

**ESCUELA PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS  
PROFESIONALES DE LA SALUD ACERCA DE LA  
NORMA TÉCNICA DE TRANSMISIÓN VERTICAL  
DEL VIH. HOSPITALES DE III NIVEL. TRUJILLO 2014**

Tesis para obtener el Título Profesional de Obstetra

**AUTORA**

Bach. Cisneros Mujica, Elenka Miluska

**ASESORA:**

Mg Ruth A. Vargas Gonzales

TRUJILLO - PERÚ

2014

## Dedicatoria

*A Dios, quien me dio la fe, la fortaleza y la salud para terminar mi trabajo y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.*

*A mis padres y a mi hermano que son personas que me han brindado su apoyo y han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me han enseñado a salir adelante.*

*A mis tías quienes han velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional.*

*A mi esposo que ha sido el impulso en mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor ha sido amigo y compañero, Fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.*

*Wilfredo André, tu ha sido mi inspiración y motivación para los esfuerzos que he hecho en mi vida para superarme, eres mi alegría y mi felicidad.*

*La Autora*

## **Agradecimiento**

Agradezco a la universidad Privada Antenor Orrego por haberme permitido ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para poder salir adelante.

Agradezco a mi asesora. Mg Ruth Vargas Gonzales por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así también haberme tenido la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Agradezco al personal médico, administrativo del hospital Belén de Trujillo y Hospital Docente Regional de Trujillo por su colaboración para poder realizar este trabajo.

**La Autora.**

# ÍNDICE

## CARÁTULA

## PÁGINAS PRELIMINARES

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii

I.-Introducción	1
Formulación del Problema	11
Objetivos	12
II.-Material y Métodos	
2.1.-Material	13
2.1.1.-Población	13
2.1.2.-Muestra	13
2.1.3.-Selección Muestral	15
2.1.4.-Unidad de Análisis	16
2.2.-Método	
2.2.1.-Tipo de Estudio:	16
2.2.2.-Diseño de Investigación	16
2.2.3.-Variables	16
2.2.4.-Instrumentos de recolección de datos	17
2.2.5.-Procedimiento y análisis estadístico	18
III.-RESULTADOS	20
IV.-DISCUSION	24
V.-CONCLUSIONES	36
VI.-RECOMENDACIONES	37

# ÍNDICE

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
VIII.-ANEXOS	43

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
<b>Tabla n°1:</b> Caracterización de la población profesional de salud participante en el estudio. Hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo 2014.	20
<b>Tabla n°2:</b> Distribución de los profesional de salud de los hospitales de nivel III-1 según el nivel de conocimiento de la norma técnica de transmisión vertical de VIH provincia de Trujillo 2014.	21
<b>Tabla n°3:</b> Distribución del nivel de conocimiento acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH según categoría profesional. Hospitales de nivel III-1- Trujillo 2014	22
<b>Tabla n°4:</b> Distribución del nivel de conocimiento acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH según componentes. Hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo 2014	23

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH en hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo en el año 2014; se realizó una investigación, descriptiva - transversal, en una muestra de 71 profesionales de la salud (médicos, obstetras, enfermeras), seleccionados por muestreo aleatorio simple, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. La edad media de los profesionales de salud es de 36.5 años (SD±de 9.5 años), el promedio de tiempo laborado en el Dpto. de GinecoObstetricia es de 7.1 años (SD±de 3.1 años). El nivel de conocimiento de los profesionales de salud acerca la norma técnica de transmisión vertical de VIH es bueno en 29.5%, regular en 49.2% y malo en 21.1% (Anova T=27,15 p=<0,000) en los profesionales de salud de los Hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo. Por otro lado se encuentra mayor desconocimiento en cuanto a la información relacionada a los escenarios para profilaxis de transmisión vertical de VIH (59.1%), y mejor conocimiento relacionado al tratamiento profiláctico del Recién Nacido (76%). Los médicos registran un nivel de conocimiento bueno en un 81,8% y las obstetras y enfermeras presenta un nivel de conocimiento regular con un 52% y 75,5% respectivamente. Del conocimiento de esta norma técnica radica un buen manejo de esta enfermedad y evitar la transmisión al feto y/o recién nacido.

**PALABRAS CLAVE:** transmisión vertical del VIH, Norma técnica de Transmisión vertical del VIH, Nivel de conocimiento.

## **ABSTRACT**

In order to determine the level of knowledge of health professionals about the technical standard of vertical transmission of HIV in hospitals of level III-1 in the province of Trujillo in 2014; an investigation was conducted descriptive - cross, in a sample of 71 health professionals (doctors, obstetricians, nurses), selected by simple random sampling, according to the criteria of inclusion and exclusion. The average age of health professionals is 36.5 years (SD  $\pm$  9.5 years), the average time worked in the department. of obstetrics and gynecology is 7.1 years (SD  $\pm$  3.1 years). The level of knowledge of health professionals about the technical standard of vertical transmission of HIV is good in 29.5%, regular in 49.2% and bad in 21.1% (Anova T = 27.15 p = <0.000) in health professionals Hospitals level III-1 in the province of Trujillo. On the other side is greater ignorance as to the information related to the stage for prophylaxis of vertical transmission of HIV (59.1%), and better knowledge related to the prophylactic treatment of Newborn (76%). Doctors recorded a good level of knowledge in 81.8% and obstetricians and nurses regularly presents a level of knowledge with 52% and 75.5% respectively. Knowledge of this technical standard is a good management of this disease and prevent transmission to the fetus and /or newborn.

**KEY WORDS:** Vertical transmission of HIV, Technical Standard of Vertical Transmission of HIV, knowledge level.

## I.- INTRODUCCION

El VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología actual compleja y dinámica. El número de nuevas infecciones por VIH sigue disminuyendo de manera global, sin embargo el progreso ha sido marcadamente desigual por regiones y por poblaciones clave. (1) La región más afectada sigue siendo África subsahariana, con una prevalencia de VIH en adultos de 4.7%, lo que representa el 70.8% de las personas seropositivas de todo el mundo, siendo mujeres el 51.6% de las personas que viven con VIH en esta región. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe, Europa oriental y Asia central. (1,2)

Se estima que a finales del año 2012, 35.3 millones de personas (32.2 millones-38.8 millones) vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 32.1 millones eran adultos, 17.7 millones eran mujeres y 3.3 millones eran menores de 15 años. . (1,2)

La Transmisión materno infantil (TMI) es responsable del 90% de los casos de infección por VIH en los niños en todo el mundo, la misma que se produce en un 15-20% de los casos durante el embarazo, aproximadamente en un 50 a 65% durante el parto por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico, y la lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14 hasta 29%. (1, 3,4)

La tasa de transmisión materno infantil del VIH, sin ninguna intervención, puede llegar hasta un 32.5%,<sup>36</sup> sin embargo diversos estudios demuestran una reducción a menos del 2%, a través de intervenciones preventivas, las cuales son: el uso de antirretrovirales combinados en la gestante y en el recién nacido, el parto por cesárea electiva, así como el no amamantamiento al niño. La aplicación correcta de estas intervenciones se

traduce en una reducción significativa de la incidencia de casos de infección por el VIH y SIDA en niños. (5-8)

A nivel mundial, el número de personas (adultos y niños) que se infectaron por el VIH en el año 2012 (2,3 millones) fue un 33 % menor que en el 2001, y las nuevas infecciones en niños han sido un 52 % más bajas que en el 2001. La mitad de todas las reducciones en nuevas infecciones por el VIH en el 2010 y 2011 se ha producido en recién nacidos, lo que demuestra que la eliminación de nuevas infecciones en niños es posible. (1, 2,9)

En el Perú de acuerdo a los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, desde el año 1983 en que se reportó el primer caso de SIDA en el país, hasta diciembre de 2012, se han notificado un total de 48 809 casos de VIH y 29 454 casos de SIDA. Desde el año 2005, junto con la implementación del TARGA en los establecimientos del MINSA, la notificación de los casos de SIDA ha presentado una tendencia descendente hasta el 2012(10)

La epidemia del VIH/SIDA ha afectado a los departamentos más densamente poblados de la costa y de la selva del Perú, siendo la prevalencia más baja en la sierra. Los casos de VIH de Lima y Callao sumados a los casos de Loreto, La Libertad, Piura y Lambayeque, representan el 80% de todos los casos de VIH notificados en el periodo de 1983-2012. De acuerdo a los casos de SIDA notificados el año 2012, el 82% de casos fueron notificados en Lima y Callao, Arequipa, Loreto y La Libertad. (10)

