

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

UNAN-MANAGUA.



Tesis para optar al título de Pediatra

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención materno-infantil del VIH en médicos residentes y médicos de base de ginecología y pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense marzo 2018.

Autor:

Dra. Ana María Reyes Tercero.

Médico y cirujano.

Tutor:

Dra. Tammy Tijerino Marín

Especialista en Pediatra

Managua, Nicaragua, 1 de febrero del 2018

Dedicatoria,

Dedico este trabajo a Dios que me dio la vida y fortaleza para llegar a cumplir este sueño.

Mi madre el Elisa Esmeralda Tercero el apoyo más grande que la vida me ha otorgado.

Mi tutora Dra. Tammy Tijerino Marín por apoyarme en la realización de esta investigación compartiéndome sus más grandes conocimientos.

Al hospital Alemán Nicaragüense por ser el espacio en el cual pude desarrollarme como médico pediatra a lo largo de estos 3 años.

Agradecimientos.

El siguiente trabajo a presentar he decidido dedicarlo primeramente a Dios por brindarme la oportunidad y la sabiduría de llegar hasta este momento cuando esto era apenas un sueño. En segundo a mi madre Elisa Esmeralda Tercero la persona más importante en mi vida, pilar fundamental en el desarrollo de mi carrera a lo largo de todos estos años pese a cualquier adversidad. Y por último a mi tutora Dra., Tammy Tijerino Marín que gracias a sus conocimientos me sirvió de guía y foco para elaborar dicho documento, al Hospital Alemán Nicaragüense por darme el espacio de aprender y desarrollarme como médico pediatra en estos tres hermosos años

Opinión del tutor:

A continuación se presenta el trabajo monográfico basado en “conocimientos y practicas sobre prevención materno infantil del VIH en médicos residentes y médicos de base de ginecología y pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense marzo 2018” realizado por la Dra. Ana María Reyes Tercero es un tema de gran interés ya que despunta como una investigación con el fin de recolectar información que anteriormente no estaba documentada y analizada. Este trabajo se enfoca en hacer un análisis claro, objetivo y conciso mediante herramientas de investigación social como encuestas e información que se usó como respaldo para obtener los resultados esperados.

Uno de los objetivos principales en la elaboración de este trabajo es que sirva de base para estudios futuros con relación a este tema, además que sirva de bibliografía de estudio para las generaciones venideras de médicos en el país.

Los resultados se lograron obtener gracias al esfuerzo de la Dra. Reyes en su afán de obtener una investigación con fines de quedar como pauta en este tema. Durante todo el proceso la Dra. Reyes demostró interés y una actitud proactiva en la realización de esta investigación por tal razón no me queda más que felicitarla por este aporte que está dejando a la medicina en nuestro país.

Dra. Tammy Tijerino Marin

Espicalista en Pediatria

Hospital Aleman Nicaraguense.

Contenido

I.INTRODUCCIÓN	2
II.ANTECEDENTES.....	4
III.JUSTIFICACION.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.OBJETIVOS.	8
VI.MARCO TEORICO.....	9
VII.DISEÑO METODOLÓGICO.	26
VIII.RESULTADOS	35
IX.ANÁLISIS DE RESULTADOS.	44
X.CONCLUSIONES.....	47
XII.BIBLIOGRAFÍA.....	49
XII.ANEXOS.....	50

I.INTRODUCCIÓN

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.¹

La infección por el VIH, tanto en pacientes adultos como en niños, tiene como características comunes la inmunosupresión provocada por la destrucción de los linfocitos CD4+, así como un efecto patógeno directo o indirecto sobre otros órganos. Sin embargo, esto último tiene mayor relevancia en el recién nacido y lactante al incidir en la fase de ontogénesis y diferenciación. Asimismo, difieren en las manifestaciones clínicas y virológicas de la infección por VIH. El riesgo de desarrollar SIDA es más elevado en niños que en adultos, siendo especialmente alto durante el primer año de vida (20-30%) y disminuye a partir de entonces al 2-3 % anual. En relación al uso de la farmacoterapia, los pacientes pediátricos con infección VIH difieren de los adultos en parámetros farmacocinéticas, debido al continuo crecimiento y maduración de los órganos implicados en el metabolismo y eliminación de los fármacos.^{2,3}

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión materno infantil. La infección por el VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción, por el riesgo de transmisión materno-infantil con la consecuente infección del niño; una oportuna identificación de la mujer con VIH puede evitar que esto se presente.^{4,5}

En Nicaragua, para el año 2017 hay un registro de 959 personas que se diagnosticaron con el virus del VIH, afectando principalmente al sexo masculino, ya que el 75% son hombres y el 25% restante son mujeres, y en este dato es muy importante recalcar que 113 mujeres fueron mujeres embarazadas captadas con VIH., de las cuales el 77.7 %

comprenden el grupo de edad 15 a 19 años. Por otro lado la tasa de transmisión materno infantil paso de 5.2 en 2011 a 1.7 en 2016, cumpliéndose la meta propuesta. ^{6,7}

II. ANTECEDENTES.

Para el presente estudio, se realizó una exhaustiva búsqueda de investigaciones relacionadas con el tema en cuestión, Cabe señalar que no se encontró ningún antecedente que refiera a la misma población que se estudia en esta investigación. Las referencias encontradas se encontraron principalmente en personal de enfermería, y estudiantes de medicina con relación a la temática del VIH en general, que no deja de tener importancia por la problemática que esta representa en forma global.

En la Universidad de Córdoba, Colombia, en el que estudiaron Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/Sida, encontrando que tanto los profesionales de la salud como los estudiantes de enfermería muestran una actitud incómoda a la hora de atender a este tipo de pacientes debido al déficit de conocimientos específicos sobre la enfermedad.⁸

En la ciudad de Managua, se realizó un estudio de conocimiento, actitudes y prácticas en estudiantes de quinto año de medicina, en 2016, Entre los resultados hay inexactitudes en conocimientos, actitudes y prácticas ante el VIH por los estudiantes, y según el puntaje general calculado, la calificación de los objetivos se encuentra entre: Buena (77%) en conocimientos; Regular (60%) en actitud; y Deficiente (59%) en la práctica ante el riesgo de transmisión del VIH.⁹

En un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/sida en personal Médicos y de Enfermería del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca encontraron que los conocimientos sobre VIH y SIDA, el nivel de conocimiento del personal de salud en general se consideró bueno (93%), el nivel de actitud personal fue calificado como regular, (55%), y las practicas del personal entrevistado fue calificado como malas.¹⁰

En el Hospital Aleman Nicaragüense se realizó otra investigación sobre los Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA personal médico, enfermería y laboratorio encontrando: En general, en el componente de conocimiento en el 67% fue regular; actitud positiva en 52%, prácticas adecuadas en 96%.¹¹

No se encontraron estudios en profesionales de la salud sobre los conocimientos actitudes y prácticas que estos tienen para prevenir la transmisión vertical de VIH, por lo que esta investigación proporcionara información de mucha importancia para el sistema de salud y a la sociedad en general.

III.JUSTIFICACION.

Reducir la transmisión vertical del VIH/SIDA como una expresión concreta del derecho a la salud que tiene cada niño y niña representa un reto, que es aún mayor para los países que muestran una feminización de la epidemia del VIH/SIDA

El derecho a la salud es uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud, esta investigación es una herramienta que vendrá a fortalecer la calidad de los procesos de atención de los niños y niñas en la prevención de la transmisión materno del VIH.

Afortunadamente, la eficacia de las acciones de prevención de la transmisión vertical es alta. La transmisión materna infantil del VIH se puede reducir casi a cero si se desarrollan las medidas adecuadas. Por lo que es importante investigar los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas que están en contacto directo con los pacientes y de esta manera diagnosticar tempranamente en la embarazada e iniciar tratamiento profiláctico con antirretrovirales, así mismo, el parto se atenderá personal calificado y se realizará un seguimiento médico estricto al recién nacido.

Esta investigación pretende evaluar de manera precisa correcta atención integral de la embarazada y el recién nacido de hijo de madre con VIH y así mismo describir las acciones que los trabajadores de la salud deben realizar para responder a las necesidades y expectativas de las gestantes a fin de obtener una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, como lo indica el modelo de salud familiar y comunitario.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención materno-infantil del VIH en médicos residentes y médicos de base de ginecología y pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense marzo 2018?

V.OBJETIVOS.

Objetivo general:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de médicos de base y médicos residentes de Pediatría y ginecología sobre la prevención materno infantil del VIH en el HAN en marzo 2018.

Objetivos específicos.

1. Describir las características de la población de estudio
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención materno-infantil de VIH en el hospital Alemán Nicaragüense.
3. Conocer las Actitudes ante la prevención materno-infantil de VIH en el hospital alemán nicaragüense.
4. Determinar la calidad de la práctica en la prevención materno-infantil de VIH en el hospital alemán nicaragüense.

VI.MARCO TEORICO.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana pertenece a la familia de retrovirus humanos (Retroviridae), dentro de la subfamilia de lentivirus. Se conoce el VIH 1 y VIH 2. Es ARN y su característica principal es la transcripción inversa de su ARN genómico a ADN por actividad de la transcriptasa inversa. Provoca importante inmunodeficiencia al afectar la inmunidad celular principalmente a través del agotamiento de los linfocitos CD4 por los cuales tiene mayor afinidad, también invade macrófagos y células dendríticas.^{12,13}

EPIDEMIOLOGIA LOCAL.

En Nicaragua, para el año 2017 se diagnosticaron 959 personas con VIH, de las cuales 113 era embarazadas, los departamentos con mayor número de casos reportados fueron: Managua, seguido de Chinandega, Bilwi, y León. El 75% de las personas diagnosticadas fueron del sexo masculino y la población heterosexual represento el 63% del mecanismo de trasmisión, seguido de 37% en población clave y solo el 1% de transmisión vertical. De la población clave los hombres que tienen sexo con hombres representan el 56% seguido de los Trans que representan el 31%, Los grupos de edades que predominan van de los 15 a los 35 años. Actualmente en Nicaragua hasta finales del 2017 en Nicaragua existen 4356 personas que viven con VIH y están en tratamiento con antiretrovirales, una proporción mucho mayor en relación a años previos.¹⁴

Etiología.

El VIH (figura 50-2) es una partícula que mide de 80 a 130 nm, cuyo genoma consta de una cadena de RNA. Pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia lentivirus, un grupo con el que comparte ciertas características morfológicas, genéticas y fisiopatogénicas, con un efecto citopático, más que oncogénico.¹⁵

Existen dos tipos de VIH, que se designan VIH y VIH-2. El VTH-1, el mejor conocido, es el causante de la mayor parte de los casos de SIDA en el mundo. El VIH-2 se identificó por vez primera en 1986 en enfermos de África oriental, región donde estuvo confinado varios años. No obstante, ahora se han informado casos de infección por VIH-2 en

Europa, América del Sur, Canadá, así como Estados Unidos de América. Existen algunas diferencias clínicas entre la infección por VIH-1 y la causada por el VIH-2; la más relevante entre ellas son la menor eficiencia de transmisión del VIH 2, Existen algunas diferencias clínicas entre la infección por VIH -1 y la causada por el VIH-2; la más relevante entre ellas son la menor eficiencia de transmisión del VIH.¹⁵

INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INFECCIÓN POR VIH.

Prevención primaria del VIH en mujeres embarazadas y no embarazadas:

Las prioridades para la prevención primaria en el contexto de la transmisión materno infantil del VIH deberán estar enfocadas en las siguientes áreas:

- Promover la información y educación sobre VIH y sífilis a la población adolescente y joven.
- Ampliar el acceso a servicios de asesoramiento pre-prueba y prueba del VIH, en mujeres en edad fértil y hombres, particularmente durante el embarazo con mecanismos apropiados de referencia.
- Los servicios preventivos deben estar disponibles para las poblaciones claves de mayor riesgo y vulnerabilidad: Mujeres y hombres trabajadoras sexuales, hombres que tiene sexo con hombres (HSH) Trans, migrantes y poblaciones móviles.¹⁶

Prevención de embarazos no deseados:

Promover el uso correcto y consistente del condón en todas las mujeres con VIH y sus parejas. Los programas deben disponer de información para orientar a las mujeres sobre las mejores opciones anticonceptivas a utilizar en combinación con el condón, basándose en la mejor evidencia científica disponible. Esta recomendación tendrá en cuenta lo siguiente:

- Las mujeres en edad fértil con VIH pueden utilizar DIU como método de planificación familiar, siempre deberá acompañarse con uso del condón.

- No hay restricción en el uso de cualquier anticonceptivo hormonal, pero deben tener en consideración las interacciones medicamentosas potenciales.¹⁶

CONSEJERÍA PRECONCEPCIONAL EN MUJERES CON VIH

Proveer consejería y apoyo para evitar la transmisión a las parejas serodiscordantes. El riesgo de transmisión del VIH es entre 0,001 y 0,03 por cada relación sexual sin protección. El riesgo se reduce si la persona con VIH tiene una carga viral indetectable y es adherente, este no está completamente eliminado puede haber una cantidad significativa de virus en los fluidos genitales.¹⁶

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH.

