diseñar un esquema terapéutico, deberán considerarse todos los datos conocidos sobre seguridad, eficacia, farmacocinética de cada fármaco, además del estudio de resistencias, siempre que sea posible. (MINSA. Nicaragua, 2012)

Cambios de fármacos antirretrovirales.

Los cambios de terapia antiretroviral durante el embarazo van a estar condicionados por la aparición de efectos adversos o por falta de eficacia. Sin embargo, si el diagnóstico del embarazo acontece en una mujer que ya estaba recibiendo terapia, la primera medida será la sustitución de los fármacos con potencial teratógeno (efavirenz, hidroxiurea, zalcitabina)

y de los fármacos no recomendados (tenofovir, fosamprenavir, amprenavir, atazanavir) por otros que brinden mayor seguridad durante el embarazo.

Esquemas de tratamiento recomendados

La terapia antiretroviral ha sido el factor de mayor impacto en la disminución de la transmisión vertical del VIH, obteniendo tasas muy bajas con el uso de TAR. Por lo anterior esto constituye el tratamiento de elección en la embarazada con VIH ya que los beneficios logrados en la madre y su hijo superan en mucho los riesgos potenciales de su utilización.

Antes de iniciar la administración de terapia antiretroviral, se deben realizar las pruebas de laboratorio “Consulta inicial de la embarazada con VIH” incluyendo la cuantificación de la carga viral y de linfocitos CD4+. Las embarazadas con VIH que ya estaban recibiendo terapia antiretroviral previo al embarazo deben ser informadas de los potenciales riesgos y beneficios de continuar con la misma considerando siempre evitar fármacos potencialmente teratogénicos, los cuales de estar presentes en el esquema previo deberán ser cambiados a otros más adecuados en la gestación.

Siempre que sea posible, la zidovudina debe formar parte de cualquier esquema terapéutico que se decida utilizar durante el embarazo. Lo anterior se debe a las claras ventajas que esta ofrece como son: excelente paso trasplacentario, buena tolerancia y necesidad de varias mutaciones genéticas para inducir resistencia.

La lamivudina, aunque tiene también un adecuado paso trasplacentario y es bien tolerada, tiene el inconveniente que solo se requiere una mutación genética para inducir resistencia la cual se presenta rápidamente en presencia de replicación viral cuando se usa sola o en combinación con zidovudina por lo que se recomienda utilizarla únicamente en terapia triple.

La nevirapina, es otro de los fármacos antiretrovirales más utilizados en la gestación por que atraviesa adecuadamente la barrera placentaria. Ésta posee una frágil barrera genética que favorece el desarrollo de mutaciones que confieren resistencia a todos los fármacos de

la clase ITRNN. Esto se presenta con un 20% de frecuencia en individuos expuesto a su administración como monoterapia, por lo que esta debe evitarse y solo se indicará en terapia triple.

Deben evitarse fármacos antirretrovirales con conocida teratogenicidad como el Efavirenz, las hidroxiureas, el amprenavir (solución oral) o el indinavir.

En el embarazo se recomiendan los esquemas triples de terapia antiretroviral ya sea como tratamiento o como profilaxis de transmisión vertical. En general, estos esquemas estarán conformados por dos fármacos del grupo de Inhibidores de la transcriptasa Inversa Análogos Nucleósidos (ITRAN) y otro fármaco del grupo de Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (ITRNN) o del grupo de Inhibidores de la Proteasa (IP) de acuerdo a la valoración individual de cada caso.

El esquema conformado por zidovudina, lamivudina y nevirapina ó Lopinavir/ritonavir (AZT + 3TC + NVP ó LPV/r) se considera de primera línea y generalmente es bien tolerado. No obstante, por el riesgo de hepatotoxicidad de la Nevirapina, en mujeres con CD4+ mayor de 250 no es recomendable utilizarla y es preferible usar el Lopinavir/ritonavir.

Si solo se dispone de nevirapina y la embarazada tiene un número de linfocitos CD4+ arriba de 250, al utilizarla es necesario un monitoreo estrecho en busca de manifestaciones clínicas o de laboratorio que sugieran este efecto adverso. El monitoreo consiste en alertar a la mujer acerca de los síntomas que requieren atención urgente (como ictericia, erupción cutánea, fiebre y dolor abdominal), programar citas cada 2 semanas y evaluar enzimas hepáticas al inicio del tratamiento y cada 4 semanas durante las primeras 12 semanas de terapia.

Otros esquemas recomendados como de segunda línea de acuerdo a la presencia de reacciones adversas o resistencia documentada son:

- Zidovudina + Lamivudina + Saquinavir con ritonavir
- Abacabir + Lamivudina + Lopinavir con Ritonavir. Con este esquema hay poca experiencia en el embarazo y se debe tener presente el riesgo de hipersensibilidad con el abacabir.

En el caso de ser imprescindible la suspensión temporal de la TAR, por ejemplo por hiperémesis gravídica que justifique esto, los fármacos antirretrovirales deberán ser suspendidos conjuntamente. Sin embargo, cuando se esté utilizando nevirapina como parte del esquema de terapia antirretroviral, esta debe suspenderse 14 días antes del resto de fármacos para evitar la aparición de resistencias.

- Atención del parto.

Es conocido que aproximadamente el 65% de los casos de transmisión vertical se producen durante el nacimiento, por lo que una adecuada valoración de esta vía influirá directamente en el resultado perinatal de dicha transmisión. Durante el parto, el feto se ve expuesto a la sangre y a las secreciones maternas que pueden contener el VIH. Aunque el mecanismo exacto por el que se produce la transmisión vertical no ha sido identificado, las posibles causas incluyen las microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones, el ascenso del virus a través de la vagina y el cérvix una vez que las membranas se han roto, y la absorción del virus a través del tracto digestivo del niño.

Aunque el factor aislado que mejor predice la transmisión vertical es la carga viral plasmática Materna, en distintos estudios, realizados desde 1998, se ha demostrado una reducción de hasta el 50% en las tasas de transmisión cuando se realiza una cesárea electiva; esto es, antes del inicio del parto y antes de que se produzca la rotura de las membranas ovulares.

Además, si a la decisión de realizar una cesárea electiva se le agrega el uso de zidovudina (AZT) intravenosa previo a la cesárea de acuerdo al esquema propuesto por el PACTG 076,

la disminución de la transmisión es todavía mayor. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la reducción de la carga viral plasmática y a la programación de la vía del nacimiento.

Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la reducción de la carga viral plasmática y a la programación de la vía del nacimiento.

Evaluación de la vía de nacimiento

Para hacer una adecuada valoración de la vía del parto, es necesario realizar una cuantificación de la carga viral plasmática entre las 34 y 35 semanas de gestación. El objetivo fundamental de la TARA durante el embarazo es disminuir al máximo la carga viral plasmática de esta forma, reducir la transmisión vertical.

Si no es posible realizar esta cuantificación, aunque exista un conteo previo a estas semanas, se considera la carga viral desconocida en términos de la decisión de la vía del parto.

Existen dos situaciones posibles ante esta cuantificación:

- Carga Viral mayor o igual a 1000 copias/ml, para esto la selección más adecuada de la vía de nacimiento es la cesárea, ya que ofrece mayor seguridad en cuanto al riesgo de transmisión vertical.
- Carga Viral menor de 1000 copias/ml, en este caso la cesárea electiva no parece ofrecer una disminución de la transmisión vertical, por lo que si la paciente reúne las condiciones obstétricas para la vía vaginal, ella debe conocer los riesgos y beneficios tanto de la cesárea como del parto para poder decidir con el médico la vía de nacimiento.
- Es importante recordar que la cesárea implica una mayor morbimortalidad que el parto vaginal, tanto en embarazadas con VIH como en pacientes seronegativas, pero a su vez, diversos estudios han demostrado que existe menor tasa de transmisión vertical con solo realizar cesárea en comparación al parto vaginal.

En los casos que la usuaria con VIH haya recibido solo monoterapia con zidovudina como profilaxis de transmisión vertical, siempre debe realizarse cesárea electiva independientemente de la carga viral al final del embarazo.

Siempre se deben mantener los antiretrovirales orales independiente de la vía de nacimiento.

Si el parto es por cesárea se valorará el inicio de la vía oral a las 8 horas postquirúrgicas y si la paciente la tolera se continuará con el tratamiento de base. Aquellas pacientes que estaban utilizando Stavudina (d4T) durante el embarazo, esta debe suspenderse cuatro horas antes de iniciar la infusión de zidovudina IV.

d. Cesárea electiva

Es aquella que se realiza en la 38 semana de gestación antes de inicio del trabajo de parto y con membranas íntegras. Una vez que se decida el nacimiento por esta vía deben tenerse en cuenta las siguientes sugerencias:

- Debe confirmarse cuidadosamente la edad gestacional para prevenir un nacimiento prematuro de forma iatrogénica. Para ello es necesario hacer una valoración obstétrica tanto clínica como ultrasonográfica.
- Siempre deben programarse para ser realizadas en condiciones adecuadas para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.
- Utilizar Zidovudina profiláctica por vía intravenosa iniciando tres horas antes de la hora establecida de la cesárea programada. La dosis recomendada de acuerdo al PACTG 076 es de 2 mg/kg/dosis en infusión IV de Dextrosa al 5% durante la primera hora; y luego las siguientes horas previas a la cesárea se calcula a 1 mg/kg/hr en infusión IV.
- Se debe hacer cambio de campos quirúrgicos antes de realizar la histerotomía, esto para reducir la cantidad de secreciones con las que el recién nacido entrará en contacto.

- La ligadura del cordón umbilical debe ser hecha inmediatamente después de la extracción del recién nacido.
- Siempre que sea posible se debe extraer al bebé con la bolsa de las aguas íntegras y realizar una limpieza extrema de las secreciones de los orificios

Inmediatamente al nacimiento.

- Se recomienda profilaxis antibiótica con cefazolina 2 grs. IV dosis única administrada inmediatamente después del pinzamiento del cordón umbilical.
- No está indicado aislar a la embarazada con VIH durante el puerperio.

e. Parto Vaginal

Cuando se decida la vía vaginal, se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se debe administrar Zidovudina IV desde el inicio del trabajo de parto hasta que se hace la ligadura del cordón umbilical. Las dosis utilizadas son las mismas que se aplican en la cesárea electiva.
- Están contraindicados todos los procedimientos invasivos durante el trabajo de parto o el parto, tales como amniocentesis, cordocentesis, amniotomía, uso de forceps y ventosa obstétricos.
- La episiotomía debe ser evitada siempre que sea posible.
- Evitar tactos vaginales innecesarios y a repetición.
- Mantener las membranas íntegras, de ser posible hasta el período expulsivo.
- Evitar que las pacientes permanezcan con membranas ovulares rotas por más de cuatro horas o en trabajo de parto prolongado, haciendo uso correcto de oxitócicos para favorecer la evolución adecuada del trabajo de parto.

- Realizar la ligadura del cordón umbilical sin ordeñar inmediatamente a la expulsión del feto.
- Se recomienda la utilización de antibiótico profiláctico con cefazolina a dosis única de 2 grs. IV.
- No está indicado aislar a la embarazada con VIH durante el puerperio.
 - Atención en el puerperio.

El seguimiento de una mujer con VIH en el puerperio es similar al de una mujer sin este virus. Sin embargo, debe tenerse en cuenta algunos aspectos que se detallan a continuación.

Una vez finalizado el embarazo debe realizarse pruebas de laboratorio de control que incluyan:

- BHC, perfil hepático, renal y lipídico.
- Carga viral y conteo de linfocitos CD4+.

Después del parto, se debe orientar a la puérpera con VIH sobre la importancia de no brindar lactancia materna por el riesgo de transmisión al recién nacido. Por lo tanto debe indicarse una supresión farmacológica de la lactancia con cabergolina a dosis habitual de 0.5 mg cada 12 hrs. por un día. Si no se dispone de ella, se aconseja vendaje compresivo en las mamas inmediatamente después del parto teniendo cuidado de no provocar incomodidad en la madre o limitar la respiración; esto se indica por un período de diez días evitando la manipulación o estimulación de las mamas. Esta última medida tiene un éxito en el 80% de los casos.

La paciente debe tener una cita de control entre los siete y diez días posteriores al nacimiento para realizar, además de la evaluación rutinaria del puerperio, una valoración de los exámenes antes mencionados para decidir la suspensión del tratamiento antiretroviral si este fue indicado únicamente como profilaxis de transmisión vertical.

Durante esta visita se debe reforzar la importancia de la asistencia a las citas subsecuentes de atención postnatal, ya que se observa con frecuencia en este periodo, una disminución en la asistencia a citas de control. Además se les debe orientar y a la vez garantizar el ingreso a los servicios de planificación familiar asegurándoles el acceso a un método moderno y seguro de planificación. Después de esta cita se dará seguimiento mensual a la paciente igual que cualquier persona con VIH fuera del embarazo. Para las mujeres que se les realizó el diagnóstico de infección por VIH al momento del parto, se debe ofrecer apoyo psicológico, social y clínico tanto a ella como su familia.

- Complicaciones obstétricas.

Existen dos complicaciones obstétricas, como son la amenaza de parto pretérmino (APP) y la ruptura prematura de las membranas ovulares (RPM), que suponen situaciones de mayor riesgo de transmisión vertical por lo que es necesario hacer una mención especial en cuanto a su abordaje. (MINSA - Nicaragua , 2008), (MINSA. Niacaragua, 2012)

1. Amenaza de Parto Pretérmino (APP)

La prevalencia del parto pretérmino en Nicaragua, se sitúa alrededor del 12%. Distintos autores a nivel mundial han observado tasas significativamente superiores de prematuridad en la población de gestantes seropositivas, aunque los trabajos suelen resaltar la presencia de sesgos en este grupo de gestantes que hacen aumentar dicha prevalencia, tales como la adicción a drogas o la ausencia de cuidados prenatales.

Otros aspectos más específicos de la infección por el VIH que harían aumentar la prevalencia del parto pretérmino serían el deterioro del estado inmune materno o el tratamiento antirretroviral sobre todo en el caso de pacientes que reciben TARA previamente al embarazo. Esta última cuestión no ha sido aclarada del todo, pues otros autores no encuentran tal aumento del parto pretérmino en relación con la TARA.