La principal forma de transmisión en el país es la vía sexual. Entre los casos de VIH notificados en el periodo 1986-2012, el 94% indicó que la vía de transmisión fue la vía sexual; el 5.6% de los casos fue por transmisión madre a niño y un 0.4% correspondió a transmisión por vía parenteral o sanguínea. Para el mismo periodo, en el 97% de los casos de SIDA notificados, la vía de transmisión indicada fue la vía sexual; el 2% de

los casos fue por transmisión madre a niño y un 1% correspondió a transmisión por vía parenteral. (10)

Respecto a la disminución de nuevas infecciones en niños, en América Latina la cobertura de regímenes antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil en 2011 fue del 56% (37 – 75%), habiendo disminuido el número de niños que contrajo el VIH en un 24% desde 2009 a 2011. (1) Si bien aún hay brechas por cerrar para lograr la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH en Latinoamérica, se puede observar que la implementación de intervenciones eficaces y viables para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, produce una importante reducción de esta forma de transmisión. (11)

A lo largo de los 30 años de epidemia del VIH/SIDA en el mundo, se han logrado muchos avances en el conocimiento y manejo de la infección. Uno de los acontecimientos de mayor importancia ocurrió en 1994, cuando se desarrolla el primer tratamiento en gestantes para disminuir la transmisión de madre a niño (transmisión vertical del VIH), basado en el uso de zidovudina como único antirretroviral. Estos tratamientos han logrado disminuir significativamente el número de nacimientos de niños infectados (12)

En el Perú, el uso de ARV en gestantes se inició en 1996 como parte de la política nacional de lucha contra el SIDA; como tratamiento profiláctico en la gestante se usó zidovudina oral desde las 14 semanas, además de la cesárea programada y la suspensión de la lactancia materna, según la Directiva 002-96-PMP-PROCETSS, basada en el estudio ACTG076, este protocolo ha tenido variaciones basadas en la evidencia y recomendaciones internacionales (13).

Nuestro país es considerado pionero en el uso de antirretrovirales para la prevención de la Transmisión madre niño del VIH en

Latinoamérica (12). El Ministerio de Salud como parte de su estrategia en la lucha contra el SIDA introdujo el uso de la zidovudina (AZT) en gestantes infectadas por el VIH basándose en el protocolo ACTG076 en 1996; dos años después varió el esquema utilizando el curso corto con AZT (protocolo de Tailandia) modificado, al que le agregó la zidovudina al niño hasta los 45 días de edad. Este último esquema está vigente hasta la actualidad. (13,14)

La detección temprana del VIH mediante el acceso a la consejería y prueba voluntaria durante el control prenatal facilitan el tratamiento anti-retroviral oportuno que disminuye la transmisión durante el embarazo y el parto, y en el puerperio, asociado a la lactancia materna. (15)

La provisión de cuidados prenatales y atención integral para VIH, que incluye el acceso a la terapia anti-retroviral actual, es difícil y costosa. Esta provisión necesita de la coordinación de los servicios de salud pública y clínicos (obstétricos y pediátricos); monitoreo intensivo de la replicación viral, y consejería, educación y soporte social (15). Un tratamiento óptimo e intensivo para la infección materna con VIH puede reducir la probabilidad de transmisión madre-hijo de VIH. Éste comprende la adecuada decisión de la vía del parto, profilaxis con ZDV y suministro de leche de fórmula (13)

El nacimiento de un niño infectado con VIH es una señal de oportunidades perdidas, y ocasionalmente, de falla profiláctica (14). Una oportunidad perdida se da por el desconocimiento de la gestante sobre su estado serológico ante el VIH o de su riesgo de adquirirlo. También refleja que las gestantes no acceden al control prenatal, que no se les ofreció o realizó la prueba, que no recibieron oportunamente tratamiento y profilaxis, que no hubo adherencia al tratamiento (14,16)

La transmisión vertical de VIH SIDA es una de las formas de transmisión de mayor impacto social, con la cual se compromete la vida de la madre como la del niño por nacer, dentro de la cual se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir: Transmisión Intraútero donde el virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido

placentario durante el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere un rol patogénico en la transmisión in útero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida; Transmisión Intraparto, este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana de vida y luego se hace positivo (infección tardía); Transmisión post parto, Por la vía lactancia materna: el virus ha sido detectado en leche materna por cultivo. Hay reportes bien documentados de transmisión de VIH de madres, quienes adquirieron el virus después del parto y lactaron a sus niños. (12,16)

La tasa de transmisión vertical se puede disminuir grandemente con la terapia antirretroviral como lo demuestra también, Cameiro (2001) en un estudio realizado en la maternidad concepción palacios, Caracas. Venezuela, evaluó a 77 embarazadas con VIH (+), tratadas con AZT (protocolo ACCTG 076) durante tres años , en los cuales 21 niños luego de 18 meses no se infectaron , 35 con estado de infección indeterminada , 3 con factores de riesgo múltiple y 2 pacientes eran VIH asintomáticos . La tasa de transmisión vertical fue de 4,25%.(17)

Velázquez (2011) en el Perú realizó los estudios de “Resultados de la aplicación de tres guías nacionales. “Resultados muestran que la implementación de las guías nacionales para tratamiento antirretroviral y, en particular, el uso de TARGA en gestantes infectadas, ha logrado una disminución significativa de la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. (18)

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) (2010) realizó un análisis con los casos de gestantes con VIH y niños nacidos expuestos al VIH en el periodo 1996 al 2009, evidenciándose que el total de niños nacidos con infección VIH en el INMP disminuyó significativamente de 15% a 4% ( $p=0,0025$ ), siendo mayor la tasa de transmisión en aquellos niños cuyas madres no pudieron recibir tratamiento preventivo durante la gestación. Se evidenció que la implementación de las guías nacionales para profilaxis ARV

y, en particular, el uso de TARGA en gestantes infectadas, ha logrado una disminución significativa de la TMI del VIH en el INMP. (18)

Nellen (2004) en Holanda en un estudio de “Epidemiología y fisiopatología de la infección perinatal de transmisión vertical” se evidencio que la transmisión vertical se reduce alrededor de 1% en pacientes que utilizan la terapia antirretroviral combinada. (19)

Yang (2004) en Japón en su investigación “valoración del curso clínico de niños, hijos de madres VIH positivo, se evidencio que el 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección pero este porcentaje desciende notablemente con el uso de terapia antiretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada.(20)

Chávez (2000) en su estudio sobre el impacto del protocolo realizado en Chile, destaca que el tratamiento de la AZT, sobre el binomio madre-hijo ha demostrado una importante reducción de la transmisión vertical de 55,6% de las mujeres gestantes infectadas , esta se redujo a 6,9% revelando la necesidad de realizar de manera rutinaria el protocolo ACTG 076.(17)

Villalobos (2000) Venezuela en un estudio de la “Situación de la atención de gestantes en los establecimientos de salud relacionados a la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH”, reporto a 40 pacientes de las cuales 36 culminaron embarazo en Cesárea, 3 abortos y 1 embarazo ectópico, de las cuales 30 recibieron AZT , y sin efectos adversos en madres y en RN.”(21)

Según el tipo de atención de parto se ha demostrado que la cesaria electiva junto con el uso de la terapia antirretroviral con ZDV en la etapa perinatal, Intraparto y neonatal es la mejor forma de reducir la transmisión vertical. Algunos factores de riesgo se encuentran involucrados son la ruptura prematura de membranas mayor de 4 horas, la presencia de corioamnionitis y de úlceras genitales. (12,14)

El MINSA Perú, a través de la Dirección general de salud de las personas desde el año 2003 implementó la directiva sobre sistema de atención para la disminución de la transmisión vertical del VIH y alimentación del hijo de madre que vive con el VIH (19)

Dentro de la cual se establece un sistema de atención que permita reducir la transmisión vertical en todo recién nacido, hijo de gestante seroreactiva a la prueba de diagnóstico para VIH (ELISA o Test rápido para VIH), a través de tratamiento profiláctico antiretroviral con zidovudina (AZT), a la madre infectada y al recién nacido, además proveer lactancia artificial para estos niños hasta los seis meses de edad.(9,13) Establecer un sistema de diagnóstico precoz y oportuno del VIH en las gestantes que acuden al establecimiento de salud para su control prenatal. La consejería y entrega de medicamento profiláctico y por ultimo establecer un sistema de seguimiento de los hijos de madres infectada por el VIH. (20)