La transmisión materna infantil del VIH se produce en tres momentos:

- **Durante el embarazo:** Ocurre aproximadamente un 30% de los casos. La gran mayoría se produce en los dos últimos meses de embarazo y solamente un 2% se presenta antes de esta etapa del embarazo.
- **Durante el parto:** Por las secreciones contaminadas que quedan impregnadas en el recién nacido, se produce un 50% de los casos, constituye el principal momento de transmisión.
- **Durante la lactancia materna:** Se presenta entre 15 - 20% de casos.¹⁶

La infección posparto ocurre a través de la lactancia materna. En general, los niños y niñas alimentados del pecho materno incrementan el riesgo de adquirir la infección en un 4% durante la lactancia en los primeros 4 meses de vida, y entre 15-20% cuando esta dura más de 6 meses.¹⁶

FACTORES DE RIESGO.

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

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

- **Edad:** la constitución de la mucosa vaginal, del tejido cervical y el pH vaginal en la adolescente aumentan el riesgo de infección por VIH, acentuándose cuando la mujer tienen actividad sexual en la pubertad temprana.¹⁶
- **La mucosa vaginal** tiene una gran área de superficie y las micro lesiones que ocurren durante la relación sexual pueden ser la puerta de entrada para el virus, es un aspecto importante a considerar en las mujeres más jóvenes. También cobra relevancia el hecho que las relaciones sexuales violentas o forzadas pueden ocasionar lesiones vaginales con mayor riesgo de transmisión del VIH.¹⁶
- **El esperma** contiene mayor cantidad de virus que las secreciones vaginales, teniendo la mujer el riesgo más grande de infectarse, en la relación heterosexual la probabilidad de transmisión es mayor de hombre a mujer. ¹⁶
- **Las infecciones de transmisión sexual** aumentan el riesgo de infección por VIH, esto se observa especialmente en la sífilis con un riesgo relativo de 9,9, en otras ITS como la gonorrea con un riesgo relativo de 8,9, herpes genital 8,5, verrugas genitales 4,9 y úlceras genitales. ¹⁶

Factores económicos.

- La dependencia económica de las mujeres hacia los hombres impide que la mujer negocie medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual o el uso del preservativo.¹⁶
- En algunos lugares el trabajo comercial del sexo es una fuente ingreso para mujeres con necesidad económicas o que realiza este tipo de trabajo.¹⁶

Factores socioculturales:

- A las mujeres en general no se les permite hablar abiertamente de su sexualidad, muchas no pueden solicitar el uso del condón o cualquier forma de protección, si lo hacen o se niegan a tener relaciones sexuales se arriesgan a ser abusadas debido a sospecha de infidelidad.¹⁶

DIAGNÓSTICO DE VIH.

A toda embarazada deben ofertarle y realizarle la prueba rápida para la detección del VIH; será realizada en la atención del control prenatal durante su captación en el primer trimestre del embarazo. Cuando el resultado de una prueba de diagnóstico para VIH sea “No reactor”, deberán indicarla a la embarazada nuevamente en el tercer trimestre del embarazo a las (28 semanas de gestación), en este período se presentan el mayor número de casos de transmisión materno infantil y se abarcar el período de ventana inmunológica ante una probable infección por VIH.¹⁶

La infección por VIH puede permanecer asintomática durante varios años posteriores al contacto con el virus. Los síntomas de la enfermedad avanzada del VIH aparecen cuando las células CD4+ disminuyen y aparece una infección oportunista. La mayoría de las embarazadas con infección por VIH que se presentan a la atención prenatal son asintomáticas y pueden no ser conscientes que tienen la infección por el VIH.¹⁶

La prueba del VIH es un proceso que detecta en sangre o fluidos corporales la presencia de anticuerpos o la detección de partículas del virus que se producen durante la infección por el VIH.¹⁶

La mayoría de las pruebas del VIH tiene capacidad para detectar anticuerpos en la sangre y no detectan el virus. Esto ocasiona que la persona con infección reciente la prueba pueda resultar negativa, conociéndose esta etapa como “período ventana”, siendo necesario repetir la prueba a las 6 semanas de una exposición.¹⁶

Las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el VIH se clasifican generalmente en pruebas de tamizaje y pruebas de confirmación.¹⁶

Prueba de Tamizaje.

Las pruebas de tamizaje son altamente sensibles y en ocasiones pueden presentar resultados falsos positivos, se requiere confirmación.

- **Pruebas rápidas de VIH:** Son pruebas sencillas, que no requieren equipamiento y ofrecen una sensibilidad y especificidad similar a la prueba de ELISA para el

serodiagnóstico de la infección por VIH. Estas pruebas permiten obtener el resultado en pocos minutos.¹⁶

- **Enzaimunoen ensayo (ELISA):** Es la prueba que mayormente se utiliza para detectar anticuerpos contra el VIH. Desde su introducción se han utilizado diferentes formatos mejorados. Las pruebas de ELISA IV generación permiten detectar antígeno p24 y los anticuerpos anti-VIH es la prueba de confirmación diagnóstica de VIH.¹⁶

Pruebas de control de calidad

Las pruebas confirmatorias están diseñadas para ofrecer una especificidad más alta que las pruebas de tamizaje.

- Inmunoelctrotransferencia (Western Blot) se utiliza como prueba para control de calidad y se considera el patrón oro para confirmar la presencia de anticuerpos contra el VIH.¹⁶

Algoritmo diagnóstico de VIH en mujeres embarazadas

Las pruebas rápidas de VIH se realizarán en todos los establecimientos de salud y que tenga un personal capacitado para tal efecto y el resultado se entregará a más tardar en 30-60 minutos después de tomada la muestra.¹⁶

La prueba de ELISA se realizará en los hospitales nacionales, departamentales (SILAIS) regionales y el CNDR y el resultado debe estar listo para su entrega a más tardar 15 días después de la toma de muestra.¹⁶

Toda embarazada que acepte realizarse la prueba de VIH, se le indicará inicialmente una primera prueba rápida (A1), si el resultado es no reactor se reportará como tal y se brindará consejería postprueba.¹⁶

Si el resultado de A1 es reactor se realizará una segunda prueba rápida (A2) de diferente principio con nueva muestra de sangre. Si el resultado de la prueba A2 es No reactor se reportará como tal, se brindará consejería y se explicará a la embarazada que deberá hacerse la prueba de ELISA para descartar el diagnóstico.¹⁶

Si la prueba de ELISA es negativa se brindará consejería y se recomendará repetir la prueba rápida de VIH de 3 a 6 meses. Si el resultado es positivo se confirma el diagnóstico de VIH, si el resultado es indeterminado, se enviará la muestra al “Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia” para mayores estudios con Western Blot o ADN-proviral (según el caso) cuyo resultado estará listo en 15 días. Si esta última prueba es negativa o indeterminada se brinda consejería y se repetirá en periodo de 3 a 6 meses. Si el resultado es positivo se procederá a diagnosticar a la usuaria como persona con VIH, se brindará consejería y se referirá a la unidad TARV para su ingreso al programa conforme los protocolos de atención integral.¹⁶

La embarazada, al tener dos pruebas rápidas reactivas con diferente principio o pruebas rápidas con resultados serodiscordantes (una prueba rápida reactiva y otra no reactiva), se continuará el algoritmo diagnóstico, sin embargo valorando riesgo-beneficio, se procederá a evaluar a la embarazada como positiva hasta no demostrar lo contrario, iniciando la triple terapia antirretroviral Opción B+plus para prevención de la transmisión materno infantil. Es pertinente explicar y aconsejar a la embarazada sobre la importancia y ventajas de esta decisión.¹⁶

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS Y NIÑAS

El diagnóstico de infección por el VIH en el recién nacido debe efectuarse durante las primeras semanas de vida a los (30 días) a fin de iniciar precozmente la terapia con ARVs. Se recomienda iniciar el TARV en todo niño o niña con diagnóstico de VIH menor de un año independientemente de la situación clínica o inmunológica, por el riesgo elevado que tiene de progresión a enfermedad avanzada o muerte.

Las técnicas serológicas de laboratorio habitualmente utilizadas para el diagnóstico de la infección por el VIH (ELISA, WB, IFI) determinan la presencia de anticuerpos de IgG frente a las proteínas virales. Estas técnicas no son útiles en el recién nacido debido a la presencia de anticuerpos anti-VIH transferidos por la madre. El diagnóstico debe realizarse mediante pruebas virológicas.

Las pruebas virológicas recomendadas de uso clínico para el diagnóstico de infección por VIH en menores de 18 meses son carga viral PCR-ARN viral y PCR ADN-Proviral, estas pruebas detectan parte del genoma del virus y son definitivas para diagnóstico de la infección.

En niños y niñas que adquieren la infección del VIH durante el trabajo de parto, la determinación del genoma del virus puede resultar negativa en las primeras semanas de vida. Deberá indicarse el diagnóstico virológico a las 4 a 6 semanas de vida, cuando la sensibilidad de esta prueba alcanza el 95%. Un resultado positivo requiere confirmación con una segunda prueba de ADN para establecer el diagnóstico, este segundo ADN debe indicarse inmediatamente se obtenga el resultado del primer ADN-proviral positivo.¹⁶

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DURANTE EL EMBARAZO

El propósito de la TARV en la gestación es prevenir la transmisión materno - infantil del VIH, preservando la salud de la madre, del hijo o hija y evitar el desarrollo de resistencia que limiten futuras opciones terapéuticas.

Para prevenir la transmisión materno infantil, debe alcanzarse la supresión de la carga viral en la embarazada, estableciéndose un límite inferior de 1,000 copias/ml, por encima de este rango debe efectuarse 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 antirretrovirales y de 9,8% en mujeres no tratadas en el mismo rango de carga viral plasmática (inferior a 1000 copias/ml), esto indica la importancia de la TARV incluso en madres con carga viral baja.¹⁶

En mujeres embarazadas, la terapia antirretroviral protege a la madre y reduce extraordinariamente el riesgo de TMI, en particular en casos de enfermedad avanzada. Al iniciar la TARV es necesario tener en cuenta la edad gestacional del feto, los posibles efectos de la exposición intrauterina a los fármacos y los efectos adversos de los ARVs en la mujer embarazada. ¹⁶

La pauta de primera línea recomendada en mujeres embarazadas se basa en dos Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa Inversa (INTI) con un (NINTI) TDF/FTC/EFV en codificación dosis fija una sola tableta (CDF). Indicado a las 14 semanas de gestación una vez al día.

En embarazadas que presentan más de 250 células CD4/mm³ debe tenerse en cuenta que el uso de Niverapine puede estar asociada a mayor toxicidad.¹⁶

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH (ETMI).

1) Escenario A. Embarazada con VIH, sin tratamiento antirretroviral previo y sin indicación de TARV.:

Componente anteparto.

Si la usuaria se encuentra asintomática, independientemente del conteo de linfocitos CD4+, se indicará triple terapia con ARVs como profilaxis de transmisión materna infantil a partir de las 14 semanas de gestación. El esquema de elección incluye dos análogos nucleósido (TDF/FTC/ o 3TC)) asociado a un análogo no nucleósido de la transcriptasa reversar (EFV).¹⁶

Componente intraparto

La madre debe recibir desde el inicio de la fase latente del trabajo de parto, o tres horas antes de la cesárea, una infusión continua de AZT IV a dosis de carga de 2 mg/kg en la primer hora y una dosis de mantenimiento de 1 mg/kg/hora hasta ligar el cordón umbilical. En caso de no haber AZT IV, debe administrarse 300 mg de AZT vía oral o una tableta de AZT/3TC (300mg/150mg) tres horas antes de la cesárea o al inicio de la fase latente del trabajo de parto y repetirlo cada 3 horas hasta ligar el cordón umbilical.¹⁶

Componente postparto

Para la madre: Se mantendrá de por vida la terapia antirretroviral independientemente del recuento de CD4 (No debe suspender el TARV), se continuará el seguimiento en la TARV de adultos, con el esquema actual prescrito. Se citará a control del puerperio a la semana del nacimiento.

Para el recién nacido: administrar Zidovudina en jarabe a partir de las dos horas postparto a dosis de 2 mg/kg cada 12 horas (10mg diario cada 12 horas en bebe con peso de 2000-2449gr) y (15mg cada 12 horas con peso >2500gr), durante 4 semanas. No administrar lactancia materna garantizando una adecuada lactancia artificial

2) Escenario B. Embarazada con VIH, sin tratamiento antirretroviral previo pero con indicación de TARV

Cuando la embarazada con VIH no esté con terapia antirretroviral y al hacer el conteo de linfocitos CD4+ se encuentren con ≤ 500 células/ml, se iniciará TARV de inmediato independientemente de la condición clínica y de las semanas de gestación.

Componente anteparto

Si la usuaria se encuentra asintomática, independientemente del conteo de linfocitos CD4+, se indicará triple terapia con ARVs. El esquema de elección incluye dos análogos nucleósido (TDF/FTC/ o 3TC)) asociado a un análogo no nucleósido de la transcriptasa reversar (EFV).

Componente intraparto

Aplica el componente Intraparto del escenario (A)

3. Componente postparto

Para la madre: continuar con su esquema de TARV. Se citará a control del puerperio a la semana del nacimiento.

Para el recién nacido: Aplica el componente posparto del escenario (A)

3) Escenario C. Embarazada con VIH sintomático (etapa sida) sin TARV.