2. Ruptura prematura de las membranas ovulares (RPM).

La RPM es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, presentándose aproximadamente entre el 3 y el 30% de los embarazos, además en un 25% de casos se produce antes del término de la gestación (menos de 37 semanas).

Este evento puede dar lugar a otras complicaciones como infecciones maternas, fetales o neonatales, parto pretérmino, hipoxia fetal secundaria a compresión del cordón, aumento de la tasa de cesárea, etc. por lo que requiere una atención especial.

Antes del uso de la TAR durante el embarazo, varios estudios encontraron una relación entre la duración de la ruptura de membranas y la transmisión vertical, sobre todo si dicha duración es superior a cuatro horas. El riesgo de transmisión vertical aumenta en un 2% por cada hora que las membranas permanecen rotas en mujeres con menos de 24 horas de RPM. El riesgo de transmisión vertical de VIH en pacientes con RPM y carga viral plasmática muy baja y/o que reciben TAR es desconocido, sin embargo el tratamiento de la ruptura de membranas en la embarazada con VIH así como el pronóstico, dependerán fundamentalmente, de la edad gestacional.

f. Nutrición de la embarazada con VIH.

Cuando la persona viviendo con VIH/sida acude a un servicio especializado, es importante considerar la posibilidad de que no comprenda la relación de la alimentación/nutrición/inmunidad/salud. Esta asistencia, puede representar un momento oportuno para enfatizar los cuidados con su salud y con eso alcanzar la eficacia deseada, favoreciendo la adherencia a su tratamiento. El sufrimiento generado por el impacto de percibirse portador de una infección que todavía no tiene cura puede, paradójicamente, contribuir a que la persona encarere los diversos aspectos de la vida positivamente, y dentro de lo que le compite, promover cambios en su estilo de vida, inclusive en los hábitos alimentarios, si fuese necesario.

El estado nutricional y el consumo alimenticio interactúan estrechamente de manera multifactorial y sinérgica con los otros factores de riesgo para enfermedades crónicas no

transmisibles. Los diferentes factores de riesgo, como una alimentación inadecuada, la inactividad física, el uso de tabaco, es necesario que sean abordados de manera integrada, en el transcurso del desarrollo y evolución del ciclo de vida, a fin de favorecer la reducción de daños y no la prohibición de elecciones y opciones.

El estilo de vida, que engloba al conjunto de las acciones, reacciones y comportamientos adoptados conscientemente - o no – por las personas son los que producen un perfil de salud más o menos adecuado.

La alimentación saludable debe favorecer el desplazamiento del consumo de alimentos poco saludables hacia alimentos más saludables, respetando la identidad cultural-alimenticia de las poblaciones o comunidades. Deben ser evitadas las prohibiciones o limitaciones impuestas, a no ser que formen parte de orientaciones individualizadas y particularizadas de consejería nutricional para personas portadoras de enfermedades o disturbios nutricionales específicos, debidamente fundamentados y esclarecidos. (MINSA - Nicaragua , 2008)

VII.DISEÑO MÉTODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Fue descriptivo retrospectivo de corte transversal.

Área de estudio:

Fue en las instalaciones del programa de atención de pacientes con VIH del Hospital Regional Ernesto Sequeira, Ubicado en el casco urbano del municipio de Bluefields cabecera departamental de la RACCS. Esta cabecera está a 383km de la capital Managua. Tiene una población de 43.909 habitantes la gran mayoría del casco urbano. (Instituto

Población de estudio y muestra:

Entre el año 2010 a 2014 se captaron 16 mujeres VIH positiva que se embarazaron se les dio, atención prenatal, atención al parto y seguimiento postnatal a la misma cantidad de gestantes, fueron diagnosticadas previamente o durante el embarazo como portadoras ninguna estaba en fase SIDA.

Muestra:

El tamaño de muestra fue por conveniencia, donde se tomaron a todas las 16 mujeres, esto fue así porque el universo era pequeño y no había dificultad para incluirlas a todas.

Criterio de Inclusión y exclusión.

Se incluyeron a todas las mujeres embarazadas que son portadora del Virus de Inmunodeficiencia adquirida/SIDA con prueba diagnóstica evidente positiva. Y que acudieron al programa de dispensarizado del Hospital Regional Ernesto Sequeira de la RACCS, para su Control Prenatal, Atención al Parto y seguimiento del puerperio, sin importar la edad, nivel de escolaridad, etnia, estrato social, que tuviera manifestaciones clínicas es decir sintomáticas o asintomáticas. También se incluyeron a las pacientes

aunque la hayan diagnosticado en otra región y posteriormente se controlaban en el hospital de la región.

Exclusión

Se excluyeron todos los expedientes de pacientes con datos incompletos o que presenten vicios que dificultaron la recolección de la información y los que no cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, al final ninguno fue excluido.

7.4 Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.		Años	15-20 21-30 31-40 41-45
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento del estudio según pensum nacional		Nivel académico	Analfabetas Solo lee y escribe Primaria Secundaria Universitario
Estado Civil	Relación de hecho entre dos individuo legalmente establecido en la sociedad		Relación de hechos	Casada Acompañada Soltera Divorciada
Procedencia	Área Geográfica determinada por una delimitación política en relación a la accesibilidad de servicios básicos		Área Geográfica	Urbano Rural
Ocupación	Actividad relacionada al ejercicio de un conocimiento que le permite remuneración económica o el bienestar individual		Actividad remunerada	Comerciante Ama de casa Profesional Otras
Número de hijos	Numero de progenie que tiene un individuo al momento del estudio		Hijos	1 a 3 4 a 5 Ninguno

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
Captación de la mujeres según periodo de Gestación para la PTMI	Periodo vida del embarazo según trimestre del embarazo que la mujer fue ingresada al control de CPN		Trimestre	Captada en 1er trimestre Captada en el 2do trimestre En seguimiento captada 1er trimestre En seguimiento captada 2do trimestre En seguimiento captada 3er trimestre
Atención al control prenatal	Todas actividad realizada que permite identificar una condición en la madre o en el niño como vulnerabilidad para la transmisión vertical y a la vez se establezcan todos los cuidado para el finalizar el embarazo satisfactoriamente	El manejo clínico de las embarazadas al ingreso con VIH se cumple según normas y Protocolos Los riesgos perinatales de las embarazadas con VIH son evaluados de acuerdo a las normas.	Se realiza una historia clínica completa Se realiza examen físico completo. Se descarta signos y síntomas de infección por VIH Se buscan signos y síntomas de infecciones oportunistas e ITS. Se investigan antecedentes de uso de drogas. Si investiga las Relaciones sexuales sin protección. Determina edad gestacional (de preferencia	Si No No Aplica Si No No Aplica

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
		<p>Los riesgos de infecciones oportunistas de las embarazadas con VIH, son evaluados correctamente de acuerdo a las normas.</p>	<p>mediante ultrasonografía).</p> <p>Se explora el bienestar fetal, a través de la realización de tres ultrasonidos: al ingreso a APN, entre las 24 y 28 SG y entre la 37 y 38 SG.</p> <p>Se evalúa la ganancia de peso de la madre.</p> <p>Se toma muestras citológicas para descartar patologías del cuello uterino y presencia de ITS.</p> <p>Se evalúa el riesgo de diabetes materna.</p> <p>Se evalúa el riesgo de isoimmunización Rh.</p> <p>Se evalúa el riesgo de preeclampsia o hipertensión clínica subyacente.</p> <p>Se descarta acidosis láctica mediante pruebas de amilasa sérica y CPK.</p> <p>Se evalúa el consumo de tóxicos y dependencia</p>	<p>Si No No Aplica</p>

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
			<p>alcohólica.</p> <p>Se evalúa la edad de la embarazada. en cada consulta</p> <p>Se evalúa la carga viral (PCR RNA) y el conteo de linfocitos CD4.</p> <p>Se descarta sífilis materna mediante test VDRL, de preferencia durante el primer trimestre de gestación.</p> <p>Se descarta hepatitis B y C mediante serología.</p> <p>Se descarta toxoplasmosis mediante estudio de IgG e IgM, al inicio del embarazo y entre la 24 y 28 SG</p> <p>Se evalúa contacto con tuberculosis mediante: PPD, baciloscopía y radiografía de tórax, en sintomáticas respiratorias.</p> <p>Se evalúa el hemograma y las funciones renal y hepática, al ingreso a APN y entre la 24</p>	

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
		Las usuarias reciben recomendaciones nutricionales para que las usuarias se mantengan saludables durante la gestación.	<p>y 28 SG</p> <p>Se verifica que la gestante tenga una ganancia de peso adecuado al índice de masa corporal</p> <p>Se proporciona tratamiento inmediato para la náusea, vómitos, diarrea, fiebre, pérdida de apetito, aftas, constipación, acidez estomacal y gases.</p> <p>Se realiza referencia a una unidad de mayor nivel de resolución caso de poca o ninguna ganancia de peso, pérdida de peso, reacciones adversas de los ARV, complicaciones.</p>	Si No No Aplica
		Se asegura que las usuarias comprendan los riesgos y se responsabilicen por su tratamiento.	<p>Se explica/informa y se pide a la gestante que firme consentimiento informado para inicio de terapia antirretroviral.</p> <p>Se explica/informa y se pide a la gestante que firme consentimiento informado para parto por cesárea.</p>	Si No No Aplica

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
		El tratamiento ARV a indicar, en caso de que la usuaria haya tenido ARV antes de la gestación, se enmarca en lo establecido en las normas nacionales.	Se evalúa cambio de discontinuar Terapia ARV durante primer trimestre. Se cambia EFV por NVP o IP. Se considera el uso de Zidovudina pero evitando asociarla con d4T o ddl.	Si No No Aplica
		La usuaria iniciará profilaxis para PTMI.	Se realiza el inicio de la terapia a las 14 SG.	Si No No Aplica
		Las usuarias reciben el tratamiento ARV indicado cuando no han tenido exposición previa a ARV, con cuenta CD4 menor de 350 ó clínicamente en fase SIDA, basado en la evidencia científica y clínica.	Se realiza la admón. Tripleterapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r	Si No No Aplica
		Las usuarias reciben el tratamiento ARV indicado cuando la usuaria no ha tenido exposición previa a ARV, con cuenta CD4 mayor de 350 y sin evidencia de estar en fase sida, basado en la evidencia	Se realiza la admón. Tripleterapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r.	Si No No Aplica

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
		científica		
Atención al parto y al recién nacido	Todas actividad realizada que permite evitar al máximo la transmisión vertical durante el parto donde existan factores de la madre y del niño que contribuyan a la vez se establezcan todos los cuidado para el finalizar el parto satisfactoriamente	<p>Se cumplen con la Indicaciones pertinentes para la atención del parto de las mujeres con VIH.</p> <p>La atención de los Recién Nacidos hijos/as de madres con VIH, son atendidos de acuerdo Protocolo de PTMI y Guía de Manejo de la niñez expuesta al VIH.</p> <p>Se verifica el cumplimiento de la administración de antirretrovirales</p>	<p>Si el parto vaginal es inminente, evitar la realización de episiotomía.</p> <p>Se monitorea el trabajo de parto utilizando el partograma</p> <p>Se atiende parto siguiendo protocolos de atención.</p> <p>Realizan baño del recién nacido.</p> <p>Efectúan lavado gástrico con solución salina tibia.</p> <p>Aplican vitamina K después de 24 horas.</p> <p>Evitan vacuna BCG.</p> <p>Se inicia administración de 2mg/kg/dosis de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis única en recién nacidos de mujeres que recibieron NVP.</p> <p>Se toman ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado/a del</p>	<p>Si No No Aplica</p> <p>Si No No Aplica</p> <p>Si No No Aplica</p>

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
		<p>a parturientas con VIH y se continúa el esquema</p> <p>Se cumplen con las Indicaciones pertinentes para la atención de la cesárea de las mujeres con VIH y la atención del niño con exposición</p>	<p>recién nacido.</p> <p>Se administra AZT intravenoso 2mg/Kg/hora/dosis durante 3 horas previas a cesárea a toda usuaria que llega en fase de latencia sin trabajo de parto.</p> <p>Se administra AZT durante acto quirúrgico.</p> <p>Se atiende la cesárea siguiendo los protocolos de atención, realizándose a las 38 SG.</p> <p>Realiza limpieza del recién nacido con agua y jabón.</p> <p>No se efectúa lavado gástrico con solución salina tibia.</p> <p>Aplican vitamina K después de 24 horas después del nacimiento.</p> <p>Aplicar vacuna BCG antes del egreso.</p> <p>Se inicia administración de 2mg/Kg./6 horas de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis</p>	<p>Si No No Aplica</p>

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
			<p>única en hijos de mujeres sin PTMI.</p> <p>Se toman ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado del recién nacido.</p> <p>En recién nacidos cuya madre presenta menos de 50 copias/ml se administra ZDV por 6 semanas.</p>	
		El tratamiento ARV a indicar, en caso de que la usuaria haya tenido ARV antes de la gestación, se enmarca en lo establecido en las normas nacionales.	<p>En recién nacidos cuya madre presenta 50 copias ó más/ml se administra ZDV por 6 semanas con dosis única de NVP a menos que la madre haya recibido NVP.</p> <p>Se realiza retiro de puntos de sutura y evaluación del puerperio inmediato en alto riesgo a los ocho días post-parto en consulta externa.</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No Aplica</p>
		Las usuarias con infección por VIH, reciben consejería/orientación integral durante el puerperio.	<p>Se refuerza mantener la terapia ARV de la madre y del RN y de acudir a las citas de ambos.</p> <p>Se refuerza que el</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No Aplica</p>

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
		Las usuarias con infección por VIH, en periodo de puerperio, reciben orientación sobre las prácticas de alimentación infantil.	<p>uso consistente y correcto del condón puede ayudar a evitar embarazos e ITS.</p> <p>Se explica que la lactancia materna debe suspenderse y sustituirse por sucedáneos.</p> <p>Se realiza aprovisionamiento de fórmula para RN.</p>	Si No No Aplica
Porcentaje de cumplimiento de la aplicación de la norma para PTMI	La suma y relación de los indicadores de cumplimiento que permite valorar el nivel de exposición al contagio de la madre al recién nacidos	indicadores de la valoración del CPN, del parto y del puerperio	Porcentaje	0 a 50 51 a 80 81 a 100

Técnica y Procedimiento

Fuente de información

La fuente fue secundaria tomada de los expedientes clínicos que se encontraba en los archivos de datos vitales de la salud del Hospital, correspondiente al periodo de estudio establecido.