La Norma Técnica para la prevención de la transmisión vertical (Madre-Niño) del VIH. NT N° -2005- desarrollada por el MINSA/DGSP-V.01 busca la prevención de la transmisión vertical, y dar la administración de tratamiento profiláctico antirretroviral a la madre y su niño según los escenarios establecidos en la norma. Se establece un sistema de diagnóstico precoz y oportuno del VIH tanto para gestantes que acuden al establecimiento de salud para su control prenatal como para aquellas que acuden en el momento del parto y que no tienen conocimiento de su estado serológico en relación al VIH; criterios de manejo de la gestante infectada por el VIH mediante escenarios de acción que incluyan el uso racional de antirretrovirales, forma de atención del parto y seguimiento de la madre y el niño; el proceso de información grupal y consejería previa a la prueba de diagnóstico en la gestante que acude al servicio de salud así como la consejería posterior a la prueba de soporte en la mujer viviendo con el VIH; el mecanismo de entrega de los medicamentos profilácticos antiretrovirales con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), según corresponda, a la gestante infectada por el VIH y al recién nacido, además fórmula láctea

maternizada para estos niños; un sistema que permita el seguimiento de los hijos de madres infectada por el VIH, la supervisión de la administración de la terapia profiláctica y del uso de fórmula láctea. Este seguimiento será realizado hasta el conocimiento de su estado serológico al año y medio de edad; y por último el sistema de registro y monitorización de las actividades para la prevención de la transmisión madre niño del VIH. (22)

Después para el año 2008 ,con la finalidad Disminuir la transmisión madre-niño del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y mediante la detección temprana durante el embarazo, parto y puerperio; con la administración oportuna de profilaxis y/o tratamiento según los escenarios que corresponda a la madre infectada y su niña/o, el ministerio de salud del nuestro país creo para la Norma Técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre –hijo del VIH, dentro de la cual se utiliza el TARGA (“Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) .(16)

Es importante que el profesional de salud conozca sobre las normas de prevención de transmisión vertical para que así pueda ayudar a disminuir la transmisión madre- niño del virus inmunodeficiencia humana mediante la detección temprana, durante el embarazo, parto y puerperio con la administración oportuna de profilaxis y/o tratamiento según los escenarios que corresponda a la madre infectada y su niña/o, establecidos en dicha norma técnica de salud. (14,15)

Los profesionales de la salud son los principales responsable de velar por el bienestar de las personas , con los conocimientos adquiridos en su formación académica y las habilidades aprendidas durante su desempeño laboral, deben ser capaces de identificar factores de riesgo en las personas que puedan o que lleven a una morbilidad.(23)

La atención de los profesionales de la salud cumplen un papel importante en la detección, prevención y atención de la transmisión vertical del VIH SIDA, con un control respectivo, las orientaciones que puede recibir por parte del equipo de salud, de allí que cuente con herramientas como los

planes de enseñanza, previamente diseñados para lograr llevar a cabo la educación que requieren.

En los establecimientos del MINSA –Perú, la atención preventiva para el VIH/SIDA se inicia desde el primer nivel de atención, con la consejería y el tamizaje para VIH de las gestantes, que debe ser solicitado a todas las gestantes durante su atención prenatal y que es gratuita si están afiliadas al Seguro Integral de Salud. A su vez, esta prueba también debe estar disponible para la población general, a un costo determinado. La atención preventiva de los grupos poblacionales clave, y el tratamiento de las personas con VIH se realizan en un número menor de establecimientos: 94 establecimientos que brindan TARGA (MINSA, FFAA y Policía, ONGs), 68 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMPs), y 26 Centros de Referencia de ITS (CERITS). La mayoría de estos procesos de atención, en especial la administración de TARGA, requiere de la conformación de un equipo multidisciplinario en dichos establecimientos, con personal especializado o capacitado para una atención óptima. (24)

La red de establecimientos del Ministerio de Salud se encuentran implementados para la prevención y control de la transmisión vertical; en la Región La Libertad, los hospitales Belén de Trujillo y Regional Docente, son hospitales de nivel III-1 de referencia para atención sub especializada a nivel macroregional; el Hospital regional Docente de Trujillo, es Centro de Referencia de ITS y el primer hospital a nivel regional de referencia para TARGA. Ambos hospitales cuentan con Unidades de Consejería de ITS VIH SIDA a cargo de profesionales Obstetras.

Durante la realización de mis prácticas pre profesionales he observado los procesos de prevención y control de la transmisión vertical del VIH SIDA, en ambos hospitales a cargo del profesional de salud, el cual debería estar preparado para este tipo de suceso importante que es la transmisión vertical, sin embargo el conocimiento de los profesionales en la normatividad

parece limitado para poder dar la profilaxis y el manejo correcto; evidenciando dificultad en ello; ya que tienen que consultar al programa para poder abordar este problema que contribuye a la salud del binomio madre niño a pesar de que la norma técnica dice que todos los profesionales de la salud deben conocer e implementar la norma técnica de prevención de la transmisión vertical. Así mismo uno de los problemas identificados en la atención prenatal es la desarticulación que existe entre esta y los otros consultorios dónde la gestante recibe atención. Dejando así, de ser integral, convirtiéndose más bien en una atención fragmentada y en muchos casos poco eficiente.

Es de vital importancia la identificación temprana del VIH y los factores de riesgo en la mujer embarazada, por profesionales de salud porque permite poner en práctica estrategias educativas que ayuden a la prevención de la infección, aportando los conocimientos necesarios que pudiesen llevar a las madres infectadas a comprender y equilibrar el potencial de transmisión y así puedan tomar decisiones conscientes e informadas acerca de los posibles riesgos a que están expuestas ellas y sus futuros hijos o hijas por nacer. Así como brindar una atención adecuada según las normas de prevención de la transmisión vertical en los establecimientos de salud. (25)

El presente trabajo de investigación se realizó en los hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo (Hospital Docente Regional y Hospital Belén ), con el fin de determinar el nivel de conocimiento de la norma técnica de prevención de la transmisión vertical por parte de los trabajadores de salud de dichos establecimientos ,ya que de conocer las normas y procedimientos estandarizados a nivel nacional, los cuales se encuentran basados en conocimientos científicos y con un buen manejo Profiláctico de la transmisión vertical del VIH: como es el uso de medicamentos, técnicas, insumos u otros, encaminados a disminuir la transmisión madre-niño del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la detección temprana de infecciones durante el embarazo, parto y puerperio, con el resultado de esta investigación nos servirá de base para plantear nuevas

capacitaciones a profesionales de salud y proponer nuevas alternativas de acción conjuntamente con la comunidad.

Por lo revisado anteriormente nos planteamos el siguiente problema de investigación:

### **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical del VIH. Hospitales de III nivel. Trujillo 2014? Con los siguientes objetivos:

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- ✓ Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH en los hospitales III nivel de la provincia de Trujillo 2014.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento de los médicos, obstetras y enfermeras acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH en los hospitales del III nivel de la provincia de Trujillo 2014.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH según conocimientos relacionados a los escenarios para profilaxis de transmisión vertical, tratamiento profiláctico en el recién nacido y a las pautas generales de la normatividad en los hospitales de III nivel de la provincia de Trujillo 2014.

## **HIPÓTESIS:**

Implícita

## II.- MATERIAL Y METODOS

### 2.1.-Material:

#### 2.1.1.-Población:

Estuvo conformada por los 87 profesionales de salud: médicos, obstetras, enfermeras, de los hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo: Hospital Regional Docente y Hospital Belén, que trabajan en el área materno perinatal en septiembre 2014.