Cuando una embarazada con VIH, sin uso previo de TARV, se encuentre con sintomatología definitoria de sida (estadio 3 o 4 OMS), independientemente de la edad gestacional y del conteo de linfocitos CD4+, se debe de iniciar el uso de fármacos antirretrovirales con el objetivo de tratar la enfermedad, preservar la vida de la usuaria y evitar el elevado riesgo de infección del niño.

Componente anteparto

Si la usuaria se encuentra sintomática (caso sida), independientemente del conteo de linfocitos CD4+, se indicará triple terapia con ARVs como profilaxis de transmisión materna infantil. El esquema de elección incluye dos análogos nucleósido (TDF/FTC/ o 3TC)) asociado a un análogo no nucleósido de la transcriptasa reversar (EFV). Con el objetivo de tratar la enfermedad, preservar la vida de la madre y evitar el riesgo de infección del niño.¹⁶

Componente intraparto

Aplica el componente Intraparto del escenario (A)

Componente postparto

Para la madre: Aplica el componente posparto del escenario (A)

Para el recién nacido: Aplica el componente posparto del escenario (A)

4) Escenario D. EMBARAZADA CON VIH IDENTIFICADA DESPUÉS DE LAS 36 SEMANAS DE GESTACIÓN SIN TRABAJO DE PARTO.

Si el diagnóstico de infección por VIH se realiza después de las 36 semanas de gestación, independientemente del estado clínico de la embarazada y del conteo de linfocitos CD4+ se iniciará terapia antirretroviral y se programará cesárea¹⁶

Componente intraparto.

La madre debe de recibir desde tres horas antes de la hora programada de la cesárea, una infusión continua de AZT IV a dosis de carga de 2 mg/kg en la primera hora y una dosis de mantenimiento de 1 mg/kg/hora hasta ligar el cordón umbilical. En el caso de no haber AZT IV, se debe administrar 300 mg de AZT vía oral o una tableta de AZT/3TC (300mg/150mg) tres horas antes de la cesárea¹⁶

Componente postparto

Para la madre: Aplica el componente posparto del escenario (A)

Para el recién nacido: Para el recién nacido: administrar Zidovudina en jarabe a partir de las dos horas postparto a dosis de 2 mg/kg cada 12 horas (10mg diario cada 12 horas en bebe con peso de 2000-2449gr) y (15mg cada 12 horas con peso >2500gr), durante 4 semanas. 3TC a 2mgkdosis cada 12 horas por 4 semanas. Además NVP a dosis 10mg x días bebe con peso de 2000-2499gr y 15mg x día con peso >2500gr una vez al día 4 semanas. No administrar lactancia materna garantizando una adecuada lactancia artificial.¹⁶

5) Escenario E. mujer con VIH y embarazo de término en trabajo de parto sin TARV

Cuando el diagnóstico de infección por VIH se realiza en un embarazo de término (37 ó más semanas de gestación) con trabajo de parto, independientemente del estado clínico y del recuento de linfocitos CD4, se realizará cesárea de urgencia utilizando infusión de zidovudina¹⁶

Componente intraparto Administración de Zidovudina IV y realización de cesárea de urgencia.

Componente postparto

Para la madre: Se indicará terapia con ARVs (Esquema preferente de primera línea) se completara la evaluación diagnóstica, clínica e inmunológica y virológica. Se citará a control de puerperio a la semana del nacimiento.¹⁶

Para el recién nacido: Para el recién nacido: administrar zidovudina en suspensión a partir de las dos horas postparto a dosis de 2 mg/kg cada 12 horas (10mg diario cada 12 horas en bebe con peso de 2000-2449 gr) y (15mg cada 12 horas con peso >2500 gr), durante 4 semanas + NVP(4mgk) o a dosis 10mg x día con peso de 2000-2499gr y 15mg x día con peso >2500gr una vez al día por 4 semanas. No administrar lactancia materna garantizando una adecuada lactancia artificial (cumplir los criterios de AFASS).¹⁶

6) Escenario F. Mujer con VIH diagnosticada después del parto

Esta situación supone el mayor fracaso en la eliminación de la TMI del VIH, toda embarazada debe efectuarse la prueba diagnóstica de VIH durante su captación en atención prenatal o durante el parto.

En este caso, al omitirse los componentes preparto e intraparto, las posibilidades de disminuir la TMI están limitadas al componente postparto en el recién nacido.¹⁶

Componente postparto

Para la madre: Para la madre: Se indicará terapia con ARVs (Esquema preferente de primera línea) se completara la evaluación diagnóstica, clínica e inmunológica y virológica. Se citará a control de puerperio siete días posteriores a la captación.

Para el recién nacido: Aplica el componente posparto del escenario (E)

CESÁREA ELECTIVA

Esta debe realizarse a las 38 semanas de gestación, antes de iniciar trabajo de parto y con membranas íntegras. ¹⁶

- Confirmar cuidadosamente la edad gestacional, para prevenir un nacimiento prematuro de forma iatrogénica. Es necesario hacer una valoración obstétrica: clínica y ultrasonografía.
- Programar la cesárea para efectuarla según condiciones establecidas para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.
- Aplicar zidovudina profiláctica en infusión intravenosa iniciando tres horas antes de la cesárea.
- Indicar 2mg/kg durante la primera hora de infusión. Esta se diluye en 100 ml de DW5% y se pasa a 36 gotas por minuto.
- Continuar a 1 mg/kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical. Se prepara con 100 ml de DW5% por cada hora de infusión y se pasa a 36 gotas por minuto.
- La zidovudina inyectable viene en una presentación de frasco ampola de 20 ml con una concentración de 10mg/ml.
- Cambiar los campos quirúrgicos antes de realizar la histerotomía, para reducir la cantidad de secreciones que el recién nacido entrará en contacto.
- Ninguna unidad de salud con quirófanos que atienda la embarazada, rechazará efectuar la cesárea por la condición de tener VIH.
- La ligadura del cordón umbilical debe realizarse inmediatamente después de la extracción del recién nacido.
- Siempre que sea posible, extraer al bebé con la bolsa de líquido amniótico íntegra y realizar una limpieza extrema de las secreciones de los orificios inmediatamente al nacimiento.
- Aplicar profilaxis antibiótica con cefazolina 1 gr. IV dosis única administrada inmediatamente después del pinzamiento del cordón umbilical.¹⁶

PARTO VAGINAL

Cuando se decide la vía vaginal, deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Administrar Zidovudina intravenosa desde el inicio de las contracciones uterinas hasta la ligadura del cordón umbilical. Las mismas dosis utilizadas en la cesárea electiva.
- Están contraindicados todos los procedimientos invasivos durante el trabajo de parto o el parto, como: amniocentesis, cordocentesis, amniotomía, uso de fórceps y ventosa obstétricos.
- La episiotomía debe ser evitada siempre que sea posible.
- Evitar tactos vaginales innecesarios y a repetición.
- Mantener las membranas íntegras, hasta el período expulsivo.
- Evitar que la embarazada 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.
- Ligar el cordón umbilical inmediatamente a la expulsión del feto.
- Utilizar antibiótico profiláctico con cefazolina a dosis única de 1 gr. IV.¹⁶

ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO. NORMA NEONATO.

- 1) Cesárea programada a las 38/39 semanas con Zidovudina (AZT) intravenosa a la madre previo a la cesárea.
- 2) Pinzamiento inmediato del cordón umbilical.
- 3) Utilizar las precauciones universales de manejo de sangre o cualquier otro producto contaminante al igual que en todos los nacimientos
- 4) Reanimación neonatal según normas nacionales y el programa de la Academia Americana de Pediatría.
- 5) Aplicar profilaxis oftálmica y umbilical como en todo nacimiento.
- 6) Debe aplicarse vitamina K previa eliminación de cualquier secreción o sangre del sitio de punción (baño minucioso). Por lo tanto, la recomendación es que debe aplicarse en la sala de neonatología.
- 7) No realizar lavado gástrico de rutina.
- 8) Iniciar en la primera hora de vida, alimentación con fórmula¹⁷

Estudios a realizar al nacimiento.

- Hemograma con recuento de plaquetas.
- Examen de orina completo.
- Perfil hepático, renal, lipídico y glicemia. (Si la madre recibió ARV).
- Exámenes para descartar TORCH.
- Fondo de ojo por sospecha de retinitis.
- Ecografía cerebral.
- Rx de cráneo y huesos largos en coinfección con Sífilis.¹⁷

La vacuna BCG no se deberá administrar en el período neonatal. La BCG es vacuna de bacteria viva, en paciente con infección por VIH, puede producir diseminación de la enfermedad, se debe esperar obtener el primer ADN negativo para aplicarla. Esto se hará en la consulta externa de acuerdo a los resultados de ADN y carga viral, enviados a las 6 semanas de vida.¹⁷

El egreso del recién nacido se hará según su condición clínica, si es de término, sin patologías asociadas, se dará de alta a las 24 horas. Después de revisar que sus estudios son normales. Se debe dar seguimiento en la consulta externa, la primera consulta debe realizarse a los 7 días de nacido y luego mensual hasta el año de edad.¹⁷

Tabla 1. Estudios en la Consulta externa del RN expuesto

Edad	Fármacos	Exámenes
1 semana	Antiretrovirales hasta 4 semanas.	Ninguno
6 semanas	T. Sulfa 150 mg/m ² /día c/12 horas Lunes, Miércoles y viernes	ADN Carga viral
2 meses, 3 meses	T. Sulfa, igual dosis	Ninguno
4 meses	T. Sulfa, igual dosis	ADN Carga viral
Entre 15 y 18 meses	Ninguno	Test de ELISA.

La consulta se realiza mensual, si los exámenes salen negativos, se suspende Trimetropin Sulfa al obtener los segundos resultados de ADN y carga viral negativos. Si algún resultado es positivo, inmediatamente se repite y si se confirma, se remite a Infectología del Hospital Infantil. El siguiente estudio es el test de ELISA que se realiza

entre 15 y 18 meses de edad del niño, con este examen negativo, se egresa el niño del programa como paciente no infectado por VIH. Si se reporta ELISA positivo, inmediatamente repetir ELISA y solicitar carga viral y CD4, si estos son positivos, se remite a Infectología del Hospital Infantil.¹⁷

VII.DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Sala de pediatría y ginecología del hospital alemán nicaragüense en el municipio de Managua, Nicaragua, en marzo 2018.

Población de estudio: Está conformado por todos los médicos de base y médicos residentes de pediatría 50 médicos y ginecología 58 médicos del hospital alemán nicaragüense en el municipio de Managua, Nicaragua, en marzo de 2018.

Muestra: Conformada por 33 médicos en pediatría y 31 médicos de ginecología del hospital alemán nicaragüense

Criterios de inclusión:

- Que acepten participar en el estudio.
- Que sean médicos de base del servicio de pediatría y ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense.
- Que sean médicos residentes de pediatría y ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense.
- Que estén presentes al momento de recolección de datos.

Criterios de exclusión.

- Que no acepten participar en el estudio.
- Que no estén presentes al momento de recolección de datos

Fuente de información: La fuente de información fue primaria, los datos se recolecto mediante encuestas en el servicio de pediatría y ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en Managua, Nicaragua, en marzo del 2018.

Métodos e instrumentos de la recolección de información.

Para cumplir con los objetivos planteados se realizó un instrumento de recolección de información que pretende recoger datos sobre: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención materno-infantil del VIH.

Procedimiento de recolección de la información.

Se solicitó por escrito el permiso de la dirección del Hospital para que se permita realizar el estudio. Posteriormente se acudió al departamento de pediatría donde se solicitó a los participantes colaborar con el llenado del formulario, el cual fue anónimo, solo llevo el número de ficha y el año académico que curso en caso de médicos residentes. Durante el llenado el formulario fue debidamente supervisado para evitar sesgos en el estudio.

Plan de análisis:

Se ingresaron los datos en el programa estadístico SPSS versión 23 (Statistical Package for the Social Sciences) v.23.0. Para obtener mejor comprensión de los resultados se presentan con ayuda de tablas y gráficos. Para las variables cuantitativas se utilizó el porcentaje y rangos.

Aspectos éticos.

En este estudio se mantuvo la confidencialidad de los participantes, y en la ficha de recolección de datos, solo se consigno si se trata de un médico de base, y el año académico en caso de médicos residentes y un número de ficha. El número que se le asignó a la ficha durante el estudio identifico al participante en toda la documentación y evaluación. Los hallazgos del estudio se manejaron con estricta confidencialidad.

Se hizo por escrito una carta al servicio de Pediatría y ginecología, así como a la dirección del Hospital Dirección del Hospital Alemán Nicaragüense mediante una carta formal solicitando autorización para utilizar el registro estadístico como fuente de información, informando el tipo de estudio a realizar, así como los objetivos del mismo,

solicitando, manteniendo los principios éticos de toda investigación como es mantener la confidencialidad de la información.

Estudios de conocimientos actitudes y practicas

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Su finalidad es comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace, y así desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios.

Conocimientos

Debe definirse como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

En el presente estudio se realizaron 16 preguntas de conocimiento en la encuesta realizada al personal médico sobre prevención de transmisión materno infantil de VIH, el total de preguntas tiene un valor ponderal de 100 puntos para luego asignárseles una puntuación de: Bueno: 80-100puntos; Regular: 70-79.9 puntos; Deficiente: <70 puntos.