Técnica de recolección de la información:

Para cumplir con los objetivos del estudio se consideró el instrumento del Ministerio de Salud, el cual valora las Normas y Protocolos en cuanto al cumplimiento de indicadores específicos y estándares de calidad para la atención del embarazo, parto y puerperio de pacientes viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. (MINSA - Nicaragua , 2008). Se añadió una sección modificada basada al formato original que contiene los datos sociodemográficos de las pacientes, ya que son objeto de interés en el estudio.

Para obtener la información se solicitó permiso a la dirección del Hospital para que autorizaran la realización del estudio y luego le solicitó la aprobación a la responsable de archivo, donde se encuentra los expedientes de las pacientes del programa de dispensarizados.

Se solicitaron 5 expediente por semana tratando de completar en 3 semanas para el total a estudiar. Quienes revisaron y analizaron cada expediente fueron los mismos investigadores.

Análisis y Tabulación

Una vez completada la información se realizó base de datos en el Programa Estadístico de Ciencia Sociales; SPSS versión 21.0 para Windows, donde fueron introducidos los datos recolectado y posteriormente se utilizó para hacer el análisis. Para evaluar el cumplimiento del protocolo fue basado en el número de indicadores cumplidos tomando en cuenta cada paciente individualmente de acuerdo a su condición que debió haber sido considerada para evitar la transmisión vertical, lo cual fue reportado el nivel de cumplimiento en porcentaje. Para este estudio fueron 56 indicadores a evaluar lo que se encontraran de manera afirmativa obtenían 1 punto lo que demostraría la sumatoria total excluyendo los indicadores que no aplican y posteriormente la realización de regla de tres para conocer el porcentaje de cumplimiento.

La presentación de resultados se realizó en cuadros y gráficos. Se hicieron tablas de frecuencia que nos permitieron identificar datos de interés para realizar cruces de variable importante.

Todo esto permitió reconocer el cumplimiento de la norma de la atención de la embarazada con VIH por parte del personal médico para evitar la transmisión vertical esto durante la atención al control prenatal, parto y el puerperio.

Cruce de variables

1. Edad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical.
2. Procedencia de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical.
3. Escolaridad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical.
4. Momento de la Captación de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical.
5. Cumplimiento de Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del CPN de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical.
6. Porcentaje de cumplimiento según la edad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas
7. Porcentaje de cumplimiento según la escolaridad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas Porcentaje de cumplimiento según la escolaridad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas
8. Porcentaje de cumplimiento según Número de hijos de las mujeres embarazadas con VIH
9. Porcentaje de cumplimiento según Número de hijos de las mujeres embarazadas con VIH

Aspecto Éticos

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital Regional Ernesto Sequeira de la RACCS para tener acceso a los expedientes clínicos. La información recolectada solo es usada para fines de investigación la información no se alterara y se plasmara tal y como estén en los expedientes clínicos. Además se mantiene el anonimato de la unidad de análisis. Los resultados serán dados a conocer en la institución donde se realizó el estudio.

VIII. RESULTADOS.

El mayor número de mujeres que fueron atendidas en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields que viven con VIH, para prevenir la transmisión vertical tenían entre 21 a 30 años el 81.3%, se identificó que 6.3% tenían menos de 20 años, El 56.3% eran procedentes de las área rurales del municipio, y el 50.0% su escolaridad era secundaria. El estado civil acompañada 62.5% fue lo más referido, siendo el 87.5% ama de casa. El 68.8% ya tenían entre 1 a 3 hijos. También se logró observar que el 25.0% fueron captadas en el 1er trimestre y el 37.6% estaban en seguimiento de la enfermedad pero fueron captada en el 2do trimestre y 12.5% captadas en el tercer trimestre. (Cuadro 1).

De los estándares del desempeño relacionado al manejo clínico de las embarazadas al ingreso del CPN con VIH, todos los indicadores de este componente como la realización de la historia clínica completa incluyendo el interrogatorio de la vida sexual y antecedentes de ITS, así como el examen físico, como las manifestaciones clínicas que causa la infección por VIH y las infecciones oportunista y el indagar consumo de droga y la relaciones sexuales sin protección se cumplió en 93.7% de todas las mujeres estudiadas, el porcentaje restante es producto de la ausencia de CPN.

Al investigar el riesgo perinatal en la embarazadas con VIH. El 93.7% de estas se evaluó para descartar patología; la toma de muestra de citología del cuello uterino, se indago el riesgo de isoimmunización RH. También en las mujeres se evaluó el consumo de tóxicos y dependencia alcohólica. Del total al 81.3% de las mujeres se encontró que fue determinada la edad gestacional por ultrasonido, pero al 43.8% se le realizo tres ultrasonido para explorar el bienestar fetal, otros elementos que se indagaron en este mismo porcentaje fue la indagación de peso de la madre, la evaluación de riesgo de diabetes materna y de pre – eclampsia o hipertensión clínica subyacente. Hay evidencia que el 93.7% no se descarta acidosis láctica mediante pruebas de amilasa sérica y CPK. (Ver tabla 2).

Hay evidencia que demuestra la evaluación riesgos de infecciones oportunistas de las embarazadas con VIH, en ello 43.8% se descarta sífilis materna mediante test VDRL, de preferencia durante el primer trimestre de gestación y 75.0% se descarta Toxoplasmosis mediante el de IgG e IgM, al inicio del embarazo y entre la 24 y 28 SG.

Un indicador que no se cumplió fue la evaluación de contacto con tuberculosis mediante: PPD, baciloscopia y radiografía de tórax, en sintomáticas respiratorias, ya que ninguna tenían este padecimiento.

Se logró identificar que los indicadores que le dan salidas a los estándares de sobre recomendaciones nutricionales, previamente revisando la ganancia de peso de la gestante al 43.8% se les verifico para hacer la recomendación. Lo que respecta a la comprensión de los riesgos y se responsabilizan por su tratamiento fue cumplido en 93.7% de las mujeres se fue un hecho explicable. (Ver tabla 3).

Lo que respecta al tratamiento antirretroviral aplicado a las mujeres se evidenció que al 18.8% se les discontinuó el tratamiento para evitar los posibles efectos teratógeno que generan los fármacos de TAR demostrados que generan situaciones específicas al recién nacidos. Posteriormente cuando se continuó con la TAR como profilaxis de PTMI a este mismo porcentaje se cambió Efaviren por Nevirapina o un Inhibidor de Proteasa, también se observa que este mismo porcentaje se consideró el uso de Zidovudina.

Se logró identificar que al 43.8% de las embarazadas se le inició profilaxis para evitar PTMI a las 14 semanas de gestación que fueron los casos captados en el primer trimestre, usando la triple terapia AZT + 3TC + NVP o LPV/r. A ninguna las usuarias se les dan el tratamiento ARV indicado cuando han tenido o no exposición previa a ARV, con cuenta CD4 menor o mayor de 350 ó clínicamente en fase SIDA, basado en la evidencia científica y clínica. (Ver tabla 4)

De todas las mujeres que viven con VIH una que corresponde al 6.3% llego con parto inminente y se cumplió con evitar la realización de episiotomía, se monitoreo el parto con la herramienta del partograma y se siguió con el protocolo de atención del parto, se logró evidenciar que el recién nacido de esta mujer se le realizó baño, lavado gástrico, y se aplicó Vit K después de 24hrs, así como se evitó la vacuna BCG y se inició la administración de 2mg/kg/dosis de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis única aunque la mujer no recibió NVP por abandono del programa. A este mismo recién nacido se tomó muestra para ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado/a.

Al 93.7% se atiende la cesárea siguiendo los protocolos de atención, realizándose a las 38 SG y Se administra AZT durante acto quirúrgico pero también a este mismo porcentaje se realiza limpieza del recién nacido con agua y jabón pero no se efectúa lavado gástrico con solución salina tibia pero si se aplican vitamina K después de 24 horas después del nacimiento, se evitó la aplicación de la vacuna BCG. También al 93.7% se le realizo ELISA y VDRL previo el consentimiento informado al encargado del niño.

La atención en el puerperio demuestra que al 93.7% de las que tuvieron cesárea en 8 días se hace retiro de puntos de la herida quirúrgica. Al 100% se refuerza mantener la terapia ARV de la madre y del RN y de acudir a las citas de ambos y el uso consistente y correcto del condón que puede ayudar a evitar embarazos e ITS. Al 100% se les suspendió la lactancia materna y se administró sucedáneo y a ella se le provisiono fórmula para el RN. (Ver tabla 6).

Al analizar el nivel de cumplimiento alcanzado de 31.6% por 1 una mujer que corresponde 6.3% tenía edad entre 21 a 30 procedente del área rural con una escolaridad de primaria, soltera, ama de casa, que ha tenido entre 1 a 3 hijos, que estaba en seguimiento del programa de VIH pero captada durante su embarazo hasta el 3er trimestre. Y del 93.7% de todas que cumplieron 68 a 78%. El 75.2% de las mujeres tenían la misma edad, el 50.0% del área rural, este mismo porcentaje con escolaridad de secundaria, el 62.5% eran acompañada y el 81.3% eran ama de casa. Se logra identificar que el 31.3% estaba en seguimiento del programa de VIH pero captada su embarazo hasta el 2do trimestre. (Ver tabla 7).

IX.DISCUSIÓN

Desde el 2011 la epidemia del VIH en Nicaragua se mantiene concentrada con bajo niveles de prevalencia en la población general y en embarazadas que no sobre pasa el 1%. De acuerdo a la población de mujeres en la RACCS el comportamiento es similar al del nivel nacional. De acuerdo a la población de mujeres en la RACCS el comportamiento es similar al del nivel nacional. Vemos que desde 2010 al 2014 se atendieron solo 16 mujeres que se embarazaron, casi un tercio de estas mujeres fue identificado el padecimiento por el embarazo, el resto estaba en seguimiento, pero que curiosamente la mayoría fueron captada para la prevención vertical en el segundo trimestre del embarazo.

Lo que refleja la clara debilidad en el seguimiento que se le debe dar a las mujeres con vida potencialmente reproductiva como uno de los enfoque del programa de pacientes que viven con VIH, esto para prevenir y reducir la incidencia en niños de esta enfermedad. Es importante la visita domiciliar de pacientes que se ausenta de la valoración del estado de la enfermedad, ya que esta condición ocurren por la falta de adaptación a la enfermedad que impide la convivencia de la misma, pone en riesgo su estado de salud y permite el incremento de nuevos caso en la población en general y la incidencia de la transmisión vertical.

Ciertas características en estudio realizado en 11 unidades hospitalaria de Nicaragua, entre 2006 y 2007 (Corpeño , Bonilla, & Peña, 2009) y otro que se realizó por Wayland en Puerto Cabeza demostraron igual comportamiento de las mujeres con prevalencia de VIH, la gran mayoría tienen entre 20 a 35 años, se habla que por cada 5 años por encima de los 25 años, pudiera estar relacionado con un aumento del riesgo de transmisión, aunque aún sin poderse comprobar. Otro elemento coincidente con los dos estudios anteriormente mencionados y el actual realizado en RACCS es que la mayoría fueron captada en el segundo trimestre; 27% en la RACCN y 32% en el estudio de los 11 hospitales también en este periodo y la del estudio actual fue de 38.0% que se captó en este periodo. Esto no es una mera coincidencia casual sino la falta de gestión y debilidades que como programa son debilidades no superadas.

El derecho reproductivo es universal de todo individuo pero en este caso el control de la natalidad debe de orientarse a la prevención de la transmisión vertical, es evidentes que la mayoría de estas mujeres tenían entre 1 a 3 hijo, puede ser posible que la mayoría de ellos ya estuvieron expuesto a la transmisión de su madre porque la mitad estaban en seguimiento y fueron captadas en el segundo y tercer trimestre demostrando falta de consideración de acudir tempranamente ante la amenorrea.

Unos de los hallazgo que merece su mención es que solo una mujer pario normalmente y el resto el 93.7% se programó cesárea a las 38 semana de gestación a pesar de haber sido captada tardíamente.

La captación tardíamente interviene en las valoración completa del bienestar fetal y la reducción de riesgo para el binomio madre e hijo porque muchos de los exámenes que permite valorarse no son realizados tal es el caso de los ultrasonidos la exposición a infecciones oportunista a la que están expuesto. En el embarazo: ocurren aproximadamente un 30% de los casos. La gran mayoría se produce en los últimos dos últimos meses de gestación y solamente un 2% se presenta antes de esa época del embarazo. En el Parto y puerperio inmediato por las secreciones contaminadas que queda impregnado el recién nacido, se produce un 50.0% hasta 70.0% de los casos constituyendo el principal momento de transmisión. (MINSA. Niacaragua, 2012).

Otra situación es la falta de acuciosidad para valorar a las pacientes e identificar factores de riesgo para la transmisión, la evaluación de las cargas virales y CD4 la cual, depende del nivel central para su notificación de los resultados, solo fue posible realizarse en casi en la mitad de ellos, el quehacer del facultativo para tomar un decisión clínica está en dependencia de este acto, la conducta terapéutica depende absolutamente de esto. Y es obvio que el análisis inicial con estas afirmaciones demuestra sin lugar a duda que la vulnerabilidad durante el embarazo por VIH es considerablemente evidente.

También es importante señalar que la falta de cumplimiento a la norma se debe a la falta de insumos necesarios para la atención; vemos el caso de la valoración del bienestar fetal a través de tres ultrasonido que fue posible en 43.8% de las embarazadas con VIH positivo, esto y la falta de disposición para valorar a las pacientes con otros exámenes especiales

obviamente lo que hace que el cumplimiento de la norma en su mayoría no sobre alcance más de 76% y un caso donde el porcentaje alcanzado no es más de 32.0% producto de la falta total de CPN.