2014	Médicos	Obstetra	Enfermera	Total
Hospital Regional Docente	21	11	13	45
Hospital Belén de Trujillo	16	15	11	42
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>87</b>

#### 2.1.2.-Muestra:

Para el cálculo de la muestra se empleó la fórmula **Muestreo estratificado con asignación proporcional, considerándose los estratos: médicos, obstetras y enfermeras.**

$$n = \frac{\sum_{k=1}^L N_k p_k q_k}{N \frac{B^2}{k^2} + \frac{1}{N} \sum_{k=1}^L N_k p_k q_k}$$

Una vez determinado el tamaño de la muestra, se reparte entre los estratos utilizando la expresión

$$n_h = n \frac{N_h}{N}$$

Con N = 87 profesionales

<b>Estratos</b>	<b>N<sub>h</sub></b>	<b>P<sub>h</sub></b>
Médicos	37	0.5
Obstetras	26	0.5
Enfermeras	24	0.5

Precisión B = 0.05

K = 1.96 nivel de confianza del 95%

**Tamaño De La Muestra :**

Se obtuvo como resultado una muestra de 71 profesionales :

$$n = \frac{9.25 + 6.5 + 6}{2} = \boxed{70,9353935}$$

$$87 \frac{0.05}{1.96^2} + \frac{1}{87} ( 9.25 + 6.5 + 6 )$$

Des pues de aplicar  $n_h = n \frac{N_h}{N}$  se obtuvo

	<b>HRDT</b>	<b>HBT</b>	<b>Muestra HRDT</b>	<b>Muestra HBT</b>
<b>Médicos</b>	21	16	17	13
<b>Obstetras</b>	11	15	9	12
<b>Enfermeras</b>	13	11	11	9
<b>Total</b>	45	42	37	34

### **2.1.3.-Selección Muestral:**

La selección de la muestra se realizó por **muestreo estratificado con asignación proporcional, considerándose los estratos: médicos, obstetras y enfermeras**. Según el horario de programación del Mes de septiembre del año 2014 se realizó la selección de los profesionales de salud por sorteo hasta completar la muestra.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

#### **Criterios de Inclusión:**

- ✓ Profesionales de salud del área materno perinatal que laboran en: Hospital Docente Regional y Hospital Belén de Trujillo
- ✓ Profesionales de la salud que tenían mínimo 2 años de experiencia en el área materno perinatal de dichos hospitales.
- ✓ Profesionales de la salud que desearon participar en el estudio y que pertenecían a los hospitales en estudio para el año 2014.

#### **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Practicantes, internos, estudiantes de ciencias de la salud.
- ✓ Profesionales de la salud que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Profesionales que están realizando una pasantía en los hospitales que pertenecen al estudio en el año 2014.
- ✓ Profesionales de la salud que durante el periodo de estudio se encuentren con licencia o vacaciones.

#### **2.1.4.-Unidad de Análisis:**

Son los profesionales de salud: médicos, obstetras, enfermeras, de los hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo: Hospital Regional Docente y Hospital Belén.

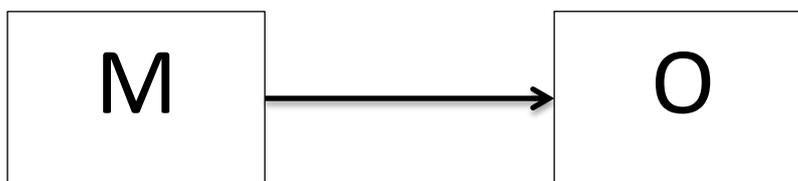
#### **2.2.-Método:**

##### **2.2.1.-Tipo de Estudio:**

Básico, cuantitativo, no experimental

##### **2.2.2.-Diseño de Investigación:**

Descriptivo simple



##### **2.2.3.-Variables:**

Nivel de Conocimiento

### **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE SALUD**

##### **DEFINICIÓN NOMINAL:**

**Nivel de conocimiento:** Es la capacidad que posee el hombre de aprender información acerca de su entorno y de sí mismo. (23)

##### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Son los conocimientos de los profesionales de la salud con respecto a la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH - N° 064 - MINSA/DGSP - V. 01.

**ESCALA:**

- ✓ **Bueno:** cuando la respuesta sean satisfactorias > al 80% -110%
- ✓ **Regular:** cuando la respuestas sean satisfactorias 60 - ≤ 80%
- ✓ **Malo:** cuando la respuesta sean satisfactorias ≤ 60%

**FORMA DE MEDICIÓN:** Aplicación de encuesta

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa ordinal

**2.2.4.-Instrumentos de recolección de datos:****Ficha semiestructurada:**

La presente investigación es un estudio cuantitativo para el cual se empleó una ficha semiestructurada que ha sido validada por criterio de expertos (anexo 04).

**INSTRUMENTO**

La presente investigación es un estudio cuantitativo para el cual se elaboró una ficha semiestructurada que ha sido validada por criterio de expertos (anexo 01) la que se utilizó para recolección de datos sobre conocimientos de la norma técnica de transmisión vertical de VIH.

**La ficha consta de 2 rubros:**

Se diseñó una ficha de recolección de datos; que consta de dos partes:

**I.- Parte:** Datos generales del profesional de la salud.

**II.- Parte:** Identificación de conocimientos sobre norma técnica de transmisión vertical de VIH, dividido en componentes que son los siguientes:

- ✓ Conocimientos relacionados a los escenarios para profilaxis de trasmisión. Vertical : ítems 7,10,11,13,14,15
- ✓ Conocimientos relacionados al tratamiento profiláctico en el recién nacido: ítems: 9, 16, 17, 18, 19, 2,22

- ✓ Conocimientos relacionados a pautas generales de la normatividad:  
ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12,20.

**Escala de evaluación:**

Pregunta correcta: 5 puntos

Pregunta incorrecta: 0 puntos

**Validación del Instrumento:**

La validación del contenido del instrumento, se realizó por juicio de expertos para lo cual 02 Obstetras y 01 Médico especialistas en el tema validaron el instrumento (Anexo 4)

La confiabilidad del instrumento se realizó a través de una encuesta piloto a 20 profesionales de salud, siendo confiable el instrumento con alfa de Cron Bach mayor 0.80.

**2.2.5.-Procedimiento y análisis estadístico.**

**Procedimientos de recolección de datos:**

- ✓ Se presentó una solicitud dirigida al Director Ejecutivo del Hospital Belén de Trujillo y el Hospital Regional Docente de Trujillo y a la Oficina de Docencia a fin de obtener la autorización para realizar el informe de investigación. (Anexo N°03).
- ✓ Se realizó la coordinación con el Dpto. de GinecoObstetricia para la realización de las encuestas.
- ✓ Posteriormente se realizó la aplicación de la encuesta a los profesionales de salud: médico, obstetra, enfermera de los hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo; según los criterios de inclusión, previa aceptación y firma del consentimiento informado.
- ✓ Se ingresó los datos recolectados en una base de datos.
- ✓ Se realizó el análisis de la información.
- ✓ Se preparó un informe de acuerdo a lo encontrado y se presentó a la Oficina de Docencia e Investigación; así como al Dpto. de GinecoObstetricia.

### **Consideraciones éticas:**

Los datos recolectados se mantienen en el anonimato de quienes son registrados como casos; así como los datos publicados que se ajustaron a la veracidad.

- ✓ **Anonimato:** Los nombres de los profesionales que participaron en la investigación no serán revelados.
- ✓ **Proceso del Consentimiento informado:** Se empleó un consentimiento informado escrito, donde los profesionales de la salud percibieron la importancia y seriedad del estudio.(anexo 02)
- ✓ **Pago a los participantes:** No hubo pago a las participantes.
- ✓ **Confidencialidad de la información obtenida:** La información se ingresó en el software con el que se realizó el procesamiento y análisis de datos, las encuestas fueron almacenados por la investigadora hasta culminar la investigación.
- ✓ **Veracidad de dos Datos:** Se tomó los datos que se encontraron.
- ✓ **Inocuidad:** La investigación no causó ningún tipo de daño en los participantes.

### **Análisis Estadístico:**

Los datos recolectados se ingresaron a una base de datos de la aplicación informática para la gestión de los datos (Excel) realizándose un control de calidad de los datos.

Los datos fueron posteriormente exportados a SPSS v. 21.0 para realizar el análisis estadístico.

Se realizó un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente de medidas de centralización y dispersión según procediese.

Para evaluar la normalidad de los datos se empleó la prueba de kolmogorov y smirnov; de acuerdo a la normalidad se aplicó ANOVA para la evaluación de la diferencia entre el nivel de conocimientos en los tres grupos de profesionales de la salud.

### III.-RESULTADOS:

**Tabla N° 1:** Caracterización de la población profesional de salud participante en el estudio. Hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo 2014.