Actitud

Una actitud es un gestor exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto.

Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder

Se realizaron 5 preguntas de actitud en la encuesta realizada el score de actitud por pregunta: se obtiene con el porcentaje de respuestas correctas de cada pregunta; este porcentaje es el número total de las respuestas correctas dadas por los médicos encuestados de pediatría y ginecología, el número total de médicos encuestados para

obtener un porcentaje de respuestas correctas e incorrectas del total de 100% de las me médicos de pediatría y ginecología encuestados, las actitudes obtenidas se clasificaron como favorables y desfavorables, de acuerdo con los rangos de Scores establecidos a continuación: Una actitud Favorable: Porcentaje obtenidos igual o mayor al 70% una actitud desfavorable: Porcentaje obtenidos menor del 70%. Una vez clasificada cada pregunta dentro de su rango correspondiente se procede a realizar un score total para obtener el nivel de actitud general de la misma forma que se evaluó cada pregunta, para este caso se toma el número total de preguntas que obtuvieron como favorables y desfavorable y se divide entre el número total de preguntas (5) que tiene la variable de actitud, y ese porcentaje se clasificó con los mismos rangos usados para cada pregunta individual: Favorable igual o mayor al 70%, desfavorable menor del 70%.

Prácticas

Es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Es una conducta o reacción. Las prácticas regulares se denominan hábitos. Ciertas prácticas, si no son adecuadas, pueden convertirse en factores de riesgo.

Para evaluar la práctica se formularon 6 preguntas en la encuesta realizada a los médicos de base y residentes en el servicio de pediatría y 7 preguntas a los médicos de base y residentes en el servicio de ginecología, el total de preguntas tiene un valor de 100 puntos para asignarles la siguiente puntuación: Bueno: 80-100puntos; Regular: 70-79.9 puntos; Deficiente: <70 puntos.

Operacionalización de las variables.

Objetivo #1

variable	Concepto	indicador	Valores
Sexo	Características bio-fisiológicas que involucran los aparatos reproductores y características sexuales secundarias	Género al cual pertenece la persona.	Femenino Masculino.
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Adulto joven Adulthood	18 - 35 años 35 - 59 años
Nivel de profesionalización	Nivel de preparación académica recibida por el encuestado hasta el momento del llenado del formulario	Pediatría Ginecología	Medico de base MR1 MR2 MR3 MR4
Religión	Conjunto de creencias, dogmas, prácticas y rituales sobre un ser divino	Práctica religiosa aceptada por la persona	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otras Ninguna
Tipo de capacitación sobre prevención de transmisión materno-infantil de VIH	Capacitación científica, teórica y práctica recibida sobre prevención de transmisión materno-infantil de VIH	Pensum académico Talleres Congresos Post-gradados	Si No

Objetivo #2

Nivel de conocimiento acerca de la prevención materno infantil de VIH	Grado de conocimiento de la población a estudio sobre la prevención materno infantil de VIH	Determinado por la calidad de respuesta dada por el encuestado	Buena Regular Deficiente
Nivel de conocimiento sobre formas de transmisión vertical del VIH	Nivel de conocimiento de los momentos de la transmisión vertical de VIH	Pre-parto Parto Lactancia materna	Buena Regular Deficiente
Nivel de conocimiento sobre el diagnostico de VIH	Nivel de conocimiento acerca de los medios a través de los cuales se puede detectar la infección por VIH	Embarazada Neonato	Buena Regular Deficiente
Nivel de conocimiento sobre el tratamiento del VIH	Nivel de conocimiento sobre el tratamiento ARV para la prevención materno-infantil	Embarazada Neonato	Buena Regular Deficiente
Nivel de conocimiento acerca de la prevención del VIH	Nivel de conocimiento acerca de los métodos y medidas que se aplican para evitar la transmisión materno- infantil	Terapia antirretroviral en la embarazada Elección de la vía de nacimiento Terapia antirretroviral en el recién nacido Alimentación en el recién nacido	Buena Regular Deficiente

Objetivo #3

Actitud respecto a la atención de la mujer embarazada portadora del VIH	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no ante la atención a la mujer embarazada portadora del VIH	Determinada por la respuesta dada por el encuestado sobre la atención de la mujer embarazada portadora de VIH	Favorable Desfavorable
Actitud respecto a la consejería sobre planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto a la consejería sobre planificación familiar por la población a estudio.	Determinada por la respuesta dada por el encuestado sobre consejería sobre planificación familiar	Favorable Desfavorable
Actitud respecto a consejería sobre alimentación del recién nacido hijo de madre portadora del VIH	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto a la consejería sobre alimentación del neonato hijo de madre portadora del VIH por la población a estudio	Determinada por la respuesta dada por el encuestado sobre consejería sobre alimentación del recién nacido hijo de madre portadora de VIH	Favorable Desfavorable
Actitud respecto a la atención directa de la mujer embarazada portadora de VIH	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no hacia las embarazadas portadoras de VIH	Determinada por la respuesta dada sobre la atención directa de la mujer embarazada portadora de VIH	Favorable Desfavorable
Actitud respecto a la atención directa del recién nacido hijo de madre portadora de VIH	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no hacia los neonatos portadores de VIH	Determinada por la respuesta dada sobre la atención directa del recién nacido hijo de madre portadora VIH	Favorable Desfavorable

Objetivo #4

Calidad de la práctica del tratamiento indicado en una mujer embarazada portadora de VIH	Tratamiento indicado en su práctica por el ginecólogo a la mujer embarazada portadora de VIH	Triple terapia antirretroviral	Buena Deficiente
Calidad de la práctica del tratamiento indicado en un recién nacido hijo de madre portadora de VIH	Tratamiento indicado en su práctica a un neonato hijo de madre portadora de VIH	Bajo riesgo: Zidovudina (AZT) por seis semanas Alto riesgo: Zidovudina (AZT) y Lamivudina (3TC) por 6 semanas, asociado a 3 dosis de Nevirapina (NVP)	Buena Regular Deficiente
Que vía de nacimiento indica en una embarazada portadora de VIH	Vía de nacimiento de elección tomada por parte de la población a estudio.	Cesárea electiva Parto vaginal	Buena Regular Deficiente
Que prácticas realiza en la atención al recién nacido hijo de madre portadora de VIH	Maniobras realizadas por población de estudio en la atención al recién nacido hijo de madre portadora de VIH	Pinzamiento inmediato del cordón umbilical Precauciones universales para el manejo de sangre o productos contaminantes al igual que en todos los nacimientos. Baño minucioso Profilaxis oftálmica y umbilical como en todo nacimiento Aplicar vitamina K previa	Buena Regular Deficiente

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención materno-infantil del VIH en médicos residentes y médicos de base de ginecología y pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense marzo 2018.

		eliminación de secreción o sangre del sitio de punción No realizar lavado gástrico	
Calidad de práctica de alimentación que indica al recién nacido hijo de madre portadora de VIH	Método de alimentación del recién nacido que orienta a la madre portadora de VIH	Lactancia materna exclusiva Lactancia mixta Formula maternizada	Buena Regular Deficiente

VIII.RESULTADOS

En el presente estudio sobre conocimientos, actitudes y practicas sobre la prevención en la transmisión de VIH en médicos de base y residentes de pediatría y ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en marzo de 2018 en el cual se encuestaron 33 médicos en pediatría y 31 médicos en ginecología se obtuvo los siguientes resultados.

El sexo predominante en pediatría fue el femenino con 60.61% y el sexo masculino 39.39%, en ginecología fue también el femenino con 64.52% y el masculino 35.48%.

El predominio en las edades en pediatría fue entre 18-35 años con un 78.79% y el otro grupo de edades de 35-59 años 21.21%; en ginecología las edades predominantes fueron 18-35 años con 83.9% y el grupo de 35-59 años de 16.1%.

Con respecto al nivel de profesionalización y el tipo de capacitación que han recibido sobre la prevención de transmisión materno-infantil en VIH; los médicos de pediatría recibieron información en su pensum académico: los residente 1 el 6.1%, residente 2 el 18.2%, los médicos de base el 3.0%; en educación continua los residentes 1 el 15.2%, residente 2 el 12.1% residente 3 3.0% y médicos de base el 6.1%, los que recibieron capacitaciones de ambas formas residentes 1 el 3.0%, residentes 2 el 6.1%, residentes 3 el 12,1%; medico de base el 3.0% y de otras formas médicos de base el 12.1%.

En relación al nivel de profesionalización y el tipo de capacitación que han recibido sobre la prevención de transmisión materno-infantil en VIH los médicos de ginecología lo recibieron en su pensum académico los residentes 1 el 19.4%, residentes 2 el 6.5%, residentes 3 el 3.2%, residentes 4 el 3.2%; en educación continua los residentes 1 el 6.50%, residentes 2 el 16.1% residentes 3 6.5%, residentes 4 el 3.2% y médicos de base el 16.1%, los que recibieron capacitaciones de ambas formas residentes 3 el 9.7%, residentes 4 el 6.5% médicos de base el 3.2%.

En lo que respecta a la religión en los médicos de base y residentes pediatría la mayoría pertenecen a la religión católica con el 63.64%, seguida de la evangélica 21.21%, otra el 9.09% y ninguna el 6.06%; en ginecología también predominó la religión católica con un 70.97%, seguida de la evangélica 12.9%, otra 3.23% y ninguna 12.9%.

Con respecto a los conocimientos sobre el momento de mayor transmisión materno-infantil de VIH en pediatría el 87.88% indicó que se da en el parto, un 9.09 en el embarazo y 3.03% en la lactancia materna; en ginecología indicaron que el mayor momento de transmisión es en el parto 74.19%, en el embarazo 12.90% y en lactancia materna 12.90%.

En relación a que si las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo por infección de VIH los encuestados en pediatría indicaron que siempre aumenta la infección un 87.88%, a veces un 6.06% y nunca 6.06%; en ginecología respondieron que siempre 93.55%, a veces un 3.23% y nunca un 3.23%.

En lo referente al conocimiento sobre la infección postparto que ocurre durante la lactancia materna aumentando el riesgo de adquirir la infección, el 63.64% de los médicos encuestados en pediatría indicaron que la infección aumenta en los primeros 4 meses de vida y el 36.36% respondió que aumenta si dura más de 6 meses. El 83.87% de los médicos encuestados en ginecología indicaron que la infección aumenta en los 4 meses de vida y el 16.13% refirió que aumenta si dura más de 6 meses

Con respecto al conocimiento de ofertar y realizar a la mujer embarazada la prueba de VIH en el primer y tercer trimestre del embarazo el 100% de los médicos encuestados en pediatría y ginecología respondieron que si se indica.

Los conocimientos en el diagnóstico de VIH con respecto a las pruebas virológicas recomendadas en el recién nacido en pediatría el 87.88% respondieron que son el PCR.ADN proviral y PCR- ARN mientras que el 12.12% de los encuestados indicaron que no son las pruebas recomendadas de uso clínico para el diagnóstico.

Con respecto a los conocimientos en el diagnóstico de la embarazada el 96.77% de los médicos encuestados de ginecología respondieron que la prueba de Enzima inmunoensayo (ELISA de IV generación), es prueba diagnóstica definitiva que detecta anticuerpos y antígenos del VIH un y el 3.23% respondieron que no. Con respecto a la realización de cuantificación de TCD4+ y determinación de carga viral en los controles de la embarazada entre las 26 y 28SG y entre las 34 y 35 SG un 96.77%

de los médicos de base y residentes de ginecología indicaron que si se realizan en estos controles y un 3.23% no los realizan en este periodo.

En relación al conocimiento sobre el tratamiento el 52.52% de los médicos de base y residentes del servicio de pediatría indicaron que la embarazada con VIH debe de recibir terapia antirretroviral (TAR) para prevenir la transmisión materno-infantil según los niveles de CD4 y ARN del VIH, y un 48.48% respondió que no. Se realizó la misma pregunta a médicos de base y residentes de ginecología los cuales respondieron que si indican TAR según los niveles de CD4 y ARN del VIH en el 54.58% y no lo indican en base a estas pruebas un 45.16%.

En lo referente al conocimiento sobre la indicación de terapia antirretroviral (TAR) de por vida con opción B-plus con esquema preferentemente de primera línea en las embarazadas captadas con diagnóstico de VIH los médicos encuestados en el servicio de pediatría respondieron que si la indicarían un 66.67% y no la indicarían un 33.33%. En relación a misma pregunta los médicos encuestados en el servicio de ginecología el 93.55% respondió que si la indicarían y el 6.45% no la indicarían

En el conocimiento sobre el objetivo del TAR que es mantener una carga viral por debajo del límite de detección durante el embarazo en los médicos de base y residentes de pediatría respondieron que este es el objetivo del TAR un 93.4% y un 6.06% respondieron que este no es el objetivo del TAR. Se realizó la misma pregunta para los médicos de base y residentes del servicio de ginecología los cuales contestaron que el objetivo del TAR es mantener una carga viral por debajo del límite de detección en el embarazo en el 100%.

En el tratamiento del recién nacido hijo de madre VIH se les pregunto a los médicos de base y residentes encuestados de pediatría que no todos los recién nacidos hijos de madres VIH deben de recibir terapia profiláctica con antirretrovirales los cuales respondieron que esto es cierto en 18.18% y falso un 81.82%.