Dentro de los cuatros pilares fundamentales para la prevención de la transmisión vertical la provisión de atención, tratamiento y apoyo a la mujer embarazada se da en una atención integral que abarque aspectos médicos, psicológicos y sociales. Explicaciones sobre cuál fue la atención a los nuevos casos captados durante el embarazo es difícil de comentar, ya que la guía de evaluación según sus indicadores no pone en evidencia estos aspectos de la atención integral más que el aspecto meramente médico.

Tal es el caso donde se investiga la captación y valoración de exámenes para decidir la aplicación de TAR, considerando que tienen dos conceptos una es su aplicación durante el embarazo para la profilaxis de transmisión vertical y la otra el tratamiento propio de la infección por VIH y es lo que se monitorea para evaluar la norma.

Continuando con la evaluación de la aplicación de la norma según la utilización de la TAR las siete mujeres captadas en el primer trimestre se inició a la 14 semanas la aplicación terapéutica aunque no tuvieron los resultados de CD4 y CV. Tal como es menciona en la norma que bien se puede hacer, ya que de hecho uno de los objetivo es la profilaxis de la transmisión vertical y por lo lejos y difícil de obtener estos resultados que se procesan en Managua se está obligado a iniciar sin estos parámetros. Más de la mitad de las mujeres estudiadas ya tenían contacto con los antirretrovirales pero son pocas las que cambiaron la terapéutica anterior al embarazo, realmente no se conoce si la captación de estas embarazadas hasta el 2do y 3er trimestre es producto de dotación de TAR por 2 o 3 meses al momento cuando llega a la unidad para cita de seguimiento o realmente son abandonos del programas y con el embarazo de manera tardía vuelven a acudir.

El 18.8% fueron las únicas que se les omitió TAR por los riesgo de teratogénesis y posteriormente a la 14sg se le cambia el EFV por NVP y se agrega a la terapéutica la Zidovudina. Situación que no sucedió con los otros por el ausentismo.

El único caso que no se realizó cesárea fue debido al abandono del programa de una mujer que al final de su embarazo llega en expulsivo de manera inminente y muchos indicadores no pudieron ser evaluados, pero si, da oportunidad de ver cuál fue el cumplimiento de la atención del parto según norma en estos casos. Al final esto demuestra también la capacidad de respuesta en función del seguimiento de los abandono con potencial reproductivo que puede generar esta situación y predisponer mayor cifras a la incidencia de casos de los recién nacidos.

Lo normado sobre las cesáreas electiva que no se hizo en las mujeres estudiada, fue la falta de lavado gástrico con agua tibia al recién nacido. Que no se conoce la razón por lo que no se realiza, y si se demuestra que en el caso de todas al 100% se le refuerza la idea de mantener la TAR pero según la evolución de la enfermedad después del parto y también se les habla sobre las medidas de protección como el uso de condón.

En todas las pacientes se le realiza consejería sobre la lactancia materna relacionado a discontinuar dicho método por la posible transmisión vertical. Se comprende por la característica de la mujer donde la falta de cumplimiento de seguimiento al programa previo un parto con alta probabilidades de infección, ella es con bajo nivel escolar, soltera del área rural con hijo que no se sabe si presenta la enfermedad, esta situación es lo que se había planteado acerca de la atención integral que si no son considerado habrá falta de adaptación a vivir con la enfermedad y por ende la facilidad de que el niño de madre que vive con VIH sea infectado.

Al final lo que demuestran los resultados es la posibilidad de encontrar niños padeciendo esta enfermedad se deba la ausencia de persistencia por parte del programa o bien sea el no poder tener una estrategia establecida ante las mujeres con capacidad reproductiva que abandonan.

X. CONCLUSIÓN

1. Las mujeres embarazadas con VIH tratadas para evitar la transmisión vertical se encuentran la mayoría entre edades óptimas de la reproducción siendo un elemento importante que interviene como una posible causa por la que hijos de estas mujeres puedan presentar transmisión materna infantil si presentan abandonos al seguimiento de programa, situación que fácilmente puede darse cuando son procedentes de las áreas rurales de la RCCS con poco acceso a los servicios de salud.
2. Las debilidades encontradas en relación al control prenatal se dan fundamentalmente en el incumplimiento de la investigación e identificación oportuna de los pacientes seropositivos y estadificarlos con los exámenes especiales; su carga viral y CD4 así como del bienestar fetal y materno en el período del embarazo según lo normado, debido en algunas por la captación tardía y en otras por el acceso a los medios tecnológicos disponible de manera pronta para realizar exámenes que no están de manera fácil en la región por parte del MINSA.
3. Las debilidades en la atención del parto se dan principalmente al hecho de que es un parto inminente y es poco lo que queda hacer para evitar PTMI. Y en relación a la cesárea el mayor éxito es debido a la captación temprana al CPN de una buena parte de mujeres y el seguimiento que tuvieron, pero por el otro grupo que son más, no garantiza que la cesárea sea lo único que permita prevenir la transmisión al niño porque muchas de las medidas y acciones que debieron realizarse no fueron posibles tal como se observa con el uso de TAR.
4. Hay evidencia que demuestra una clara orientación sobre la necesidad de suspender la lactancia materna que en la actualidad es más fácil controlar por la disposición de sucedáneos de la leche que facilita el sistema de salud. Y por otro lado las orientaciones de uso de método de protección que no queda claro si algunas se esterilizaron por tener ya hasta 3 hijos, pero si se encontró escrito el reforzamiento de la idea del uso adecuado y responsable del preservativo.

XI. RECOMENDACIONES

A nivel de SILAIS RACCS

1. Coordinar planes estratégicos que permita dar seguimiento a las pacientes con vida potencial reproductiva y conocida que abandonan el programa.
2. Establecer periódicamente el monitoreo y evaluación de la atención brindada a las personas viviendo con el VIH con fuente de información secundaria como primaria que permita identificar debilidades en cuanto a la razón de ser de los abandono.
3. Incluir dentro del programa la atención integral valorada desde el punto de vista de la integración de otros sistemas institucionales como el Ministerio de la familia y educación. Y no como ha venido siendo un problema de solo el MISA.
4. Solicitar la descentralizar de las pruebas confirmatorias para VIH así como las cargas virales y los CD4 mejorando su accesibilidad y la pronta disposición de información de resultados para las embarazadas con factores de riesgo para ser portadoras y transmitir al recién nacido.

A nivel Hospitalario.

1. Garantizar que a las puérperas VIH positiva se les oriente sobre la doble función del preservativo adjuntando otro método de planificación familiar al abandonar el Hospital y a la vez establecer seguimiento sobre este tema al momento que acudan tanto para la valoración del niño o de ella misma de manera más continua.
2. Promover la esterilización quirúrgica a mujeres con VIH con baja progenie y no realizarla hasta tener tres embarazos.
6. Garantizar que las mujeres VIH positivo con capacidad reproductiva puedan ser valorada sistemáticamente por la nutricionista y que estas continúen posterior al parto orientado a mejorar el bienestar de la madre como al niño.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda, S. S. (2000). Epidemiología y fisiopatología de la infección perinatal de transmisión vertical. Barcelona .
- Baca, R. C., Osorio , H. Z., Matute, A., & Matus , G. (2009). Seroprevalencia del VIH/SIDA en mujeres embarazadas del municipio de Chinandega – Nicaragua. LEON : Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.
- Benavides, I. (Octubre de 2004). <http://www.revistapediatria.cl/vol1num1/8.htm>. Recuperado el Julio de 2015
- Comisión Nicaragüense del sida . (2012). Situación de ITS, VIH y Sida en Nicaragua. Monitoreo y evaluación de avances para contener la . Managua : CONISIDA.
- Comisión Nicaragüense del SIDA. (2012). Avance en la lucha en contra el SIDA. Managua , Managua .
- CONISIDA. Nicaragua. (2013). Situación de ITS, VIH y Sida en Nicaragua. Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia año 2012. Mangua: CONISIDA.
- Corpeño , T. O., Bonilla, E. C., & Peña, D. (2009). Situación de la Transmisión VIH en 11 Hospitales seleccionado de Nicaragua 2006 - 2007. Managua : UNICEF.
- Crawford, B. W. (2012). Manejo del Personal Medico a pacientes embarazadas con VIH/SIDA según protocolo para la prevención de la transmisión vertical en el Hospital Nuevo Amanecer de Puerto Cabeza Durante el Periodo Marzo 2007 a Marzo 2012. Puerto Cabeza: UNAN - LEON.
- Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal. Nicaragua . (2000). <http://www.inifom.gob.ni/municipios/documentos/ATLANTICO%20SUR/bluefields.pdf>. Recuperado el 2015

- Ministerio de Salud. Chile . (2015). Infecciones de transmisión Vertical . Santiago : Progrma Nacional Salud de la Mujer .
- MINSA - Nicaragua . (2008). Norma y Protocolo para la Prevensión de la Transmisión Vertical de VIH. Managua .
- MINSA - Nicaragua . (2009). Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. Managua : Dirección de Extensión y Calidad de la Atención.
- MINSA - Nicaragua . (2013). Manual de consejería para el abordaje del VIH. Normativa 118 . Managua .
- MINSA - Nicaragua. (2013). Situación Epidemiológica del VIH y TARV . Managua .
- MINSA -SILAIS/ RACS. (2015). Informe mensual de embarazadas . Bluefields .
- MINSA. Niacaragua. (2012). Protocolo para el manejo de la transmisión materno infantil del VIH Y la Sífilis Congénita. Managua: MINSA.
- MINSA. Nicaragua . (2008). Guía del Manejo para la exposición vertical al VIH y enfermedad por el VIH y SIDA En niños, Niñas y Adolescentes . MANAGUA : MINSA.
- ONUSIDA . (2012). Resultados 2012. Para el día mundial del SIDA . Ginebra : ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2015). ONUSIDA anuncia que la meta de 15 millones de personas en tratamiento antirretrovírico en 2015 se ha cumplido nueve meses antes de lo previsto. Ginebra : ADDIS ABEBA.
- ONUSIDA. America Latina . (2014). Situación de la epidemia del VIH en América Latina en 2014. Panamá : ONUSIDA .

- Osorno , K. T., & Ortega , E. A. (2013). Manejo del Personal Médico que atiende a Pacientes Embarazadas con VIH/SIDA según Protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada durante el período de Junio 2008 a Diciembre 2012. Granada: UNAN - MANAGUA.

XIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA

Instrumento de Recolección de la Información

Manejo de Pacientes Embarazadas con VIH/SIDA de Acuerdo a Protocolo Para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

Nota: la información se recolectara por los mismo investigadores tomada de los expedientes clínicos.

I. Datos Generales.

1. Edad: _____ años
2. Escolaridad: Primaria __ Secundaria __ Universitaria __ Solo lee y escribe __ Analfabeta __
3. Estado Civil: Casada __ Acompañada __ Soltera __ Viuda __
4. Procedencia: _____
5. Ocupación: _____
6. Trabaja: si __ no __
7. No. de Hijos: _____
8. Semana Gestación en el momento de la Captación: _____ Antes del Embarazo. si/no __

II. Desempeño durante el CPN el Parto y el Puerperio. (NA) no aplica

Manejo Clínico y terapéutica	Criterio de verificación	Realizan		NA
		Si	No	
1. El manejo clínico de las embarazadas al ingreso del CPN con VIH se cumple según normas y Protocolos.	Se realiza una historia clínica completa, incluyendo vida sexual y antecedentes de ITS.			
	Se realiza examen físico completo.			
	Se descarta signos y síntomas de infección por VIH: pérdida de peso, fatiga, fiebre, sudoración, dificultad respiratoria, diarrea, síntomas neurológicos, síntomas visuales, candidiasis oral o vaginal recurrente/persistente, linfadenopatías, lesiones cutáneas o de las mucosas.			
	Se buscan signos y síntomas de infecciones oportunistas e ITS.			
	Se investigan antecedentes de uso de drogas.			
	Si investiga las Relaciones sexuales sin protección.			
2. Los riesgos perinatales de las embarazadas con VIH son evaluados de acuerdo a las normas en todo el embarazo.	Determina edad gestacional (de preferencia mediante ultrasonografía).			
	Se explora el bienestar fetal, a través de la realización de tres ultrasonidos: al ingreso a APN, entre las 24 y 28 SG y entre la 37 y 38 SG.			
	Se evalúa la ganancia de peso de la madre.			
	Se toma muestras citológicas para descartar patologías del cuello uterino y presencia de ITS.			
	Se evalúa el riesgo de diabetes materna.			
	Se evalúa el riesgo de isoimmunización Rh.			
	Se evalúa el riesgo de preeclampsia o hipertensión clínica subyacente.			
	Se descarta acidosis láctica mediante pruebas de amilasa sérica y CPK.			
3. Los riesgos de infecciones oportunistas de las embarazadas con VIH, son evaluados correctamente	Se evalúa el consumo de tóxicos y dependencia alcohólica.			
	Se evalúa la edad de la embarazada.			
	Se evalúa la carga viral (PCR RNA) y el conteo de linfocitos CD4.			
	Se descarta sífilis materna mediante test VDRL, de preferencia durante el primer trimestre de gestación.			
	Se descarta hepatitis B y C mediante serología.			
	Se descarta toxoplasmosis mediante estudio de IgG e IgM, al inicio del embarazo y entre la 24 y 28 SG			

de acuerdo a las normas.	Se evalúa contacto con tuberculosis mediante: PPD, baciloscopía y radiografía de tórax, en sintomáticas respiratorias.			
	Se evalúa el hemograma y las funciones renal y hepática, al ingreso a APN y entre la 24 y 28 SG			
4. Las usuarias reciben recomendaciones nutricionales para que se mantengan saludables durante la gestación.	Se verifica que la gestante tenga una ganancia de peso adecuado al índice de masa corporal.			
	Se proporciona tratamiento inmediato para la náusea, vómitos, diarrea, fiebre, pérdida de apetito, aftas, constipación, acidez estomacal y gases.			
	Se realiza referencia a una unidad de mayor nivel de resolución caso de poca o ninguna ganancia de peso, pérdida de peso, reacciones adversas de los ARV, complicaciones.			
5. Se asegura que las usuarias comprendan los riesgos y se responsabilicen por su tratamiento.	Se explica/informa y se pide a la gestante que firme consentimiento informado para inicio de terapia antirretroviral.			
	Se explica/informa y se pide a la gestante que firme consentimiento informado para parto por cesárea.			
	Terapéutica			
6. El tratamiento ARV a indicar, en caso de que la usuaria haya tenido ARV antes de la gestación, se enmarca en lo establecido en las normas nacionales.	Se evalúa cambio de descontinuar Terapia ARV durante primer trimestre.			
	Se cambia EFV por NVP o IP.			
	Se considera el uso de Zidovudina pero evitando asociarla con d4T o ddl.			
7. La usuaria iniciará profilaxis para PTMI.	Se inicia a las 14 SG.			
8. Las usuarias reciben el tratamiento ARV indicado cuando no han tenido exposición previa a ARV, con cuenta CD4 menor de 350 ó clínicamente en fase SIDA, basado en la evidencia científica y clínica.	Tripleterapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r			
9. Las usuarias reciben el tratamiento ARV indicado cuando la usuaria no ha tenido exposición previa a ARV, con cuenta CD4 mayor de 350 y sin evidencia de estar en fase sida, basado en la evidencia científica	Tripleterapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r.			
Atención al parto y al recién nacido				
10. Se cumplen con las Indicaciones pertinentes para la atención del parto de las mujeres con VIH.	Si el parto vaginal es inminente, evitar la realización de episiotomía.			
	Se monitorea el trabajo de parto utilizando el partograma.			
	Se atiende parto siguiendo protocolos de atención.			
11. La atención de los	Realizan baño del recién nacido.			