<b>Características</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
✓ Masculino	15	21.1
✓ Femenino	56	79
<b>Edad</b>		
✓ <30	18	25.3
✓ 30-40	30	42.2
✓ 40-50	23	32.3
<b>Profesión</b>		
✓ Medico	22	31
✓ Obstetra	25	35.2
✓ Enfermera	24	34
<b>Tiempo de Labor en el Hospital</b>		
✓ 2 año	12	17
✓ 2-5años	26	37
✓ >5 años	33	46.4
<b>Tiempo de Labor en el Dpto. de GinecoObstetricia</b>		
✓ 2 año	14	20
✓ 2-5años	29	41
✓ >5 años	28	39.4

Fuente: Cisneros Mujica, M (2014)

**n= 71**

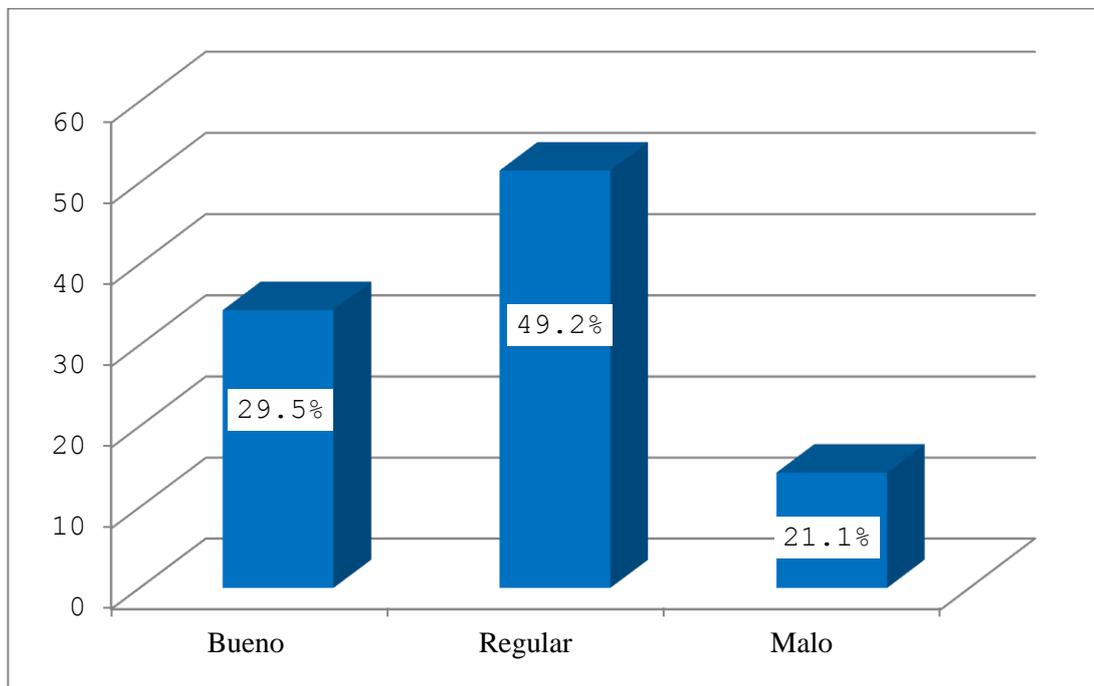
**Tabla N°2:** Distribución de los profesionales de salud según el nivel de conocimiento acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH .Hospitales de nivel III-1 -Trujillo 2014.

Nivel de conocimiento sobre la Norma Técnica de Transmisión Vertical de VIH	Nro. de Profesionales	%
Bueno	21	29.5
Regular	35	49.2
Malo	15	21.1
Total	71	100

Fuente: Cisneros Mujica, M (2014)

*n= 71*

**Grafica Nro. 01:** Distribución de los profesionales de salud según el nivel de conocimiento y categoría profesional, de la norma técnica de transmisión vertical de VIH. Hospitales de nivel III-1- Trujillo 2014.



Fuente: Cisneros Mujica, M (2014)

*n= 71*

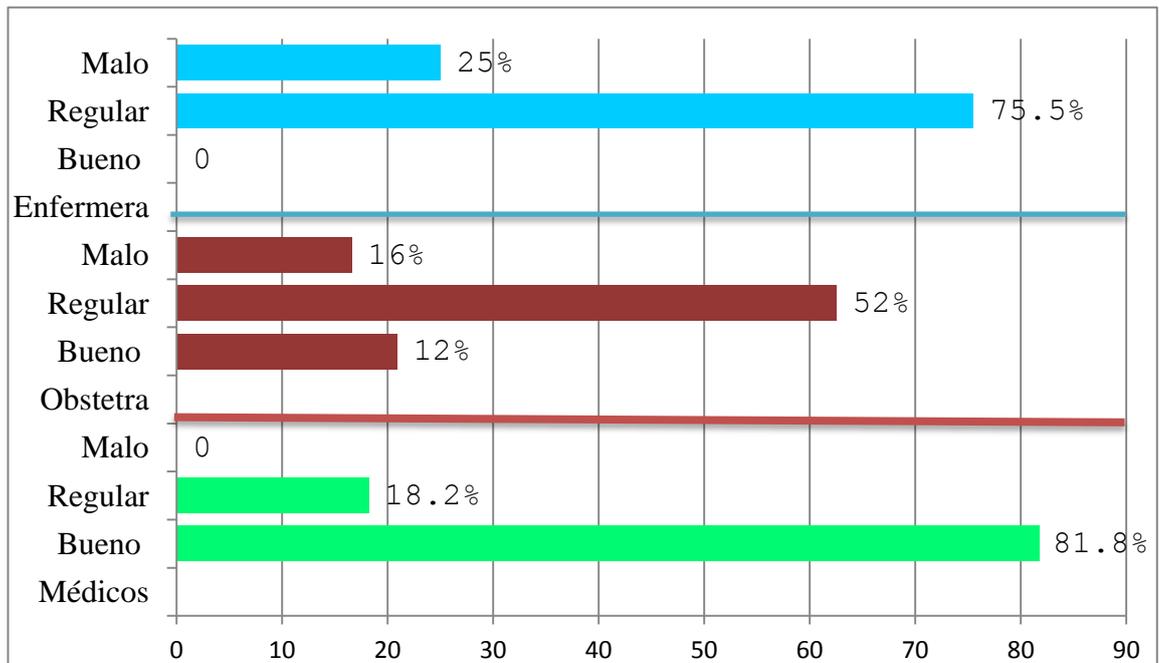
**Tabla N°3:** Distribución del nivel de conocimiento acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH según categoría profesional. Hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo 2014.

Características	Nro.	%	Media	SD	Anova F	P=
<b>Médicos</b>						
✓ Bueno	18	81.8				
✓ Regular	4	18.2	85	8,45		
✓ Malo	0	0.0				
<b>Obstetra</b>						
✓ Bueno	3	12			27,15	,000
✓ Regular	13	52	61,5	11,2		
✓ Malo	9	16				
<b>Enfermera</b>						
✓ Bueno	0	0.0				
✓ Regular	18	75.5	71,1	14,3		
✓ Malo	6	25.0				

Fuente: Cisneros Mujica, M (2014)

$P < 0,000$

**Grafica Nro. 02:** Distribución del nivel de conocimiento acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH según categoría profesional. Hospitales de nivel III-1 .Trujillo 2014



**Tabla N°4:** Distribución del nivel de conocimiento acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH según componentes. Hospitales de nivel III-1 provincia de Trujillo 2014

<b>Características</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
<b>Conocimientos relacionados a los escenarios para profilaxis de trasmisión vertical</b>		
✓ Bueno	20	28.1
✓ Regular	9	13
✓ Malo	42	59.1
<b>Conocimientos relacionados al tratamiento profiláctico en el recién nacido</b>		
✓ Bueno	54	76.0
✓ Regular	11	15.4
✓ Malo	6	8.4
<b>Conocimientos relacionados a pautas generales de la normatividad</b>		
✓ Bueno	42	59.1
✓ Regular	19	27
✓ Malo	10	14.0

*Fuente: Cisneros Mujica, M (2014)*

#### **IV.-DISCUSION:**

En el Perú partir del año 2004, y con el ingreso de los Programas de II y VI Ronda del Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria en el país, se dio un impulso a la estrategia de prevención de la transmisión madre-niño del VIH, según los escenarios establecidos en la normatividad vigente (26), considerando actualmente lo siguiente: La detección temprana de la infección por el VIH en la mujer gestante, durante la atención prenatal o en el momento del parto. La cobertura de tamizaje en gestantes ha aumentado progresivamente desde el año 2000 (22,6 %) hasta el año 2011 (79,9 %), sin embargo ha sufrido algunas variaciones por el desabastecimiento de insumos o reactivos para tamizaje que se ha presentado eventualmente en los establecimientos de salud. (15) El uso de profilaxis antirretroviral (ARV) triple o inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en la gestante. Esta cobertura también se ha incrementado durante los últimos años; siendo mayor al 90 % cuando se calcula sobre el total de las gestantes que llegaron al sistema de salud. (12) El parto por cesárea electiva. La profilaxis ARV en el recién nacido, y la administración de sucedáneos de leche materna.