Sobre el régimen de profilaxis para los bebes en mayor riesgo de adquirir el VIH se preguntó a los médicos de base y residentes si este estaba constituido por Zidovudina y

lamivudina durante 6 semanas más 3 dosis de nevirapina en la primera semana de vida los cuales contestaron que esto es cierto en un 96.97% y el 3.03% indico que es falso. Conforme al régimen de profilaxis para los bebés de menor riesgo de adquirir el VIH es lamivudina durante 6 semanas los médicos encuestados de pediatría contestaron cierto el 42.42% y falso el 57.58%

En relación al tratamiento de la mujer embarazada se preguntó a los médicos de base y residentes de ginecología si una mujer con VIH que se encuentra con TAR y queda embarazada, independientemente de las semanas de gestación, del conteo de linfocitos CD4+ y de la condición clínica debe de continuar su tratamiento de base el 93.55% respondieron que debe de continuar con su tratamiento de base y el 6.45% respondieron que no deben de continuar con el tratamiento de base.

Conforme a los conocimientos de la vía de nacimiento que indicarían en una embarazada se realizó la siguiente pregunta a médicos encuestados de ginecología que si recomiendan de forma rutinaria parto por cesárea a embarazadas que reciben terapia antirretroviral con los niveles de ARN del VIH <1,000copias /ml los cuales contestaron que cierto 54.84% y falso en un 45.16%. También se preguntó si recomiendan el parto por cesárea programada a las 38SG a las mujeres con niveles de ARN >1,000copias /ml el 83.87% indico que es cierto y el 16.13% respondieron que es falso.

Sobre los conocimientos acerca de la prevención del VIH se preguntó a los médicos encuestados de pediatría si se utiliza Zidovudina EV 3hrs antes del parto para reducir el riesgo de transmisión perinatal si el ARN del VIH no se suprime a <1,000copias /ml para el momento del parto el 75.76% respondió que es cierto y el 24.24% falso. Se realizó la misma pregunta a los médicos encuestados de ginecología los cuales el 70.97% respondió que es cierto y el 29.03%.

Continuando con los conocimientos en la prevención materno-infantil de VIH se les pregunto a los médicos de base y residentes de pediatría si la cesárea electiva debe de realizarse a las 38SG de gestación, sin inicio del trabajo de parto y con membranas

integras el 96.97% respondieron que es cierto y el 3.03% falso. Se realizó la misma pregunta a los médicos encuestados de ginecología los cuales el 100% contestó que es cierto.

Acerca de la prevención materno-infantil del VIH en el momento de la lactancia materna se preguntó a los médicos encuestados de pediatría si los recién nacidos hijos de madre portadoras de VIH deben de ser alimentados con lactancia mixta el 100% respondió que es falso. Se preguntó a los médicos de base y residentes de ginecología lo mismo quienes respondieron falso el 90.32% y verdadero el 9.68%.

Con respecto a los conocimientos sobre la prevención de VIH en el momento de la lactancia se preguntó si en nuestro país se garantiza el uso de fórmulas maternizadas para la alimentación de los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH tomando en cuenta los criterios de AFASS los médicos encuestados en pediatría el 96.97% respondieron que es cierto y el 3.03% indicó que es falso. Los médicos de base y residente de ginecología respondieron a la misma pregunta el 80.65% indicó que es cierto y el 19.35% respondió que es falso.

Continuando con los conocimientos sobre la prevención en la transmisión del VIH en el momento de la lactancia materna la leche de fórmula se inicia desde el nacimiento y debe ser accesible para ser entregada a la madre al momento del alta los médicos de base y residentes de pediatría respondieron que es cierto el 100%.

Con respecto a la actitud sobre la consejería en planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH es brindada exclusivamente por los ginecólogos, los médicos encuestados de pediatría respondieron que si el 15.15% y no el 84.85%.

En cuanto a la pregunta sobre si considera que la atención al recién nacido hijo de madre portadora de VIH debe ser atendido únicamente por pediatras con estudios como diplomados, maestrías etc. sobre VIH los médicos encuestados de pediatría respondieron que si el 9.09% y el 90.91% indicó que no.

En relación a la actitud al momento de la atención al recién nacido de una madre portadora de VIH se preguntó si se deben de tomar medidas diferentes en el manejo de sangre y secreciones contaminantes en relación a la atención de un recién nacido hijo de una madre VIH negativa los médicos de base y residentes de pediatría contestaron 63.64% que si se deben de tomar medidas diferentes y el 36.36% respondió que no.

Conforme a la pregunta sobre si considera que el recién nacido hijo de madre portadora de VIH debe ser atendido en sus próximas consultas únicamente por pediatras que han recibido estudios como diplomados, maestrías sobre VIH los médicos encuestados de pediatría respondieron que si el 36.36% y no el 63.64%.

Acerca de la actitud sobre la alimentación del recién nacido hijo de madre portadora de VIH se preguntó la consejería acerca de esto es exclusiva del pediatra, los médicos de base y residentes de pediatría respondieron que si el 3.03 y no el 96.97%. Se realizó la misma pregunta a los médicos encuestados de ginecología los cuales respondieron que si el 6.45% y el 93.55% contestaron que no es exclusiva del pediatra.

Respecto a la pregunta sobre si considera que la mujer embarazada portadora de VIH debe ser atendida en sus controles prenatales solamente por ginecólogos que han recibido estudios como diplomados, maestrías sobre VIH los médicos de base y residentes de ginecología respondieron que si un 35.48% y no un 64.52%.

La actitud acerca de que una mujer embarazada portadora de VIH debe ser atendida al momento de su parto exclusivamente por ginecólogos que han recibido estudios sobre VIH los médicos de base y residentes de ginecología contestaron el 54.84% que sí y el 45.16% respondió que no.

En relación a la atención del parto a una mujer embarazada portadora de VIH se deben de tomar medidas diferentes en el manejo de sangre y productos contaminantes en relación a la atención de un parto de una mujer embarazada de VIH negativa los médicos encuestados de ginecología contestaron que si el 61.29% y el 38.71% indicaron que no.

Sobre la actitud en la consejería sobre planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH se preguntó si es brindada exclusivamente por ginecólogos los médicos de base y residentes de ginecología respondieron que si el 9.68% y el 90.32% indicaron que no.

Conforme a la práctica se preguntó a médicos encuestados de ginecología que plan de tratamiento indicaría en una mujer embarazada portadora de VIH los cuales respondieron el 87.10% que indicarían triple terapia antirretroviral con TDF/FTC/EFV y el 12.90% indicarían doble terapia antirretroviral con TDF/EFV.

A cerca de la práctica respecto a que si brindarían a una mujer embarazada portadora de VIH la opción B plus independientemente del recuento de CD4 y continuación de por vida los médicos de base y residentes de ginecología respondieron que si el 45.16% y el 54.84% indicaron que no.

Respecto a la vía de nacimiento que indicarían los médicos encuestados de ginecología en una mujer embarazada portadora de VIH para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH si cursa en condiciones de bajo riesgo (carga viral <1000 copias/ml, ausencia de otros factores de riesgo, condiciones obstétricas favorables) en la práctica el 19.35% indicarían parto vaginal, el 64.52% indicarían cesárea y el 16.13% indicarían según vía de nacimiento que solicite la madre.

Según la vía de nacimiento que indicaría los médicos de base y residentes de ginecología en una embarazada portadora de VIH para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH si cursa en condiciones de alto riesgo contestaron cesárea electiva 96.77% y según vía de nacimiento que solicite la madre 3.23%.

En relación si indican en la práctica Zidovudina IV 3 hrs antes del parto a todas las mujeres portadoras de VIH con carga viral <1000copias/ml o carga viral desconocida los médicos de base y residentes contestaron que si el 100%.

Al momento de la atención inmediata del recién nacido hijo de madre portadora de VIH se preguntó si en la práctica realizan pinzamiento de cordón al dejar de pulsar los

médicos encuestados de ginecología indicaron el 9.68% que si lo hacen y el 90.32% respondieron que no lo hacen. Se realizó la misma pregunta a los médicos de base y residentes de pediatría contestaron que si pinzarían el cordón al dejar de pulsar el 6.06% y que no lo haría el 93.94%.

Sobre la alimentación que indicarían a un recién nacido hijo de madre portadora de VIH los médicos de base y residentes de ginecología respondieron formula maternizada el 96.77% y lactancia mixta el 3.23%. Se realizó la misma pregunta a los médicos encuestados de pediatría respondieron el 96.97% indicaría formula maternizada y el 3.03% lactancia mixta.

Conforme a la práctica se preguntó a los médicos de base y residentes de pediatría si indican Zidovudina IV 3hrs antes del parto a todas las mujeres embarazadas portadoras de VIH con carga viral >1000 copias/ml o carga viral desconocida el 90.91% contestaron que si la indicarían y el 9.09% respondió que no la indicarían.

A cerca de la práctica de la profilaxis oftálmica y umbilical en la atención al recién nacido de madre portadora de VIH los médicos encuestados de pediatría respondieron que si la realizan el 96.97% y no la realizan el 3.03%.

Sobre la practica en la aplicación de vitamina k se preguntó a los médicos de base y residentes de pediatría en que momento la aplican el 3.03%.indico que la aplican inmediatamente, el 93.94% la aplican posterior al baño para remover sangre y secreciones maternas y el 3.03% la aplican a las 24hrs de vida.

Respecto a la práctica sobre la realización de lavado gástrico en todos los recién nacidos hijos de madre portadora de VIH los médicos encuestados de pediatría respondieron el 3.03% que si lo hacen y el 96.97%no lo hacen.

En relación a los conocimientos generales en los médicos de base y residentes de pediatría sobre la prevención en la transmisión materno-infantil se obtuvo que el 72.7% (24 encuestados) fue buena, el 15% (5 encuestados) fue regular y el12.1% (4 encuestados) fue deficiente. Conforme a las actitudes el 60.6% (20 encuestados) fue

favorable y el 39.3% (13 encuestados) fue desfavorable y en las practicas el 90.9% (30 encuestados) fue bueno y el 9.09% (3 encuestados) fue deficiente.

Conforme a los conocimientos generales en los médicos de base y residentes de ginecología sobre la prevención en la transmisión materno-infantil se obtuvo que el 61.2% (19 encuestados) fue bueno, el 12.9% (4 encuestados) fue regular y el 25.8% (8 encuestados) fue deficiente; respecto a las actitudes el 45.16% (14 encuestados) fue favorable y el 54.8% (17 encuestados) fue desfavorable. En relación a las practicas el 41.9% (13 encuestados) fue bueno, el 41.9% (13 encuestados) fue regular y el 16.1% (5 encuestados) fue deficiente.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos del en los médicos de base y residentes de pediatría y ginecología del hospital Alemán Nicaragüense aportan elementos que nos permiten conocer el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas en la prevención materno-infantil del VIH en esta unidad de salud donde no se había realizado un estudio acerca de esta temática.

En la muestra predomino el sexo femenino tanto en pediatría como en ginecología y en las edades el grupo de 18-35 años, en el nivel de profesionalización en pediatría predominaron los MR2 y en ginecología los MR1. La religión que prevaleció fue la católica seguida de la evangélica.

En el nivel de conocimientos el estudio revela que la mayoría de los médicos de base y residentes de pediatría y ginecología poseen buenos conocimientos sobre la temática ya que manejan en gran porcentaje las formas de transmisión vertical, diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH.

En relación al nivel de conocimiento en el momento de transmisión materno-infantil de VIH en el pre-parto, parto el mayor porcentaje de los médicos encuestados tanto de pediatría como de ginecología fue buena, pero no en relación al momento de transmisión durante la lactancia materna.

En relación al diagnóstico del VIH en la embarazada los médicos de base y residentes de ginecología tienen buen conocimiento que la prueba de Enzima inmunoensayo (ELISA de IV generación), es la prueba diagnóstica definitiva que detecta anticuerpos y antígenos del VIH y en qué momento se debe de realizar la cuantificación de TCD4+ y determinación de carga viral en los controles prenatales, correspondiendo con la norma 093.

Conforme a los conocimientos de los médicos de base y residentes de pediatría la mayoría tienen buenos conocimientos acerca de las pruebas virológicas que se indican al recién nacido hijo de madre portadora de VIH.

Sobre el conocimiento del tratamiento en la embarazada un gran porcentaje de los médicos encuestados de pediatría y ginecología indicaría el tratamiento a una embarazada según los niveles de CD4 y ARN del VIH, lo que no corresponde con la literatura ya que se envía tratamiento a la embarazada portadora de VIH independientemente de los niveles de CD4 y ARN del VIH.

Acerca de la terapia antirretroviral los médicos de base y residentes de pediatría y ginecología, el mayor porcentaje de encuestados respondieron que si indicarían la opción B-plus a las mujeres embarazadas captadas con diagnóstico de VIH obteniendo un buen conocimiento del tratamiento.

Los encuestados entrevistados contestaron que el objetivo del TAR es mantener una carga viral por debajo del límite de detección en el embarazo.

Respecto al conocimiento del tratamiento del recién nacido hijo de madre portadora de VIH los médicos encuestados indican tratamiento profiláctico a todos los hijos de madres VIH.