Recién Nacidos hijos/as de madres con VIH, son atendidos de acuerdo Protocolo de PTMI y Guía de Manejo de la niñez expuesta al VIH.	Efectúan lavado gástrico con solución salina tibia.			
	Aplican vitamina K después de 24 horas.			
	Evitan vacuna BCG.			
	Se inicia administración de 2mg/kg/dosis de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis única en recién nacidos de mujeres que recibieron NVP.			
	Se toman ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado/a del recién nacido.			
12. Se verifica el cumplimiento de la administración de antirretrovirales a parturientas con VIH y se continúa el esquema	Se administra AZT intravenoso 2mg/Kg/hora/dosis durante 3 horas previas a cesárea a toda usuaria que llega en fase de latencia sin trabajo de parto.			
	Se administra AZT durante acto quirúrgico.			
13. Se cumplen con las Indicaciones pertinentes para la atención de la cesárea de las mujeres con VIH y la atención del niño con exposición	Se atiende la cesárea siguiendo los protocolos de atención, realizándose a las 38 SG.			
	Realiza limpieza del recién nacido con agua y jabón.			
	No se efectúa lavado gástrico con solución salina tibia.			
	Aplican vitamina K después de 24 horas después del nacimiento.			
	Aplicar vacuna BCG antes del egreso.			
	Se inicia administración de 2mg/Kg./6 horas de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis única en hijos de mujeres sin PTMI.			
14. El tratamiento ARV a indicar, en caso de que la usuaria haya tenido ARV antes de la gestación, se enmarca en lo establecido en las normas nacionales.	Se toman ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado del recién nacido.			
	En recién nacidos cuya madre presenta menos de 50 copias/ml se administra ZDV por 6 semanas.			
15. Las usuarias con infección por VIH, reciben consejería/ orientación integral durante el puerperio.	En recién nacidos cuya madre presenta 50 copias ó más/ml se administra ZDV por 6 semanas con dosis única de NVP a menos que la madre haya recibido NVP.			
	Se realiza retiro de puntos de sutura y evaluación del puerperio inmediato en alto riesgo a los ocho días post-parto en consulta externa.			
	Se refuerza mantener la terapia ARV de la madre y del RN y de acudir a las citas de ambos.			
16. Las usuarias con infección por VIH, en periodo de puerperio, reciben orientación sobre las prácticas de alimentación infantil.	Se refuerza que el uso consistente y correcto del condón puede ayudar a evitar embarazos e ITS.			
	Se explica que la lactancia materna debe suspenderse y sustituirse por sucedáneos.			
	Se realiza aprovisionamiento de fórmula para RN.			

ANEXOS 2

Cuadro No. 1

Características Generales de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional. Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 16

Datos Generales	frec	%
Edad		
< de 20	1	6.3
21- 30	13	81.3
> de 30	2	12.5
Procedencia		
Urbano	7	43.8
Rural	9	56.3
Escolaridad		
Analfabeta	3	18.8
Primaria	5	31.3
Secundaria	8	50.0
Estado Civil		
Casada	4	25.0
Acompañada	10	62.5
Soltera	2	12.5
Ocupación		
Ama de casa	14	87.5
Comerciante	2	12.5
Número de hijos antes de este embarazo		
Ninguno	3	18.8
1 a 3	11	68.8
4 a 5	1	6.3
>5	1	6.3
Captación según edad gestacional		
Captada en 1er trimestre	4	25.0
Captada en el 2do trimestre	1	6.3
En seguimiento captada 1er trimestre	3	18.8
En seguimiento captada 2do trimestre	6	37.6
En seguimiento captada 3er trimestre	2	12.5

Fuente. Expediente clínicos.

Cuadro No. 2

Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del Control Pre-natal de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 16

Estándares de desempeño	Criterios de verificación	Repuesta			
		SI		NO	
		n	%	n	%
El manejo clínico de las embarazadas al ingreso del CPN con VIH se cumple según normas y Protocolos.	Se realiza una historia clínica completa, incluyendo vida sexual y antecedentes de ITS.	15	93.7	1	6.3
	Se realiza examen físico completo.	15	93.7	1	6.3
	Se descarta signos y síntomas de infección por VIH: pérdida de peso, fatiga, fiebre, sudoración, dificultad respiratoria, diarrea, síntomas neurológicos, síntomas visuales, candidiasis oral o vaginal recurrente/persistente, linfadenopatías, lesiones cutáneas o de las mucosas.	15	93.7	1	6.3
	Se buscan signos y síntomas de infecciones oportunistas e ITS.	15	93.7	1	6.3
	Se investigan antecedentes de uso de drogas.	15	93.7	1	6.3
	Si investiga las Relaciones sexuales sin protección.	15	93.7	1	6.3
	Los riesgos perinatales de las embarazadas con VIH son evaluados de acuerdo a las normas en todo el embarazo	Determina edad gestacional (de preferencia mediante ultrasonografía).	13	81.3	2
No aplican a este indicador		1	6.3	-	-
Se explora el bienestar fetal, a través de la realización de tres ultrasonidos: al ingreso a APN, entre las 24 y 28 SG y entre la 37 y 38 SG.		7	43.8	2	12.5
No aplican a este indicador		7	43.8	-	-
Se evalúa la ganancia de peso de la madre.		7	43.8	9	56.2
Se toma muestras citológicas para descartar patologías del cuello uterino y presencia de ITS.		15	93.7	1	6.3
Se evalúa el riesgo de diabetes materna.		7	43.8	9	56.2
Se evalúa el riesgo de isoimmunización Rh.		15	93.7	1	6.3
Se evalúa el riesgo de pre eclampsia o hipertensión clínica subyacente.		7	43.8	9	56.2
Se descarta acidosis láctica mediante pruebas de amilasa sérica y CPK.		-	-	15	93.7
No aplican a este indicador		1	6.3	-	-
Se evalúa el consumo de tóxicos y dependencia alcohólica.	15	93.7	1	6.3	

Fuente. Expediente clínicos

Cuadro No. 3

Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del Control Pre-natal de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 16

Estándares de desempeño	Criterios de verificación	Repuesta			
		SI		NO	
		n	%	n	%
Los riesgos de infecciones oportunistas de las embarazadas con VIH, son evaluados correctamente de acuerdo a las normas.	Se evalúa la edad de la embarazada.	16	100	-	-
	Se evalúa la carga viral (PCR RNA) y el conteo de linfocitos CD4.	9	56.2	7	43.8
	Se descarta sífilis materna mediante test VDRL, de preferencia durante el primer trimestre de gestación.	7	43.8	1	6.3
	No aplican a este indicador	8	50.1	-	-
	Se descarta hepatitis B y C mediante serología.	9	56.2	7	43.8
	Se descarta toxoplasmosis mediante estudio de IgG e IgM, al inicio del embarazo y entre la 24 y 28 SG	12	75.0	1	6.3
	No aplican a este indicador	3	18.8	-	-
	Se evalúa contacto con tuberculosis mediante: PPD, baciloscopia y radiografía de tórax, en sintomáticas respiratorias.	-	-	-	-
	No aplican a este indicador	16	100	-	-
	Se evalúa el hemograma y las funciones renal y hepática, al ingreso a APN y entre la 24 y 28 SG	13	81.3	1	6.3
No aplican a este indicador	2	12.5	-	-	
Sobre recomendaciones nutricionales para que se mantengan saludables durante la gestación.	Se verifica que la gestante tenga una ganancia de peso adecuado al índice de masa corporal.	7	43.8	1	6.3
	no aplica a este indicador	8	50.1	-	-
Se asegura que las usuarias comprendan los riesgos y se responsabilicen por su tratamiento.	Se explica/informa y se pide a la gestante que firme consentimiento informado para inicio de terapia antirretroviral.	15	93.7	-	-
	No aplican a este indicador	1	6.3	-	-
	Se explica/informa y se pide a la gestante que firme consentimiento informado para parto por cesárea.	15	93.7	-	-
	No aplican a este indicador	1	6.3	-	-

Fuente. Expediente clínicos

Cuadro No. 4

Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del Control Pre-natal de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 16

Estándares de desempeño	Criterios de verificación	Repuesta			
		SI		NO	
		n	%	n	%
El tratamiento ARV a indicar, en caso de que la usuaria haya tenido ARV antes de la gestación, se enmarca en lo establecido en las normas nacionales.	Se evalúa cambio de discontinuar Terapia ARV durante primer trimestre.	3	18.8	8	50.0
	No aplican a este indicador	5	31.3	-	-
	Se cambia EFV por NVP o IP.	3	18.8	8	50.0
	No aplican a este indicador	5	31.3	-	-
	Se considera el uso de Zidovudina pero evitando asociarla con d4T o ddl.	3	18.8	8	50.0
	No aplican a este indicador	5	31.3	-	-
La usuaria iniciará profilaxis para PTMI.	Se inicia a las 14 SG.	7	43.8	1	6.3
	No aplican a este indicador	8	50.0	-	-
Las usuarias reciben el tratamiento ARV indicado cuando no han tenido exposición previa a ARV, con cuenta CD4 menor de 350 ó clínicamente en fase SIDA, basado en la evidencia científica y clínica.	Tripleterapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r	-	-	1	6.3
	No aplican a este indicador	15	93.7	-	-
9. Las usuarias reciben el tratamiento ARV indicado cuando la usuaria no ha tenido exposición previa a ARV, con cuenta CD4 mayor de 350 y sin evidencia de estar en fase sida, basado en la evidencia científica	Tripleterapia: AZT + 3TC + NVP o LPV/r.	7	43.8	1	6.3
	No aplican a este indicador	8	50.0	-	-

Fuente. Expediente clínicos

Cuadro No. 5

Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del Control Pre-natal de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 6

Estándares de desempeño	Criterios de verificación	Repuesta			
		SI		NO	
		n	%	n	%
Se cumplen con las Indicaciones pertinentes para la atención del parto de las mujeres con VIH.	Si el parto vaginal es inminente, evitar la realización de episiotomía.	-	-	1	6.3
	No aplican a este indicador	15	93.7		
	Se monitorea el trabajo de parto utilizando el partograma.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7		
La atención de los Recién Nacidos hijos/as de madres con VIH, son atendidos de acuerdo Protocolo de PTMI y Guía de Manejo de la niñez expuesta al VIH.	Se atiende parto siguiendo protocolos de atención.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7		
	Realizan baño del recién nacido.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7		
	Efectúan lavado gástrico con solución salina tibia.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7		
	Aplican vitamina K después de 24 horas.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7		
	Evitan vacuna BCG.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7		
Se verifica el cumplimiento de la administración de antirretrovirales a parturientas con VIH y se continúa el esquema	Se inicia administración de 2mg/kg/dosis de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis única en recién nacidos de mujeres que recibieron NVP.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7	-	-
	Se toman ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado/a del recién nacido.	1	6.3	-	-
	No aplican a este indicador	15	93.7	-	-
	Se administra AZT intravenoso 2mg/Kg/hora/dosis durante 3 horas previas a cesárea a toda usuaria que llega en fase de latencia sin trabajo de parto.	-	-	-	-
	No aplica a este indicador	16	100	-	-

Fuente. Expediente clínico

Cuadro No. 6

Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del Control Pre-natal de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 16

Estándares de desempeño	Criterios de verificación	Repuesta			
		SI		NO	
		n	%	n	%
Se cumplen con las Indicaciones pertinentes para la atención de la cesárea de las mujeres con VIH y la atención del niño con exposición	Se atiende la cesárea siguiendo los protocolos de atención, realizándose a las 38 SG.	15	93.7	-	-
	No aplica a este indicador	1	6.3		
	Realiza limpieza del recién nacido con agua y jabón.	-	-	15	93.7
	No aplica a este indicador	1	6.3		
	Se efectúa lavado gástrico con solución salina tibia.	-	-	15	93.7
	No aplica a este indicador	1	6.3		
	Aplican vitamina K después de 24 horas después del nacimiento.	15	93.7	-	-
	No aplica a este indicador	1	6.3		
	Aplicar vacuna BCG antes del egreso.	-	-	15	93.7
		1	6.3		
	Se administra AZT durante acto quirúrgico.	15	93.7	-	-
	No aplica a este indicador	1	6.3	-	-
	Se inicia administración de 2mg/Kg./6 horas de AZT oral por seis semanas y nevirapina dosis única en hijos de mujeres sin PTMI.	1	6.3	-	-
	No aplica a este indicador	15	93.7	-	-
Se toman ELISA y VDRL previo consentimiento informado del encargado del recién nacido.	15	93.7	-	-	
No aplica a este indicador	1	6.3	-	-	
Las usuarias con infección por VIH, reciben consejería/ orientación integral durante el puerperio.	Se realiza retiro de puntos de sutura y evaluación del puerperio inmediato en alto riesgo a los ocho días post-parto en consulta externa.	15	93.7	-	-
	No aplica a este indicador	1	6.3	-	-
	Se refuerza mantener la terapia ARV de la madre y del RN y de acudir a las citas de ambos.	16	100	-	-
	Se refuerza que el uso consistente y correcto del condón puede ayudar a evitar embarazos e ITS.	16	100	-	-
Las usuarias con infección por VIH, en periodo de puerperio, reciben orientación sobre las prácticas de alimentación infantil.	Se explica que la lactancia materna debe suspenderse y sustituirse por sucedáneos.	16	100	-	-
	Se realiza aprovisionamiento de fórmula para RN.	16	100	-	-