A medida que se ha avanzado en la implementación de la estrategia de prevención de la TMI del VIH en nuestro país, se ha observado en los servicios de salud una disminución importante en el número de niños infectados por el VIH por esta vía de transmisión. Con datos provenientes de la hoja de monitoreo de la ESNPYC ITS-VIH/SIDA, se estimó para el 2005 una tasa de transmisión vertical del 15 %. Posteriormente, el 2009 se estimó la tasa de transmisión vertical a nivel nacional, en una cohorte de niños nacidos expuestos al VIH el año 2007, obteniéndose una estimación puntual de 9,1 % (27)

Estudios realizados en el Instituto materno perinatal (INS) (Lima-Perú), demuestran una clara tendencia a la disminución de la transmisión vertical del VIH desde 1996 a 2009, asociada con el USO del ARV y mejorada tras la introducción del TARGA, lo cual disminuyó significativamente el total de niños infectados de 15 a 4%. Cuando se compara a las poblaciones de gestantes VIH que recibieron tratamiento con las que no, la infección se mantiene entre 23 y 27% en los grupos que no recibieron tratamiento; los porcentajes disminuyeron de 6,9 a 0% en los grupos que sí recibieron tratamiento. (18) Estos resultados muestran que la implementación adecuada de las guías nacionales para el tratamiento antirretroviral y, en particular, el uso de TARGA en gestantes infectadas, ha logrado una disminución significativa de la transmisión vertical del VIH en el INS.

Si un manejo adecuado, no podemos controlar la transmisión vertical del VIH SIDA, la cual, si se transmite al recién nacido, aumenta en gran medida el potencial de la cronicidad de este importante problema de salud pública. Los profesionales de salud, que brindan atención directa a estos grupos poblacionales deben tener las competencias adecuadas para la prevención y control de la transmisión vertical, a través de la aplicación de la Norma Técnica.

Esta investigación ha permitido detectar el estado de conocimientos de los médicos, obstetras y enfermeras que participan en la prevención y control de la transmisión vertical de VIH en los hospitales de nivel III-1 de la Región La Libertad.

Un análisis del perfil de los profesionales registra que la edad media de los profesionales de salud es de 36.5 años ( $SD \pm$  de 9.5 años). La edad puede ser una aproximación a la experiencia profesional, aunque muchos profesionales pueden graduarse a una mayor edad, la experiencia profesional no necesariamente es un factor de predicción de conocimientos, pero puede indicarnos si el profesional ha tenido más oportunidad de enfrentar una atención en la prevención de la transmisión vertical; en los profesionales el

promedio de tiempo laborado en el Dpto. de GinecoObstetricia es de 7.1 años (  $SD \pm$  de 3.1 años). ( ver tabla Nro. 01)

En la tabla Nro. 2 el nivel de conocimiento de los profesionales de salud sobre la norma técnica de transmisión vertical de VIH es bueno en un 29.5%, regular en un 49.2% y malo 21.1% en los profesionales de los Hospitales de nivel III-1. Estos resultados llaman la atención, ya que si el manejo de la mujer embarazada no es adecuado, no podemos controlar la transmisión vertical del VIH, la cual, si se transmite al recién nacido, aumenta en gran medida el potencial de la cronicidad de este importante problema de salud pública. Es importante que los servicios de salud preparen a sus profesionales para el trabajo en sus respectivas esferas de acción. Por lo tanto, la disponibilidad de la información ofrecida puede ser garantizada y proporcionar al proveedor de servicios de los instrumentos básicos de actuación, entre ellos, el conocimiento, los profesionales se deben replantear su comportamiento con respecto a la práctica diaria; la sensación de inseguridad en relación con el trabajo diario de un profesional puede surgir a causa de su desactualización científica y técnica.

En la tabla Nro. 3 el nivel de conocimientos de los profesionales de salud sobre la norma técnica de transmisión vertical de VIH según la categoría profesional; los médicos registran un nivel de conocimiento bueno en un 81,8% las Obstetras y enfermeras un nivel de conocimiento regular en un 52% y 75,5% respectivamente. Existe diferencia altamente significativa entre los tres profesionales con respecto a su nivel de conocimientos sobre la Norma Técnica de Transmisión vertical de VIH SIDA. Esta investigación ha permitido detectar el estado de los conocimientos, de los médicos, obstetras y enfermeras que participan en el tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH en comparación de la categoría profesional el nivel de conocimiento de los médicos a diferencia de los otros profesionales es mejor que los que realizan la prescripción del tratamiento y los procesos de atención a la madre y niño inherentes a la norma, tanto en su desempeño en el Dpto. de GinecoObstetricia como Neonatología. Las estrategias deben acortan el

desequilibrio entre los conocimientos por parte de los profesionales de salud que brinda atención a la madre y al niño; una posibilidad es el uso de manuales y la permanencia en el servicio de los mismos a fin de que se pueda tener acceso en cualquier momento; así como capacitaciones en las normativas de atención y actualizaciones desde pre grado.

Un estudio sobre las características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH en gestantes y proveedores de salud durante el control prenatal en 10 hospitales del Perú (2005), encontró que un tercio de los (as) profesionales entrevistados (as) desconocían la existencia de la norma para la prevención de la transmisión vertical (23.8% de profesionales de Lima y 37.1% de profesionales de provincias). Casi la mitad (44.1%) de las Obstetras encuestadas para esta investigación afirman no conocer la existencia de las normas o directivas sobre prevención de la transmisión vertical del VIH. El 60.8% no pudieron acertar ni un solo tema referido a la norma vigente en esa época. Ninguno de los (as) entrevistados (as) pudo mencionar al menos dos temas referidos a la norma. En la mayoría de casos, los profesionales participantes en las entrevistas en profundidad y grupos focales, señalan no conocer o conocer muy poco respecto a la normatividad vigente sobre transmisión vertical de VIH. (15)

Nuestro estudio difiere de los datos encontrados en el estudio publicado por la Mg. Marlene Magallanes con la colaboración de la Dra. Dora Blitchtein W. sobre las características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA en gestantes y proveedores de salud realizada en Lima –Perú (2006) se muestra que en la mayoría de casos, los médicos participantes en la entrevista señalan desconocer o conocer muy poco respecto a la normatividad vigente sobre prevención de la transmisión vertical de VIH, encontrándose que el 47.6% de los médicos de Lima y provincias desconoce el tratamiento profiláctico para la reducción del riesgo de la TV y esto se manifiesta cuando se indaga respecto al tratamiento en el recién

nacido hijo de madre con VIH, pues más de la mitad de los médicos deja constancia de la necesidad de capacitación en el tema.(17)

Por otro lado, el desconocimiento de los médicos se hace más evidente en las prácticas equivocadas en la atención a gestantes (18). Así por ejemplo, se cree que solo un grupo determinado de profesionales son los encargados de dar la consejería y no como lo señala la norma, que esta deberá ser dada por cualquier profesional de la salud entrenado en consejería para VIH. También, podemos señalar otras prácticas erradas como es la atención de parto vaginal en una gestante VIH+, pues como se sabe y está descrito en la norma el nacimiento si no se conoce la carga viral, que es lo que sucede en la mayoría de casos debería hacerse por vía abdominal cesárea electiva, en las narrativas por los médicos se percibe a que si no conocen la norma técnica de prevención vertical de VIH es porque esta sólo llega a los profesionales que laboran en el programa de ITS, sirviendo esto en algunos casos como justificación al desconocimiento de la norma, es importante que los equipos de cada dirección de salud o cada hospital deberían programar dentro de su plan anual, cursos de capacitación a los profesionales que atienden a la madre y al niño con el objetivo de uniformizar criterios de manejo oportuno y precoz para la prevención de la transmisión vertical de VIH(19)