En relación al régimen de profilaxis los médicos encuestados de pediatría manejan mejor el tratamiento que debe de enviarse a los bebés en mayor riesgo de adquirir el VIH que el tratamiento de los bebés de bajo riesgo.

Los médicos de base y residentes de ginecología tienen buen conocimiento acerca de continuar el tratamiento de base de TAR en la mujer embarazada portadora de VIH

Al evaluar los conocimientos acerca de la vía de nacimiento que indicarían en una mujer embarazada de bajo riesgo los médicos encuestados de ginecología respondieron que recomiendan de forma rutinaria el parto por cesárea, independientemente que la literatura internacional indique que se puede indicar parto vaginal en estas pacientes, esto puede deberse a que nuestra norma nacional acerca de la prevención materno-infantil no se ha actualizado desde el año 2012.

Los médicos encuestados de ginecología un gran porcentaje recomienda el parto por cesárea programada a las 38SG a las mujeres con niveles de ARN >1,000copias /ml, teniendo un buen conocimiento acerca de esta indicación.

Los resultados muestran que los médicos encuestados en pediatría y ginecología conocen el uso de Zidovudina intravenosa para suprimir la carga viral, una indicación para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH, así como los criterios para realizar cesárea electiva y contraindicar lactancia materna.

Conforme a las respuestas de los médicos encuestados sobre el conocimiento que el país garantiza el uso de fórmulas maternizadas para la alimentación de recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH, conocen el programa y la accesibilidad a este.

Sobre las actitudes de los médicos entrevistados de pediatría conforme a si los hijos de madres portadoras de VIH deben de ser atendidos exclusivamente por pediatras con estudios especiales en VIH la actitud fue favorable al responder que no es exclusiva contrario a la actitud de los médicos de ginecología los cuales contestaron en su mayoría que la atención de la embarazada portadora de VIH es exclusiva de ginecólogos con estudios especiales en VIH.

Respecto al manejo de la sangre y secreciones contaminantes los médicos encuestados indicaron que deben de tomar medidas distintas de protección, lo que es una actitud desfavorable ya que esto traduce que no toman medidas de bioseguridad en pacientes en las que se desconoce su estado serológico respecto al VIH.

En relación a las prácticas encontramos en los médicos encuestados de pediatría que un 90.9% realiza buenas prácticas en la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH a pesar que en los conocimientos solo un 72.7% tiene buenos conocimientos acerca del tema a estudio. Respecto a la práctica de los médicos encuestados de ginecología el 41.9% realizan buenas practicas, un porcentaje significativo el 41.9% realiza practicas regulares y el 16.1% practicas deficientes.

X.CONCLUSIONES.

1. El grupo etario que predominó fue menor de 35 años, del sexo femenino, católicos.
2. La principal fuente de información sobre prevención de transmisión materno-infantil que recibieron los encuestados en pediatría y ginecología fue educación continua, lo que nos indica que un menor porcentaje recibe esta información en su pensum académico.
3. El nivel de conocimiento sobre la prevención materno-infantil en los médicos de base y residentes de pediatría fue bueno en un 72.7% y en los médicos de base y residentes de ginecología en un 61.2%.
4. Respecto a la actitud sobre la prevención materno-infantil el 60.6% fue favorable en los médicos encuestados de pediatría y un 45.16% en los médicos encuestados de ginecología
5. En el nivel de prácticas sobre la prevención materno-infantil de VIH el 90.9% fue bueno en los médicos de base y residentes de pediatría; el 41.9% en los médicos encuestados de ginecología fue buena y el 41.9% fue regular.

XI.RECOMENDACIONES.

Al ministerio de salud:

- Realizar con mayor frecuencia talleres de educación continua indicados para médicos pediatras y ginecólogos sobre la prevención materno-infantil de VIH.
- Actualizar el protocolo para el manejo de la transmisión materno-infantil de VIH ya que la última actualización fue en el año 2012 y el manejo ha tenido cambios en estos últimos 6 años.

A docencia del Hospital Alemán Nicaragüense

- A docencia del hospital alemán nicaragüense que incluya en el pensum académico de los médicos pediatras y ginecólogos módulos de prevención sobre la transmisión materno-infantil de VIH en todos los años de la residencia.

A los médicos de base y residentes de pediatría y ginecología

- Seguir fortaleciendo los nuevos conocimientos sobre la prevención materno-infantil de VIH.

XII.BIBLIOGRAFÍA.

1. VIH/sida. Nota descriptiva. Organización mundial de la salud, Centro de prensa, Noviembre de 2017.
2. DHHS. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. November, 2004. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/>
3. Gatell J.M., Clotet B., Podzamczar D., Miró J.M., Mallolas J.. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 7ª edición.
4. Transmisión del VIH de la madre al niño, VIH/SIDA Temas. Centro de prensa OMS 2018.
5. Normativa 0-93, Protocolo para el manejo de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita, Ministerio de Salud Managua, Julio 2012.
6. Situación epidemiológica ITS / VIH Anual 2017. Ministerio de Salud, Managua, 24 Enero 2018
7. Nicaragua, Situación PTMI e Indicadores de ETMI 2016.
8. Arroyo Ruiz, Luis, Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/Sida, revista multidisciplinar del sida Vol.1 . Núm. 2. Marzo 2014
9. Jiménez García, Donald, Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH en estudiantes de quinto año de Medicina de Universidad Católica, junio-septiembre de 2016. Revista Senderos Universitarios. Número 4. Año 2. Enero - Junio, 2016.
10. Gaitán Rivera, Javier, Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/sida en personal Médicos y de Enfermería del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de Noviembre 2011, [tesis]
11. Escobar Montenegro, Michelle, Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Enero 2009 [tesis]

12. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ta ed. Volumen 2. 2002.
13. Nelson. Tratado de Pediatría. 17 a ed. 2004.
14. Boletín epidemiológico. Situación epidemiológica ITS/VIH. Anual 2017, Ministerio de salud de Nicaragua, Managua, Enero 2018.
15. González Saldaña, Napoleón, Infectología Clínica, Pediátrica, Octava edición, Editorial McGraw-Hill. México. DF
16. Normativa 0-93, PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA, Managua, Octubre, 2017
17. Normativa 108, Guía Clínica para la atención del Neonato, Ministerio de salud, Managua, Nicaragua, Marzo 2015,

XII.ANEXOS.

Sección II: Conocimientos sobre PTMI VIH

1. La transmisión materno- infantil de VIH se da en mayor porcentaje en el siguiente momento:
 - a. Embarazo
 - b. Parto**
 - c. lactancia materna

2. Las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de infección por VIH:
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Siempre**

3. La infección posparto ocurre durante la lactancia materna aumentando el riesgo de adquirir la infección durante:
 - a. Lactancia en los primeros 4 meses de vida
 - b. Lactancia que dura más de 6 meses de vida**

4. Durante el control prenatal a toda embarazada debe de ofertarle y realizarle la prueba rápida de VIH en el primer y tercer trimestre del embarazo:
 - a. Si**
 - b. No

5. Las pruebas virológicas recomendadas en el recién nacido de uso clínico para el diagnóstico por VIH son PCR-ADN proviral y PCR-ARN.
 - a. Sí.**
 - b. No

6. La embarazada con VIH debe de recibir terapia antirretroviral (TAR) para prevenir la transmisión materno-infantil según los niveles de CD4 y ARN del VIH:
 - a. Si**

b. No

7. Toda embarazada captada con diagnóstico de VIH se indica terapia antirretroviral (TAR) de por vida con opción B plus con esquema preferentemente de primera línea.

a. Si

b. No.

8. El objetivo del TAR es mantener una carga viral por debajo del límite de detección durante el embarazo:

a. Si

b. No

9. No todos los recién nacidos hijos de madre VIH deben de recibir terapia profiláctica con antiretrovirales (ARV):

a. Cierto

b. Falso

10. El régimen de profilaxis para los bebés en mayor riesgo de adquirir el VIH es Zidovudina (ZDV) y lamivudina(3TC) durante 6 semanas + 3 dosis de nevirapina (NVP) en la primera semana de vida:

a. Cierto

b. Falso

11. El régimen de profilaxis para los bebés de menor riesgo de adquirir el VIH es lamivudina(3TC) durante 6 semanas:

a. Cierto

b. Falso

12. Se utiliza Zidovudina (ZDV) EV 3hrs antes del parto para reducir el riesgo de transmisión perinatal si el ARN del VIH no se suprime a < 1.000 copias/ml para el momento del parto:
- a. **Cierto**
 - b. Falso
13. La cesárea electiva debe realizarse a las 38 semanas de gestación, sin inicio el trabajo de parto y con membranas íntegras:
- a. **Cierto**
 - b. Falso
14. Los recién nacidos hijos de madre portadoras de VIH deben de ser alimentados con lactancia mixta.
- a. Cierto
 - b. **Falso**
15. Nuestro país garantiza el uso de fórmulas maternizadas para la alimentación de los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH, tomando en cuenta los criterios AFASS.
- a. **Cierto**
 - b. Falso
16. La leche de formula se inicia desde el nacimiento y debe ser accesible para ser entregada a la madre al momento del alta
- a. **Cierto**
 - b. Falso

Sección III. Actitud sobre la PTMI VIH

17. La consejería sobre planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH es brindada exclusivamente por ginecólogos.
 - a. Si
 - b. No

18. Considera usted que la atención al recién nacido hijo de madre portadora de VIH debe ser atendido únicamente por pediatras con estudios como diplomados, maestrías, etc sobre VIH?
 - a. Si
 - b. No

19. Al momento de la atención al recién nacido de una madre portadora de VIH se deben de tomar medidas diferentes en el manejo de sangre y secreciones contaminantes en relación a la atención de un recién nacido hijo de una madre VIH negativa?
 - a. Si
 - b. No

20. Considera usted que el recién nacido hijo de madre portadora de VIH debe ser atendido en sus próximas consultas únicamente por pediatras que han recibido estudios como diplomados, maestrías, etc sobre VIH?
 - a. Si
 - b. No

21. La consejería sobre la alimentación del recién nacido hijo de madre portadora de VIH es exclusiva del pediatra?
 - a. Si
 - b. No

Sección IV: Práctica sobre la PTMI VIH

22. Indica Zidovudina IV 3hrs antes del parto a todas las mujeres embarazadas portadoras de VIH con carga viral > 1000copias/ml, o carga viral desconocida.
- a. Si
 - b. No
23. Al momento de la atención inmediata del recién nacido hijo de madre portadora de VIH se realiza pinzamiento de cordón al dejar de pulsar:
- a. Si
 - b. No
24. Realiza profilaxis oftálmica y umbilical en la atención al recién nacido de madre portadora de VIH:
- a. Si
 - b. No
25. En qué momento aplica vitamina K en un recién nacido hijo de madre portadora de VIH?
- a. Inmediatamente al nacer
 - b. Posterior al baño para remover sangre y secreciones maternas
 - c. A las 24hrs de vida
26. Realiza lavado gástrico en todos los recién nacidos hijos de madre portadora de VIH?
- a. Si
 - b. No
27. Qué tipo de alimentación indica a un recién nacido hijo de madre portadora de VIH?
- a. Lactancia materna exclusiva

- b. Educación continua(talleres, congresos, exposiciones)
- c. Otras:
- d. Todas
- e. Ninguna.

Sección II: Conocimientos sobre PTMI VIH

6. La transmisión materno- infantil de VIH se da en mayor porcentaje en el siguiente momento:
- b. Embarazo** **b. Parto** c. lactancia materna
7. Las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de infección por VIH:
- d. Nunca
 - e. A veces
 - f. Siempre**
8. La infección posparto ocurre durante la lactancia materna aumentando el riesgo de adquirir la infección durante:
- c. Lactancia en los primeros 4 meses de vida
 - d. Lactancia que dura más de 6 meses de vida**
9. Durante el control prenatal a toda embarazada debe de ofertarle y realizarle la prueba rápida de VIH en el primer y tercer trimestre del embarazo:
- c. Si**
 - d. No
10. La prueba de Enzima inmunoensayo (ELISA de IV generación), es prueba diagnóstica definitiva, detecta anticuerpos y antígenos del VIH en embarazadas.
- a. Si**
 - b. No

11. Se debe de realizar cuantificación de TCD4+ y determinación de carga viral en la embarazada en los controles entre las 26 y 28 semanas de gestación y entre las 34 y 35 semanas:
- a. Si
 - b. No
12. La embarazada con VIH debe de recibir terapia antirretroviral (TAR) para prevenir la transmisión materno-infantil según los niveles de CD4 y ARN del VIH:
- c. Si
 - d. No
13. Toda embarazada captada con diagnóstico de VIH se indica terapia antirretroviral (TAR) de por vida con opción B plus con esquema preferentemente de primera línea.
- c. Si
 - d. No.
14. El objetivo del TAR es mantener una carga viral por debajo del límite de detección durante el embarazo:
- c. Si
 - d. No
15. Si una mujer con VIH se encuentra con terapia antirretroviral (TAR) y queda embarazada, independientemente de las semanas de gestación, del conteo de linfocitos CD4+ y de la condición clínica debe de continuar su tratamiento de base.
- a. Cierto
 - b. Falso
16. Para las mujeres embarazadas que reciben terapia antirretroviral (TAR) con los niveles de ARN del VIH < 1.000 copias/ml se recomienda parto por cesárea de forma rutinaria:

- a. Cierto
- b. Falso

17. Se recomienda el parto por cesárea programada a las 38 semanas de gestación a las mujeres con niveles de ARN del VIH > 1000 copias/ml:

- a. Cierto
- b. Falso

18. Se utiliza Zidovudina (ZDV) EV intraparto para reducir el riesgo de transmisión perinatal si el ARN del VIH no se suprime a < 1.000 copias/ml para el momento del parto:

- c. Cierto
- d. Falso

19. La cesárea electiva debe realizarse a las 38 semanas de gestación, sin inicio el trabajo de parto y con membranas íntegras:

- c. Cierto
- d. Falso

20. Los recién nacidos hijos de madre portadoras de VIH deben de ser alimentados con lactancia mixta.

- c. Cierto
- d. Falso

21. Nuestro país garantiza el uso de fórmulas maternizadas para la alimentación de los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH, tomando en cuenta los criterios AFASS.