Fuente. Expediente clínico

Cuadro No. 7

Porcentaje de Cumplimiento al Protocolo para Evitar Transmisión Vertical Según Características Generales de las mujeres embarazadas con VIH atendidas. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2011 a Diciembre 2014.

n= 16

Características	Porcentaje de cumplimiento			
	31.6% n = 1		68 – 78% n = 15	
	N	%	n	%
Edad				
< de 20	-	-	1	6.3
21- 30	1	6.3	12	75.2
> de 30	-	-	2	12.5
Procedencia				
Urbano	0	-	7	43.9
Rural	1	6.3	8	50.0
Escolaridad				
Analfabeta	-	-	3	18.8
Primaria	1	6.3	4	25.0
Secundaria	-	-	8	50.0
Estado Civil				
Casada	-	-	4	25.0
Acompañada	-	-	10	62.5
Soltera	1	6.3	1	6.3
Ocupación				
Ama de casa	1	6.3	13	81.3
Comerciante	-	-	2	12.5
Número de hijos antes de este embarazo				
Ninguno	-	-	3	18.8
1 a 3	1	6.3	10	62.5
4 a 5	-	-	1	6.3
>5	-	-	1	6.3
Captación según edad gestacional				
Captada en 1er trimestre	-	-	4	25.0
Captada en el 2do trimestre	-	-	1	6.3
En seguimiento captada 1er trimestre	-	-	3	18.8
En seguimiento captada 2do trimestre	-	-	5	31.3
En seguimiento captada 3er trimestre	1	6.3	2	12.5

Fuente. Expediente clínicos.

ANEXOS 3

RESULTADOS

Gráfico 1.

Edad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

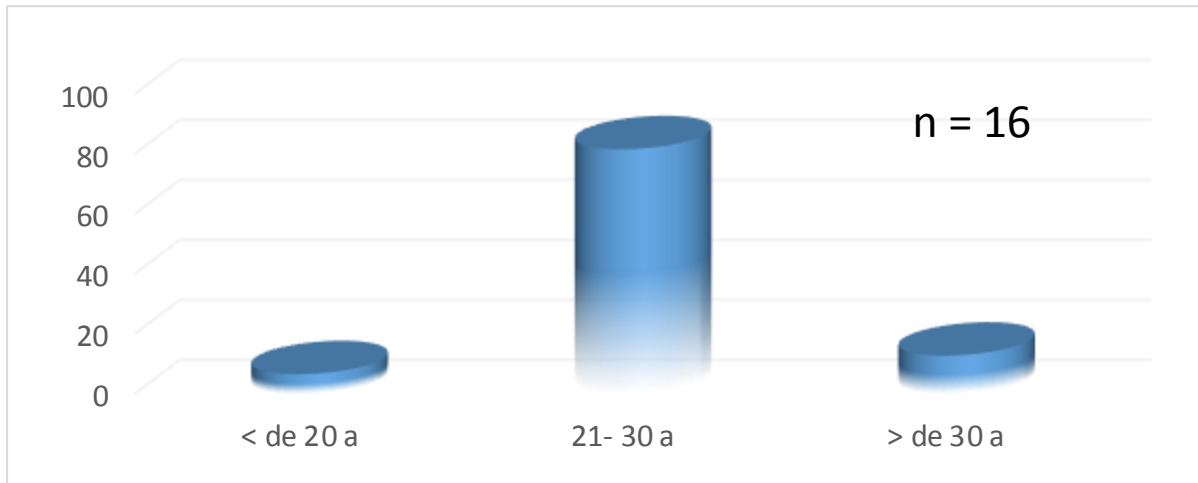


Grafico 2.

Procedencia de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

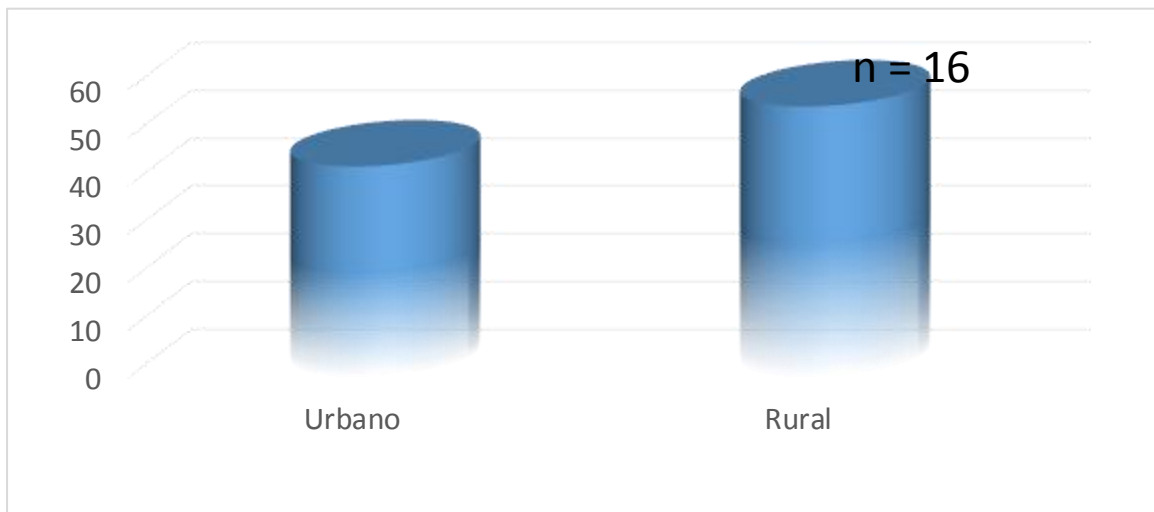


Gráfico 3.

Escolaridad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

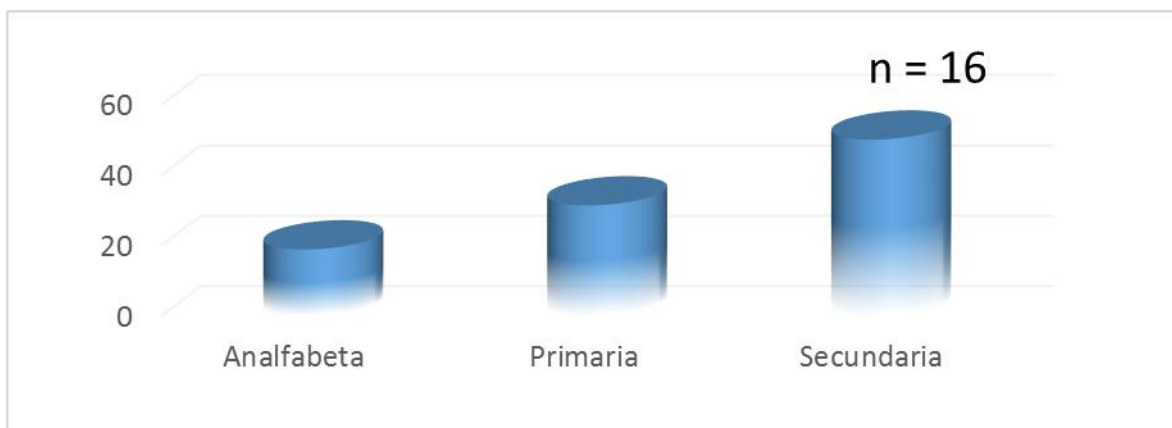


Gráfico 4.

Estado Civil de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

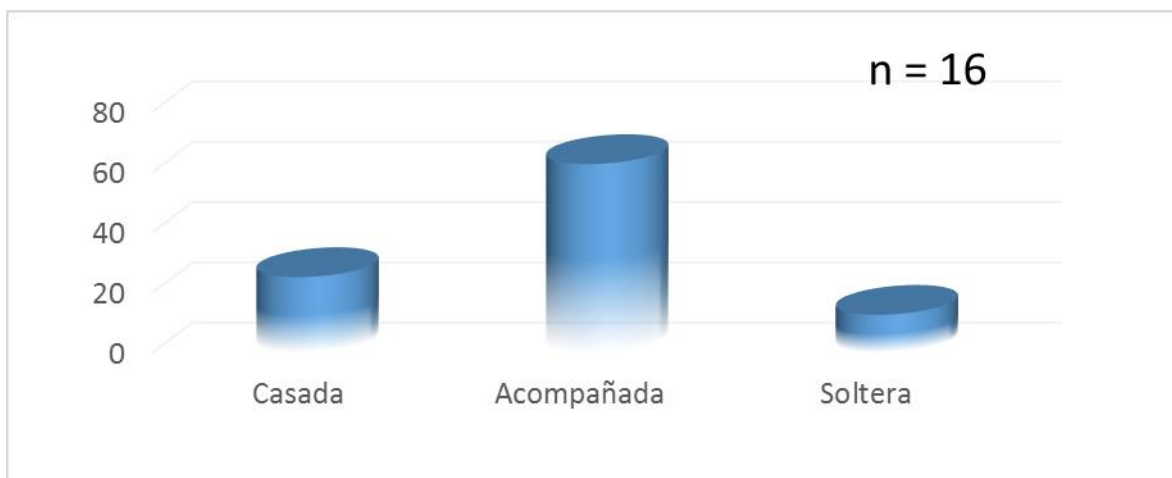


Gráfico 5.

No de Hijos de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

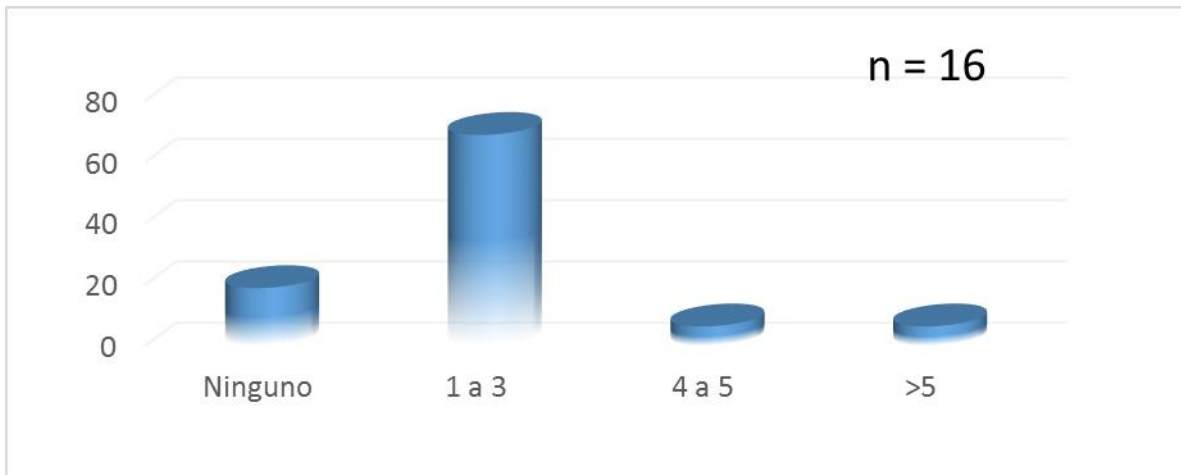


Gráfico 6.

Momento de la Captación de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

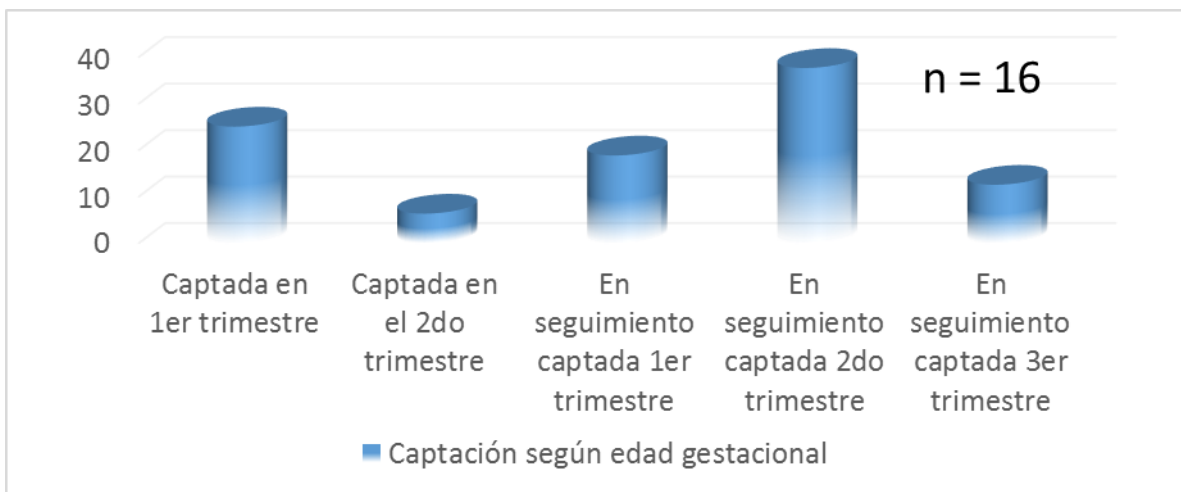


Gráfico 7.