Otro estudio publicado por el Dr. Carlós Campos y Julia campos Guevara sobre el diagnóstico Situacional de la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH en Lima - Perú (2004) muestra que los profesionales de la salud entre Médicos, obstetras, enfermeras han mejorado los aspectos respecto al conocimiento de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, encontrándose un mayor porcentaje en los médicos así tenemos casi el 70% conoce los momentos de la transmisión vertical del VIH, sobretodo el manejo de la profilaxis y el reconocimiento acerca de los procedimientos para reducir la transmisión vertical de VIH , esta mejoría del conocimiento del tema es debido a las réplicas que se están realizando sobre todo en los centros de salud maternos y hospitales como Capacitaciones a los profesionales de salud y estos conscientemente

desempeñan su ética y profesionalismo aplicando los conocimientos aprendidos y así obtener importantes logros como la disminución en el contagio de la TV que de un 30%, ha disminuido a un 3% debido a un diagnóstico y manejo precoz y oportuno de la prevención de la transmisión vertical VIH (28)

Otro estudio publicado por el Dr. Andrés Vargas Caballero & Dra. Macarena Apaza Alcaraz sobre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la transmisión vertical de VIH en la ciudad de Cochabamba –Bolivia (2010), donde el personal encuestado fueron médicos, enfermeras y otros profesionales . Resaltando que el profesional que tiene mayor conocimiento es el médico con un 42.6% esto se debe a que el personal médico recibió cursos de actualización continua y permanente con respecto al tema y junto con las autoridades de salud están tomando criterios de manejo para mejorar la calidad de atención que garantice el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la mujer viviendo con VIH. (28)

El profesional de enfermería es el encargado directamente de la administración del tratamiento a la gestante infectada y del recién nacido expuesto, mas no de la prescripción pero es muy importante el conocimiento del contenido de esta norma técnica ya que de ello depende la correcta administración profiláctica tanto para la madre como para el niño , más aun si el lugar de trabajo es el área materno perinatal de un hospital de un hospital de III nivel porque es a donde se refieren casos complicados como madres con esta infección y el personal debe ser capaz de brindar una adecuada atención .

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

El monitoreo post cesarea se encuentra encargado por el personal de enfermería el cual debe conocer ciertos procedimientos que se encuentran en la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH, brindar consejería en lactancia artificial como opción de alimentación para el recién nacido explicando que la leche materna es una vía de transmisión de este virus. (29)

Es importante reconocer que el profesional de enfermería debe conocer sobre aspectos de la norma técnica ya mencionada para que pueda cumplir con el tratamiento de una forma correcta, evitando así que un niño se infecte y pase a formar parte de la gran población de infectados por este virus el cual cada vez sigue expandiéndose sin aun encontrar una cura definitiva (30).

El estudio de Magallanes y Blitchtein,W(2006); en donde participaron 56 trabajadores de salud, entre profesionales y técnicos. El mayor número lo constituyeron las Obstetrices (60%) que labora en el área de obstetricia.

En este estudio se mostraba que un tercio de los profesionales desconocían sobre la existencia de la norma técnica de prevención de la transmisión vertical del VIH (23.8% de profesionales de Lima y 37.1% de profesionales de provincias). También que casi la mitad (44.1%) de las Obstetrices afirman no conocer la existencia de la mencionada norma. (17,18)

En otro estudio realizado en la región Metropolitana y la región de Valparaíso sobre el conocimiento y la evaluación de la aplicación de la Norma técnica de transmisión vertical de VIH en Chile, realizado por un equipo investigador del instituto chileno de medicina reproductiva, ICMER, en el año 2008, conformado entre médicos y matronas , se encontró que del 40% de las matronas solo un 20% conocen el protocolo de la norma técnica y refieren haber recibido capacitación, mientras que el 20% restantes de matronas de ambas regiones tenían un bajo nivel de conocimientos ya que

refieren no haber recibido ninguna capacitación que solo recibieron un simple manual o instructivo(14)

Señalando la importancia de la difusión de la norma técnica mediante capacitaciones para brindar una mejor calidad de atención a las gestantes especialmente a las gestantes de las regiones del estudio.

En ambos estudios realizados se muestra que la mayoría de obstetras desconoce sobre la existencia de estas normas ; en nuestro estudio este profesional conoce sobre la existencia de esta norma pero el nivel de conocimiento sobre el contenido de esta es regularmente bueno , pero debido al papel que desempeña este profesional el cual es el encargado de velar por la salud de la madre y del niño por nacer , es responsabilidad de este profesional mejorar el nivel de conocimiento sobre los contenidos de esta norma .

La detección temprana de este virus en la gestante, tomando este tema como punto clave en control prenatal.

La forma de diagnóstico temprano se realiza mediante el tamizaje de VIH realizando la prueba rápida de VIH, este tamizaje se realiza con una previa consejería ( consejería pre test) en la cual se habla de la importancia de la detección temprana de este virus, los factores de riesgo , las formas de transmisión , periodos de ventana, etc.

Se realiza el tamizaje y luego la consejería post test donde se le explica el resultado de esta prueba, dependiendo el resultado se realiza el manejo.

Si la prueba sale positiva, deben tomar nuevamente otra muestra para una segunda prueba de confirmación de resultados. Si ésta es positiva, se confirmará el diagnóstico de infección por VIH, en cuyo caso se refiere al especialista para un manejo adecuado.

Si la prueba es negativa, la gestante recibirá asesoría sobre la prevención del VIH.

El profesional de obstetricia se encuentra capacitado para brindar consejería en VIH, para prevenir la transmisión y del conocimiento de la norma técnica para realizar un adecuado manejo de esta infección que sigue siendo un problema mundial.

Uno de los elementos que contribuyen a la prevención y control de la transmisión vertical del VIH, son el conocimiento y el cumplimiento de las medidas establecidas para la prevención, que dependen principalmente de las prácticas de los profesionales, como de sus actitudes. Sin embargo no podrán poner en práctica si no se cuenta con el conocimiento de las normas de atención. Estos profesionales (médicos, obstetras y enfermeras) son actores estratégicos en la construcción y transmisión de la información, y el desarrollo de medidas preventivas y de control del VIH para la población) Sin embargo, es necesario ampliar el conocimiento de los profesionales para el problema de la transmisión vertical, y la asunción de sus responsabilidades y ejecutado de manera interdisciplinaria, ya que actúan sobre el mismo objetivo. Las malas prácticas obstaculizan la eficacia de los programas para prevenir la transmisión vertical, solo un sistema de vigilancia adecuado, el desarrollo de los profesionales, la formación, la educación continua en el servicio y el cumplimiento de protocolos claramente establecidos puede garantizar la prevención de la transmisión vertical.

En la tabla Nro. 4 el nivel de conocimientos de los profesionales de salud según componentes de la norma técnica de transmisión vertical de VIH: Conocimientos relacionados a los escenarios para profilaxis de transmisión vertical, conocimientos relacionados a tratamiento profiláctico del recién nacido y conocimientos relacionados a pautas generales de la normatividad. El 59,1% de los profesionales de salud encuestados desconoce sobre el tratamiento según escenarios. Más del 30% de los encuestados responden incorrectamente a las preguntas acerca de: sí la gestante que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo cual es el manejo antiretroviral que se debe realizar o sobre los tratamientos ARV cuando la gestante es detectada (para VIH) por primera vez durante la atención pre

natal, y la profilaxis para el niño expuesto al VIH; Aun así la sección de la norma técnica donde los profesionales conocen más es acerca del tratamiento profiláctico en el recién nacido.

El estudio sobre las características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH en gestantes y proveedores de salud durante el control prenatal en 10 hospitales del Perú, encontró que solo el 21.4% de los profesionales entrevistados mencionaron al embarazo, parto y puerperio como los tres momentos posibles de transmisión vertical. El 35% de los entrevistados no reconocieron en que el momento de solicitud de la prueba de ELISA para VIH debería ser durante el primer CPN, tal como lo señala la normatividad vigente. El 30.4% aseveran desconocer si la gestante firma un consentimiento informado para la toma de la prueba de ELISA para VIH.