- c. Cierto
- d. Falso

Sección III. Actitud sobre la PTMI VIH

22. Considera usted que la mujer embarazada portadora de VIH debe ser atendida en sus controles prenatales solamente por ginecólogos que han recibido estudios como diplomados, maestrías, etc sobre VIH?
- a. Si
 - b. No
23. Considera usted que la mujer embarazada portadora de VIH debe ser atendida al momento de su parto exclusivamente por ginecólogos que han recibido estudios sobre VIH?
- a. Si
 - b. No
24. Al realizar la atención del parto a una mujer embarazada portadora de VIH se deben de tomar medidas diferentes en el manejo de sangre y productos contaminantes en relación a la atención de un parto de una mujer embarazada VIH negativa?
- a. Si
 - b. No
25. La consejería sobre planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH es brindada exclusivamente por ginecólogos.
- c. Si
 - d. No
26. La consejería sobre la alimentación del recién nacido hijo de madre portadora de VIH es exclusiva del pediatra?
- c. Si
 - d. No

Sección IV: Práctica sobre la PTMI VIH

27. Si atiende a una mujer embarazada portadora de VIH que plan de tratamiento indicaría?
- Triple terapia antirretroviral TDF/FTC/EFV
 - Doble terapia antirretroviral TDF/EFV
28. Brindaría a una mujer embarazada portadora de VIH la opción B+ independientemente del recuento de CD4 y continuación de por vida:
- Si
 - No
29. Que vía de nacimiento indicaría en una mujer embarazada portadora de VIH para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH si cursa en condiciones de bajo riesgo (Carga Viral <1000copias/ml, ausencia de otros factores de riesgo, condiciones obstétricas favorables)
- Vaginal
 - Cesárea electiva
 - Según vía de nacimiento que solicite la madre
30. Que vía de nacimiento indicaría en una mujer embarazada portadora de VIH para prevenir la transmisión materno- infantil de VIH si cursa en condiciones de alto riesgo:
- Vaginal
 - Cesárea electiva
 - Según vía de nacimiento que solicite la madre
31. Indica Zidovudina IV 3hrs antes del parto a todas las mujeres embarazadas portadoras de VIH con Carga Viral <1000copias/ml, o carga viral desconocida.
- Si

d. No

32. Al momento de la atención inmediata del recién nacido hijo de madre portadora de VIH se realiza pinzamiento de cordón al dejar de pulsar:

c. Si

d. No

33. Qué tipo de alimentación indica a un recién nacido hijo de madre portadora de VIH?

d. Lactancia materna exclusiva

e. **Formula maternizada**

f. Lactancia mixta

Tabla # 1 Sexo, religión y edad de los médicos de base y residentes de pediatría y ginecología.

		Pediatría	Ginecología
Sexo	Femenino	60.6%	64,5%
	Masculino	39.4%	35,5%
Religión	Católica	63.6%	71,0%
	Evangélica	21.2	12,9%
	Testigo de Jehová	0%	0%
	Otra	9.1%	3,2%
	Ninguna	6.1	12,9%
Edad	18-35 años	78.8%	83,9%
	35-59 años	21.2%	16,1%

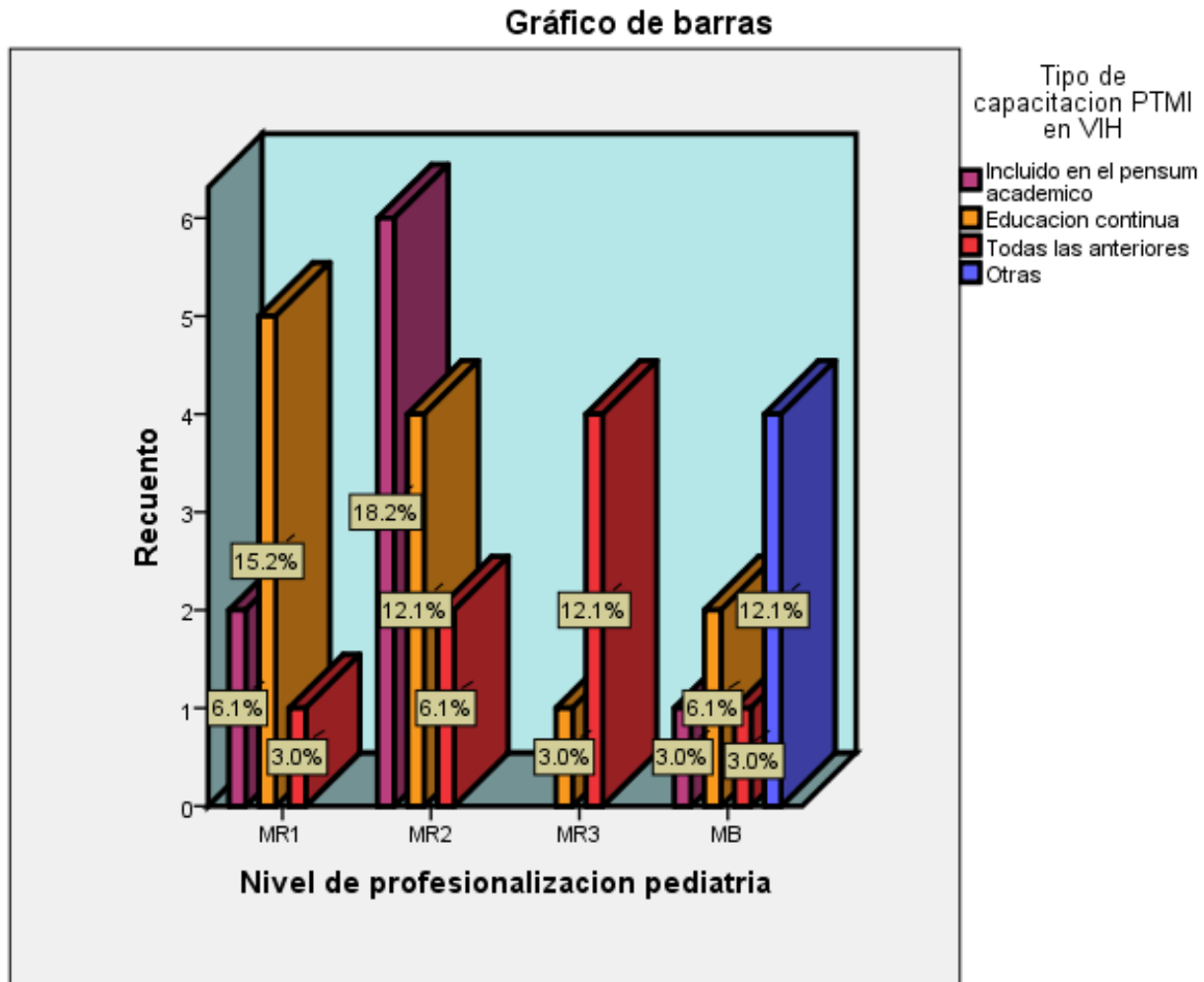
Fuente: ficha de recolección

Tabla #2: Nivel de profesionalización vs. Tipo de capacitación PTMI EN VIH

Tabla cruzada Nivel de profesionalización pediatría*Tipo de capacitación PTMI en VIH							
			Tipo de capacitación PTMI en VIH				Total
			Incluido en el pensum académico	Educación continua	Todas las anteriores	Otras	
Nivel de profesionalización pediatría	MR1	Recuento	2	5	1	0	8
		% dentro de Nivel de profesionalización pediatría	25.0%	62.5%	12.5%	0.0%	100.0%
		% dentro de Tipo de capacitación PTMI en VIH	22.2%	41.7%	12.5%	0.0%	24.2%
	MR2	Recuento	6	4	2	0	12
		% dentro de Nivel de profesionalización pediatría	50.0%	33.3%	16.7%	0.0%	100.0%
		% dentro de Tipo de capacitación PTMI en VIH	66.7%	33.3%	25.0%	0.0%	36.4%
	MR3	Recuento	0	1	4	0	5
		% dentro de Nivel de profesionalización pediatría	0.0%	20.0%	80.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Tipo de capacitación PTMI en VIH	0.0%	8.3%	50.0%	0.0%	15.2%
	MB	Recuento	1	2	1	4	8
		% dentro de Nivel de profesionalización pediatría	12.5%	25.0%	12.5%	50.0%	100.0%
		% dentro de Tipo de capacitación PTMI en VIH	11.1%	16.7%	12.5%	100.0%	24.2%
Total		Recuento	9	12	8	4	33
		% dentro de Nivel de profesionalización pediatría	27.3%	36.4%	24.2%	12.1%	100.0%
		% dentro de Tipo de capacitación PTMI en VIH	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección

Grafica # 2: Nivel de profesionalización vs. Tipo de capacitación PTMI con VIH.



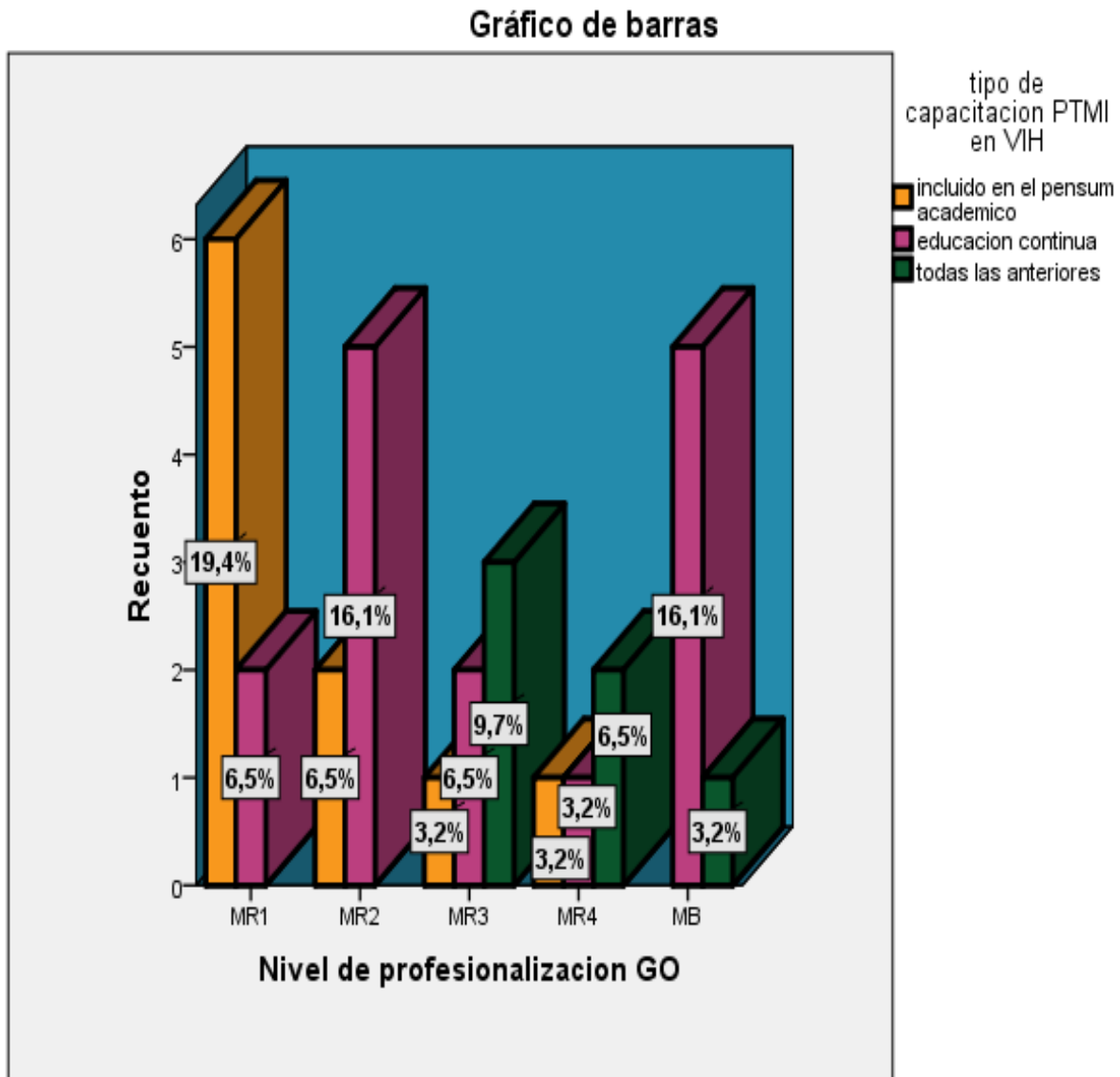
Fuente: Tabla #2

Tabla 3: Nivel de profesionalización y tipo de información recibida en prevención vertical de VIH