Cumplimiento de Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del CPN de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

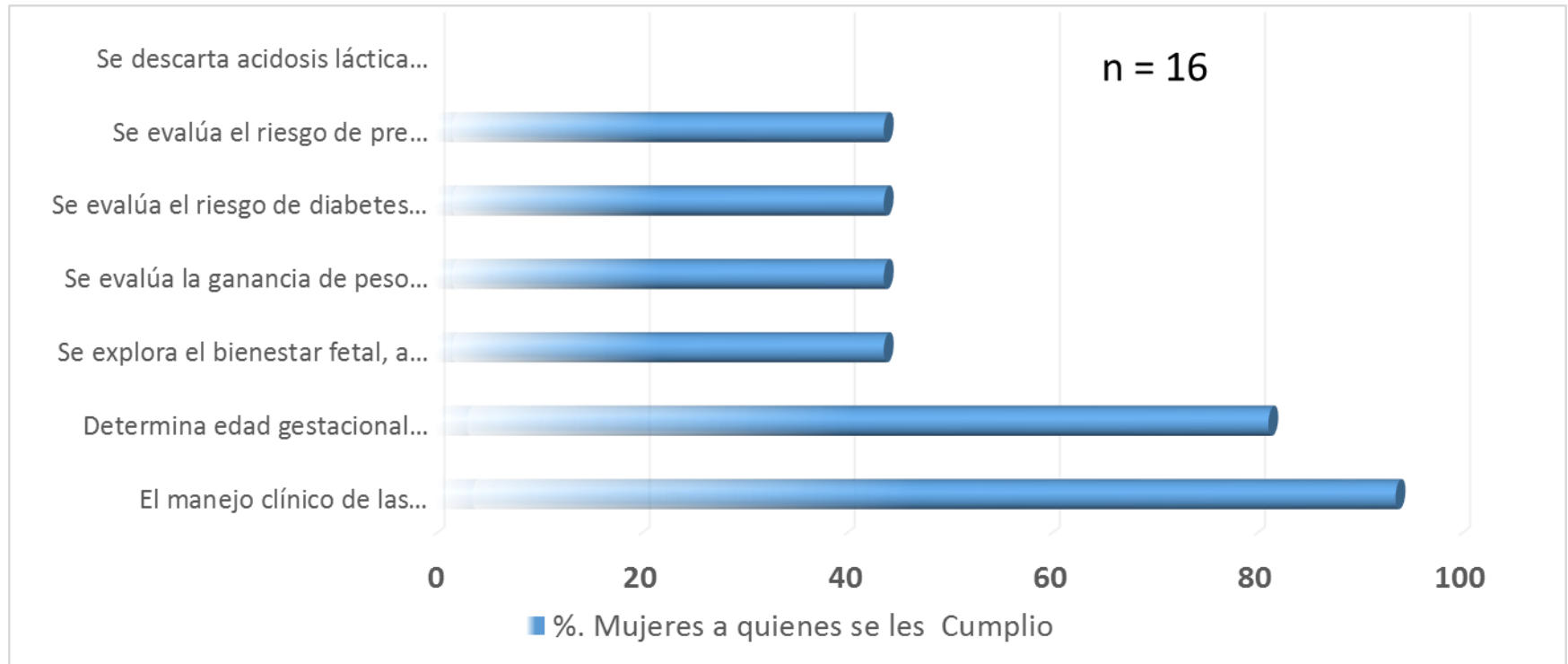


Gráfico 8.

Cumplimiento de Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del CPN de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

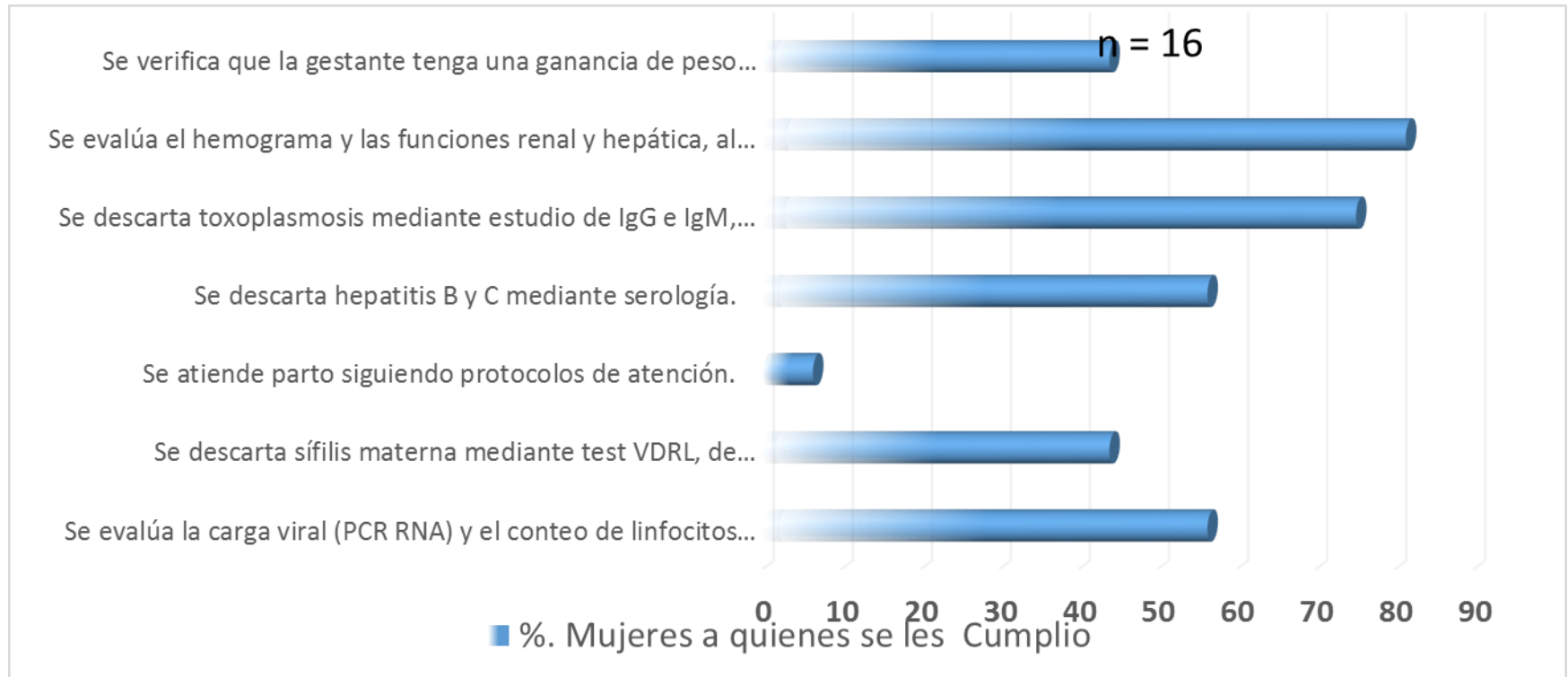


Gráfico 9.

Cumplimiento de Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del CPN de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

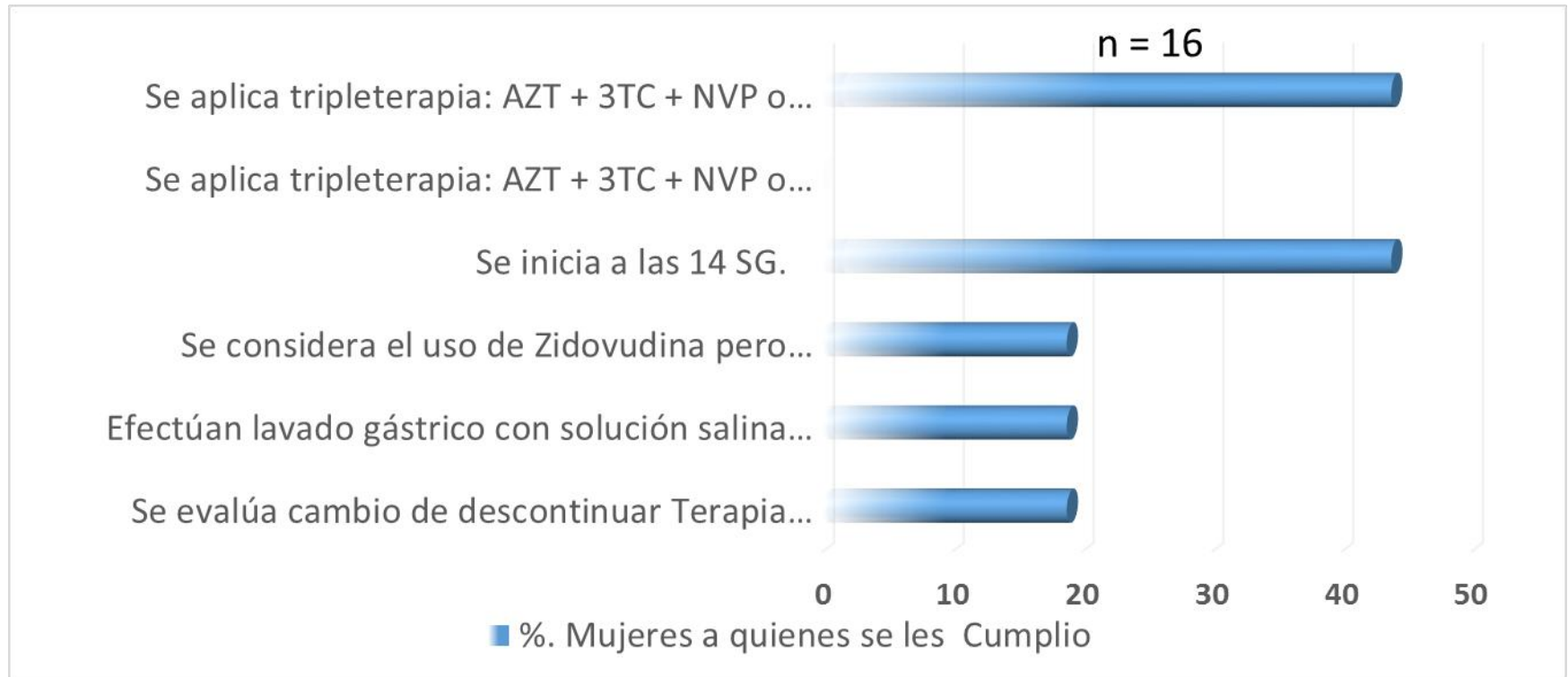


Gráfico 10.

Cumplimiento de Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del CPN de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

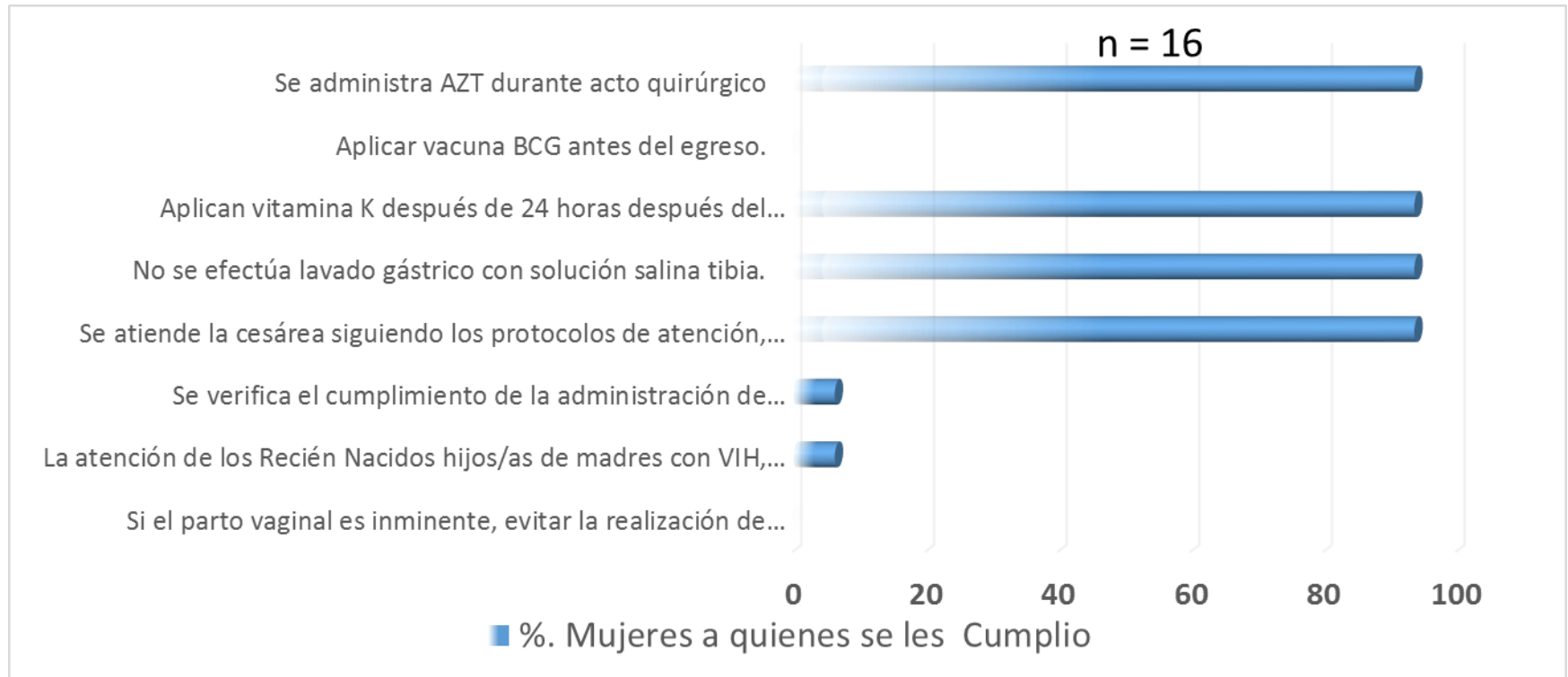


Gráfico 11.