Tabla cruzada Nivel de profesionalización GO*tipo de capacitación PTMI en VIH						
			tipo de capacitación PTMI en VIH			Total
			incluido en el pensum académico	educación continua	todas las anteriores	
Nivel de profesionalización GO	MR1	Recuento	6	2	0	8
		% dentro de Nivel de profesionalización GO	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de tipo de capacitación PTMI en VIH	60,0%	13,3%	0,0%	25,8%
	MR2	Recuento	2	5	0	7
		% dentro de Nivel de profesionalización GO	28,6%	71,4%	0,0%	100,0%
		% dentro de tipo de capacitación PTMI en VIH	20,0%	33,3%	0,0%	22,6%
	MR3	Recuento	1	2	3	6
		% dentro de Nivel de profesionalización GO	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
		% dentro de tipo de capacitación PTMI en VIH	10,0%	13,3%	50,0%	19,4%
	MR4	Recuento	1	1	2	4
		% dentro de Nivel de profesionalización GO	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de tipo de capacitación PTMI en VIH	10,0%	6,7%	33,3%	12,9%
MB	Recuento	0	5	1	6	
	% dentro de Nivel de profesionalización GO	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%	
	% dentro de tipo de capacitación PTMI en VIH	0,0%	33,3%	16,7%	19,4%	
Total		Recuento	10	15	6	31
		% dentro de Nivel de profesionalización GO	32,3%	48,4%	19,4%	100,0%
		% dentro de tipo de capacitación PTMI en VIH	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección

Tabla: #3 Nivel de profesionalización y tipo de información recibida en prevención vertical de VIH



Fuente: Tabla #3

Tabla #4: Conocimientos sobre transmisión y diagnóstico materno-infantil en VIH en médicos de base y residentes de pediatría.

Conocimientos de transmisión y diagnóstico sobre prevención transmisión materno-infantil	Porcentaje	Valoración Bueno/Regular/Deficiente
La transmisión materno-infantil de VIH se da en mayor porcentaje en el siguiente momento:	87.9%	Bueno
Las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de infección por VIH	87.9%	Bueno
La infección postparto ocurre durante la lactancia materna aumentando el riesgo de adquirir la infección durante	36.4%	Deficiente
Durante el control prenatal a toda embarazada debe de ofertarle y realizarle la prueba rápida de VIH en primer y tercer trimestre del embarazo.	100%	Buena
Las pruebas virológicas recomendadas en el recién nacido de uso clínico para el diagnóstico por VIH son PCR-ADN proviral y PCR-ARN	87.9%	Buena

Fuente: Ficha de recolección

Tabla # 5: Conocimientos sobre tratamiento en la transmisión materno-infantil en médicos de base y residentes de pediatría

Conocimientos sobre el tratamiento en la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Buena/Regular/Deficiente
La embarazada con VIH debe de recibir terapia antirretroviral para prevenir la transmisión materno-infantil según los niveles de CD4 y ARN del VIH	48.4%	Deficiente
Toda embarazada captada con diagnóstico de VIH se indica terapia antirretroviral de por vida opción B-plus con esquema preferentemente de primera línea	66.7%	Deficiente
El objetivo del TAR es mantener una carga viral por debajo del límite de detección durante el embarazo	93.9%	Bueno
No todos los recién nacidos hijos de madre VIH deben de recibir terapia profiláctica con antirretrovirales	81.8%	Bueno
El régimen de profilaxis para los bebés en mayor riesgo de adquirir el VIH es Zidovudina y lamivudina durante 6 semanas + 3 dosis de nevirapina en la primera semana de vida	96.9%	Bueno
El régimen de profilaxis para los bebés de menor riesgo de adquirir el VIH es lamivudina durante 6 semanas	57.6%	Deficiente
Se utiliza Zidovudina EV 3hrs antes del parto para reducir el riesgo de transmisión perinatal si el ARN del VIH no se suprime a <1000 copias/ml para el momento del parto	75.7%	Regular

Fuente: Ficha de recolección.

Tabla #6: Conocimientos sobre la prevención materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de pediatría

Conocimientos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Buena/Regular/Deficiente
La cesárea electiva debe realizarse a las 38 semanas de gestación, sin inicio del trabajo de parto y con membranas integra	96.9%	Buena
Los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH deben de ser alimentados con lactancia mixta	100%	Buena
Nuestro país garantiza el uso de fórmulas maternizadas para la alimentación de los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH, tomando en cuenta los criterios de AFASS	96.9%	Buena
La leche de fórmula se inicia desde el nacimiento y debe ser accesible para ser entregada a la madre al momento del alta	100%	Buena

Fuente: Ficha de recolección

Tabla #7: Actitud sobre la prevención materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de pediatría.

Actitud sobre la prevención materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Favorable/Desfavorable
La consejería sobre planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH es brindada exclusivamente por ginecólogos	84.8%	Favorable
Considera usted que la atención al recién nacido hijo de madre portadora de VIH debe ser atendido únicamente por pediatras con estudios como diplomados, maestrías, etc sobre VIH	90.9%	Favorable
Al momento de la atención al recién nacido de una madre portadora de VIH se debe de tomar medidas diferentes en el manejo de sangre y secreciones contaminantes en relación a la atención de un recién nacido hijo de una madre VIH negativa	63.6%	Desfavorable
Considera usted que el recién nacido hijo de madre portadora de VIH debe ser atendido en sus próximas consultas únicamente por pediatras que han recibido estudios como diplomados, maestrías, etc, sobre VIH	63.6%	Desfavorable
La consejería sobre la alimentación del recién nacido hijo de madre portadora de VIH es exclusiva del pediatra	96.9%	Favorable

Fuente: Ficha de recolección

Tabla #8: Practicas sobre la prevención materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de pediatría

Practicas sobre la prevención materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Buena/Regular/Deficiente
Indica Zidovudina IV 3hrs antes del parto a todas las mujeres embarazadas portadoras de VIH con carga viral >1000 copias/ml, o carga viral desconocida	90.9%	Buena
Al momento de la atención inmediata del recién nacido hijo de madre portadora de VIH se realiza pinzamiento de cordón al dejar de pulsar	93.9%	Buena
Realiza profilaxis oftálmica y umbilical en la atención al recién nacido de madre portadora de VIH	96.9%	Buena
En qué momento aplica vitamina K en un recién nacido hijo de madre portadora de VIH	93.9%	Buena
Realiza lavado gástrico en todos los recién nacidos hijos de madre portadora de VIH	96.9%	Buena
Que tipo de alimentación indica a un recién nacido hijo de madre portadora de VIH	96.9%	Buena

Fuente: Ficha de recolección.

Tabla # 9: Conocimientos sobre transmisión y diagnostico materno-infantil en VIH en médicos de base y residentes de ginecología.

Conocimientos de transmisión y diagnóstico sobre prevención transmisión materno-infantil	Porcentaje	Valoración Bueno/Regular/Deficiente
La transmisión materno-infantil de VIH se da en mayor porcentaje en el siguiente momento:	74.19%	Regular
Las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de infección por VIH	93.5%	Bueno
La infección postparto ocurre durante la lactancia materna aumentando el riesgo de adquirir la infección durante	16.1%	Deficiente
Durante el control prenatal a toda embarazada debe de ofertarle y realizarle la prueba rápida de VIH en primer y tercer trimestre del embarazo..	100%	Buena
La prueba de Enzaimunoensoyo(ELISA de IV generación), es prueba diagnóstica definitiva, detecta anticuerpos y antígenos del VIH en embarazadas	96,8%	Buena
Se debe de realizar cuantificación de TCD4+ y determinación de carga viral en la embarazada en los controles entre las 26 y 28 semanas de gestaion y entre las 34 y 35 semanas	96,7%	Buena

Fuente: Ficha de recolección.

Tabla #10: Conocimientos sobre tratamiento en la transmisión materno-infantil en médicos de base y residentes de ginecología.

Conocimientos sobre el tratamiento en la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Buena/Regular/Deficiente
Toda embarazada captada con diagnóstico de VIH se indica terapia antirretroviral de por vida opción B-plus con esquema preferentemente de primera línea	54,8%	Deficiente
El objetivo del TAR es mantener una carga viral por debajo del límite de detección durante el embarazo	93,5%	Bueno
Si una mujer con VIH se encuentra con terapia antirretroviral y queda embarazada, independientemente de las semanas de gestación, del conteo de linfocitos CD4+ y de la condición clínica debe de continuar su tratamiento de base.	93,5	Bueno

Fuente: Ficha de recolección

Tabla #11: Conocimientos sobre la prevención materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de ginecología

Conocimientos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Buena/Regular/Deficiente
Para las mujeres embarazadas que reciben terapia con los niveles de ARN del VIH <1000 copias/ml se recomienda parto por cesárea de forma rutinaria	54,8%	Deficiente
Se recomienda el parto por cesárea programada a las 38 semanas de gestación a las mujeres con niveles de ARN del VIH >1000 copias/ml para el momento del parto	83,9%	Buena
Se utiliza Zidovudina EV intraparto para reducir el riesgo de transmisión perinatal si el ARN del VIH no se suprime a <1000 copias/ml para el momento del parto	71,0%	Regular
La cesárea electiva debe realizarse a las 38 semanas de gestación, sin inicio del trabajo de parto y con membranas integra	100%	Buena
Los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH deben de ser alimentados con lactancia mixta	90,3	Buena
Nuestro país garantiza el uso de fórmulas maternizadas para la alimentación de los recién nacidos hijos de madres portadoras de VIH, tomando en cuenta los criterios de AFASS	80,6	Buena

Fuente: Ficha de recolección

Tabla #12: Actitud sobre la prevención materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de ginecología.

Actitud sobre la prevención materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Favorable/ Desfavorable
Considera usted que la mujer embarazada portadora de VIH debe ser atendida en sus controles prenatales solamente por ginecólogos que han recibido estudios como diplomados, maestrías, etc. sobre VIH	64,5%	Desfavorable
Considera usted que la mujer embarazada portadora de VIH debe ser atendida al momento de su parto exclusivamente por ginecólogos que han recibido estudios como sobre VIH	54,8	Desfavorable
Al realizar la atención a una mujer embarazada portadora de VIH se debe de tomar medidas diferentes en el manejo de sangre y productos contaminantes en relación a la atención de una mujer embarazada VIH negativa	61,3	Desfavorable
La consejería sobre planificación familiar a la mujer embarazada portadora de VIH es brindada exclusivamente por ginecólogos	90,3	Favorable
La consejería sobre la alimentación del recién nacido hijo de madre portadora de VIH es exclusiva del pediatra	93,5	Favorable

Fuente: Ficha de recolección.

Tabla #13: Prácticas sobre la prevención materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de ginecología

Prácticas sobre la prevención materno-infantil de VIH	Porcentaje	Valoración Buena/Regular/Deficiente
Si atiende a una mujer embarazada portadora de VIH que plan de tratamiento indicaría?	87,1	Buena
Brindaría a una mujer embarazada portadora de VIH la opción B+ independientemente del recuento de CD4 y continuación de por vida	45,1%	Deficiente
Que vía de nacimiento indicaría en una mujer embarazada portadora de VIH para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH si cursa en condiciones de bajo riesgo(carga viral <1000 copias/ml, ausencia de otros factores de riesgo, condiciones obstétricas favorables)	16,1%	Deficiente
Que vía de nacimiento indicaría en una mujer embarazada portadora de VIH para prevenir la transmisión materno-infantil de VIH su cursa en condiciones de alto riesgo	96,7%	Buena
Indica Zidovudina IV 3hrs antes del parto a todas las mujeres embarazadas portadoras de VIH con carga viral <1000 copias/ml o carga viral desconocida	100%	Buena
Al momento de la atención inmediata del recién nacido hijo de madre portadora de VIH se realiza pinzamiento de cordón al dejar de pulsar	90,3%	Buena
Qué tipo de alimentación indica a un recién nacido hijo de madre portadora de VIH	96.9%	Buena

Fuente: Ficha de recolección

Tabla #14: Valoración conocimiento, actitudes y practicas sobre transición materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de pediatría.

Escala	conocimiento	Actitudes	Prácticas
Bueno/favorable	72.7% (24)	60.6% (20)	90.9% (30)
Regular	15% (5)	0%	0%
Deficiente/desfavorable	12.1% (4)	39.3% (13)	9.09% (3)

Fuente: Ficha de recolección

Tabla #15: Valoración conocimiento, actitudes y prácticas sobre transmisión materno-infantil de VIH en médicos de base y residentes de ginecología

Escala	Conocimiento	Actitudes	Prácticas
Bueno/ favorable	61.2% (19)	45.16% (14)	41.9% (13)
Regular	12.9% (4)	0%	41.9% (13)
Deficiente/desfavorable	25.8% (8)	54.8% (17)	16.1% (5)

Fuente: Ficha de recolección