Cumplimiento de Indicadores de Manejo Clínico y Terapéutico del CPN de las mujeres embarazadas con VIH atendidas según protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

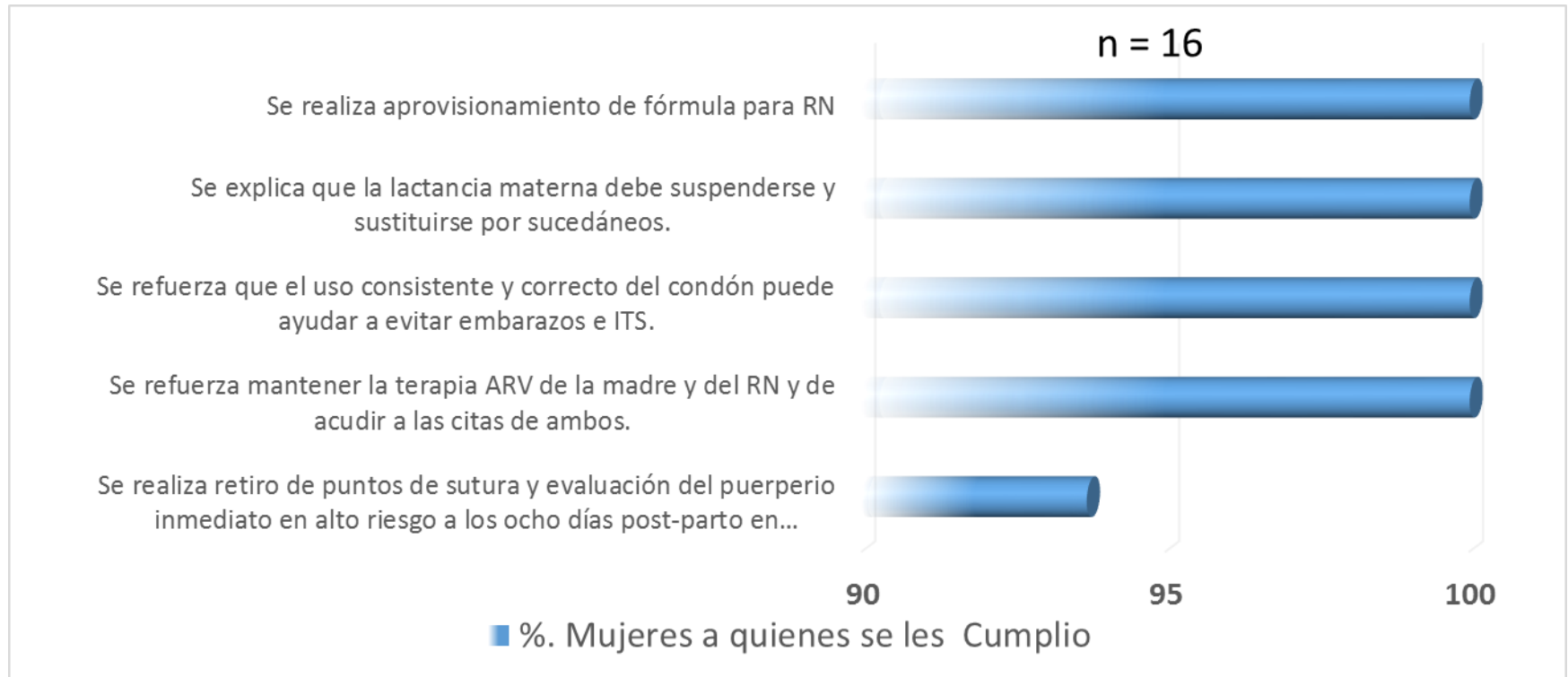


Gráfico 12.

Porcentaje de cumplimiento según la edad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas por protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

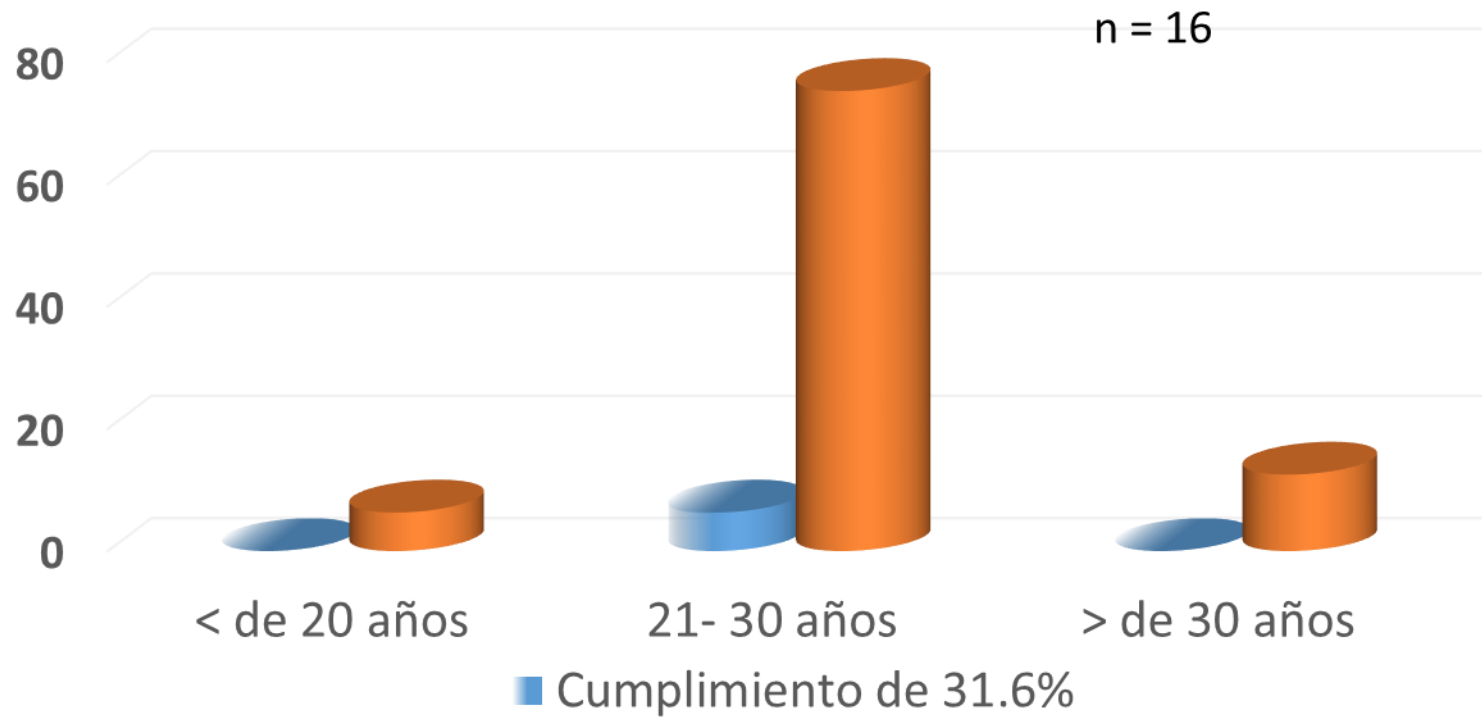


Gráfico13.

Porcentaje de cumplimiento según la escolaridad de las mujeres embarazadas con VIH atendidas por protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

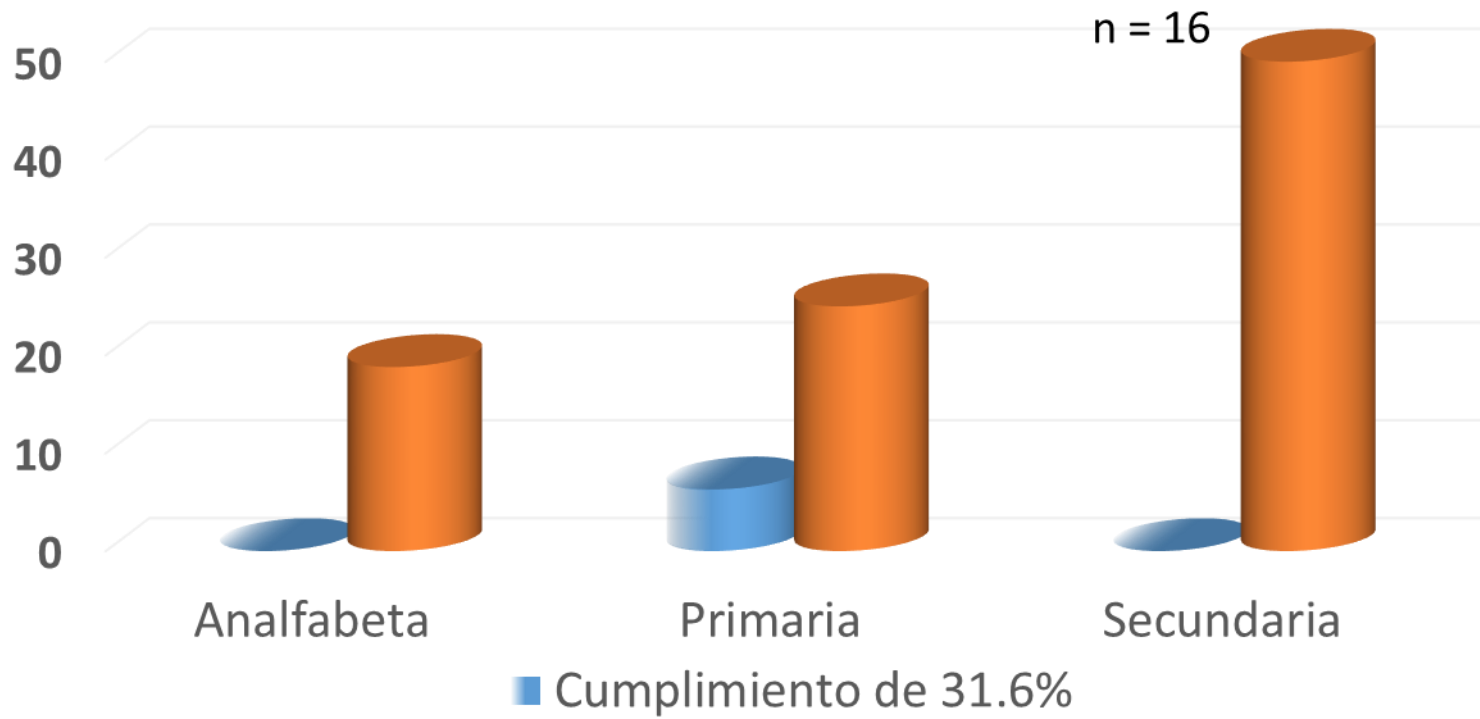


Gráfico 14.

Porcentaje de cumplimiento según Numero de hijos de las mujeres embarazadas con VIH atendidas por protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

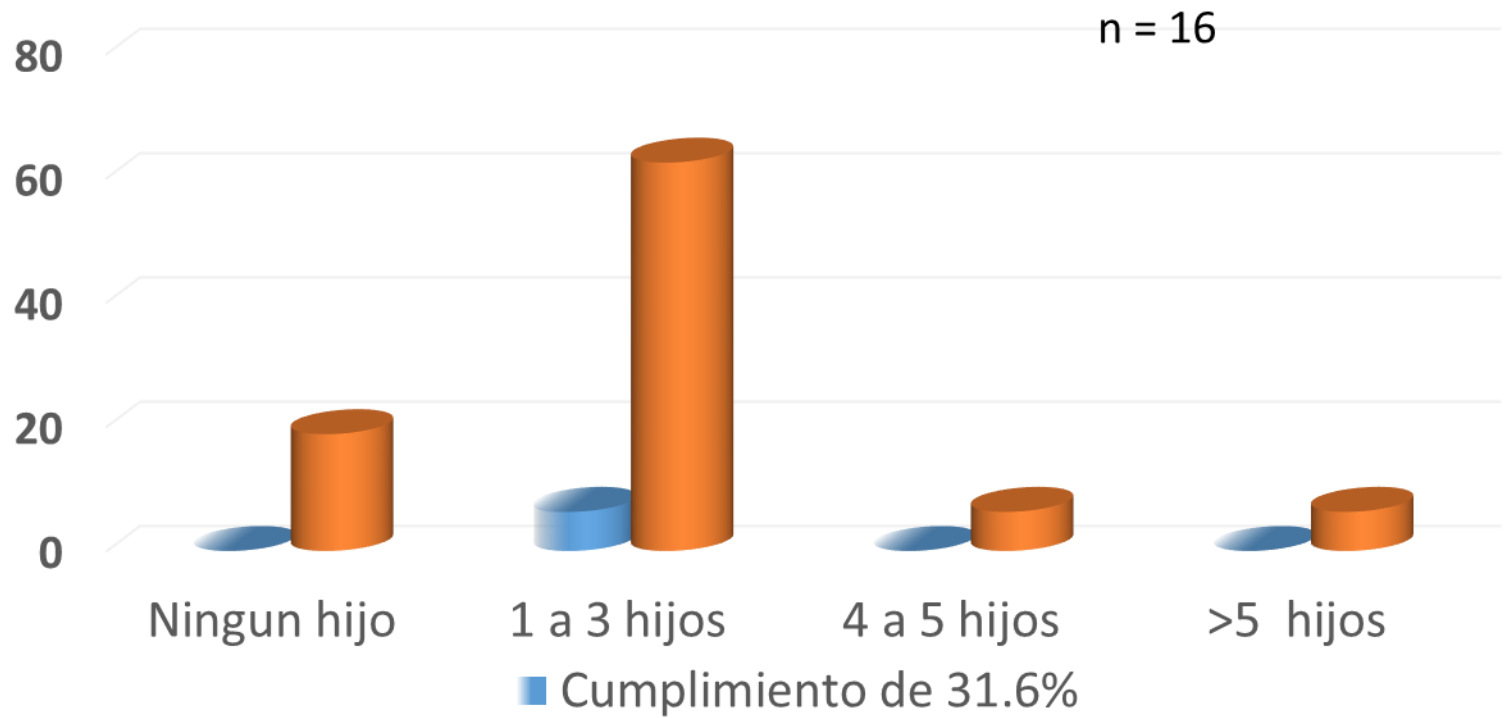


Gráfico 15. Porcentaje de cumplimiento según Número de hijos de las mujeres embarazadas con VIH atendidas por protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical. Hospital Regional Ernesto Sequeira del Municipio de Bluefields - RACCS. Enero 2010 a Diciembre 2014.