El estudio de Magallanes, M y Blitchtein, W (2006), mostro que un tercio de los profesionales, que labora en el Área de Obstetricia (Obstetricas 60% y ginecoobstetras 38% y personal técnico de enfermería 2% ) desconocían la existencia de la norma técnica de prevención de la transmisión vertical del VIH (23.8% de profesionales de Lima y 37.1% de profesionales de provincias). Casi la mitad (44.1%) de las Obstetricas afirman no conocer la existencia de la mencionada norma. (18)

En el estudio sobre la situación de atención de gestantes relacionadas a la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH llevado a cabo por el Dr. Carlos Velásquez y Dra. Julia Campos Guevara en Lima- Perú en el año 2005 ,se realizó una encuesta a 26 profesionales de la salud pertenecientes a Hospitales y 25 profesionales de la salud pertenecientes a centros de salud entre médicos, obstetras y enfermeras, así tenemos casi el 70% reconocen los momentos de la transmisión vertical del VIH , sobretodo es reconocida la transmisión por la lactancia materna en un 65%, el reconocimiento de los profesionales de los hospitales acerca de los procedimientos para reducir la transmisión vertical en un 80% , el uso de AZT en un 74.7% y Cesárea 43% y la suspensión de la lactancia materna

22.8% por parte de los profesionales de la salud ( médicos, obstetras, enfermeras) el presente estudio permitió conocer y describir los conocimientos de las gestantes y proveedores de salud acerca del conocimiento y la aplicación de la Norma Técnica sobre transmisión vertical propuesta por el MINSA.(21)

En otro estudio realizado en la región Metropolitana y la región de Valparaíso sobre el conocimiento y la evaluación de la aplicación de la Norma técnica de transmisión vertical de VIH en Chile, realizado por un equipo investigador del instituto chileno de medicina reproductiva ,ICMER, en el año 2008, donde el estudio estuvo conformado entre médicos y matronas, donde se encuentro en los resultados que ambos profesionales conocen la norma, el 60 % de los médicos de ambas regiones conocen la norma técnica para la transmisión vertical de VIH y de las matronas participantes ,de ambas regiones estudiadas el 20% conocen el protocolo de la norma técnica y refieren haber recibido capacitación, mientras que el 20% restantes de matronas de ambas regiones tenían un bajo nivel de conocimientos ya que refieren no haber recibido ninguna capacitación que solo recibieron un simple manual o instructivo, habiendo tenido que improvisar en una entrevista basándose en dicho manual. Ambos profesionales de dichas regiones señalan que se debe obtener una mayor información por medio de capacitaciones a los profesionales para brindar una mejor calidad de atención a las gestantes especialmente a las gestantes de las regiones del estudio (14).

De los resultados obtenidos se muestra que la gran mayoría de los profesionales de la salud conocen la existencia de la norma técnica de prevención de la transmisión vertical de VIH, el nivel de conocimiento sobre lo establecido en dicho documento no son totalmente conocidos por algunos profesionales de la salud, esto se debe a que el manejo de estos pacientes es brindado por un especialista , en estudios realizados se muestra que la gran mayoría conoce sobre la norma técnica ,pero existe una minoría de

profesionales que desconoce sobre la existencia de esta norma pudiendo llegar a convertirse en un problema .

En comparación con estudios internacionales se muestra que la falta de conocimiento sobre las normas técnicas se da debido a la falta de difusión y capacitación en normativas nuevas; sumándose la falta de interés por investigación de los profesionales en nuevas políticas de salud materno perinatal.

El nivel de conocimiento que actualmente se ven son producto de las actividades preventivas promocionales, mayor difusión y capacitación en temas de actualidad en salud que se da entre los profesionales. (31)

Para que un sistema de salud cumpla su objetivo de preservar y mejorar la salud de una población, se requiere que esté dotado, entre otras cosas, de los recursos humanos, la infraestructura y el equipamiento necesario que le permita el desempeño de sus funciones.

## V.-CONCLUSIONES:

- ✓ El nivel de conocimientos de los profesionales de salud sobre la norma técnica de transmisión vertical de VIH es bueno en un 29.5%, regular en 49.2% y malo en 21.1% en los profesionales de los Hospitales de nivel III-1 de la provincia de Trujillo 2014.
  
- ✓ Los médicos registran un nivel de conocimiento bueno en un 81,8%, las Obstetras y las enfermeras presenta un nivel de conocimiento regular con un 52% y 75,5%, respectivamente. (Anova T=27,15 p=<0,000)
  
- ✓ Se encuentra mayor desconocimiento en cuanto a la información relacionada a los escenarios para profilaxis de transmisión vertical (59.1%), y mejor conocimiento relacionado al tratamiento profiláctico del Recién Nacido (76%) en los grupos profesionales.

## **VI.-RECOMENDACIONES:**

- ✓ Los jefes de cada Hospital deberían programar dentro de su plan anual, cursos de capacitación continua a los profesionales que atienden a la madre y al niño (a), así como en los planes de inducción; con el objetivo de uniformizar criterios de manejo y mejorar la calidad de atención.
  
- ✓ Las normas o directivas para la prevención de la transmisión vertical del VIH deberían ser socializadas entre el personal de salud de los hospitales y centros de salud donde se atiende a gestantes.
  
- ✓ Las normas o directivas y su actualización deben ser difundidas desde pre grado para la prevención de la transmisión vertical del VIH.

## VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida, 2013. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf) (Consultado el 20-08-2014).
2. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).Resumen mundial sobre la epidemia del SIDA 2013 Diapositivas clave sobre Epidemiologia. Disponible en [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309\\_epi\\_core\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf)(consultado el 22-08-2014).
3. Nduati R,John G,Ngacha DA,Mbori-NgachaD,Richardson B,Overbaugh J,et al. Efecto de la lactancia materna y la alimentación por fórmula en la transmisión del VIH-1: un ensayo clínico aleatorizado. JAMA 2000, 283:1167-1174.
4. Fowler MG, Newell ML.Lactancia materna y transmisión de VIH en fuentes limitadas.2002, 30:230\_239.
5. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson C, Pitt J, Diaz C, et al. Estrategias de la combinación antirretroviral para el tratamiento de las mujeres embarazadas infectadas por VIH y la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Rev. Acquir Immune Defic Snyder 2002, 29:484-494.
6. Dorenbaum A, Cunningham CK,Gelber RD,Culnane M,Mofenson L,Britto P,et al. Dos dosis intraparto /Recien nacido- nevirapina y la terapia antirretroviral estándar para reducir la transmisión perinatal del VIH en un estudio randomizado: un ensayo aleatorio.JAMA 2002; 288:189-198.
7. El Registro Italiano para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en niños. Determinantes del virus de la inmunodeficiencia humana y la transmisión de madre a hijo antes y la introducción de la profilaxis. Rev. Pediatr Adolesc Med 2002; 156:915-921.
8. Universidad Real de Pediatría y Salud Infantil. Reducción de la Transmisión de la Infección de Madre a Hijo de VIH. Reino Unido. Julio, 2006.

9. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Hoja informativa mundial 2013. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20130923\\_FactSheet\\_Global\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20130923_FactSheet_Global_es.pdf) (Consultado el 23-08-2014).
10. MINSA. Análisis de la situación Epidemiológica del VIH/SIDA, Lima, Perú 2013.
11. Read J, Duarte G, Freimanis L, Pinto J et al. El sitio Internacional NICHD desarrolla cohortes de iniciativa perinatal (2002-09). *Rev. Internacional de epidemiología*. 2012; 41:642-649.
12. Martínez J. Organización del Virión VIH-1. Departamento de Salud Gobierno de Puerto Rico. 2007 [acceso 03 de abril del 2012]; 1 (1). Disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondelVIHSIDA.aspx>.
13. Keil L, McIntyre S, Amaya J. Conceptos básicos del VIH/SIDA USA. *Geosalud*. 2006. [acceso 02 de abril del 2012]; 1(1). Disponible en: [http://www.geosalud.com/sida/sida\\_basicos.htm](http://www.geosalud.com/sida/sida_basicos.htm)
14. Suárez A, Naranjo L. Transmisión Vertical del VIH-SIDA. Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas Venezuela. Caibco. 2008. [acceso 12 de abril de 2012]; 1(1): [pp. 8-2]. Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeOnce/Foro/HIVVertical/ArchivoPDF/Vertical.PDF>.
15. Fortalecimiento de la prevención y control de Sida y la Tuberculosis en el Perú. Disminución de la Transmisión vertical. 2008 [acceso 13 de abril del 2012]; 1(1): [pp. 4-1]. Disponible en: [http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TBVIH/VIH/VIH3/Abogac%C3%ADa/Carpeta\\_Informativa\\_01.pdf](http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TBVIH/VIH/VIH3/Abogac%C3%ADa/Carpeta_Informativa_01.pdf)
16. Cáceres C. Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del milenio en TB y VIH en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa. [monografía en Internet] Perú: Coordinadora

Nacional Multisectorial en Salud Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria CARE – PERU; 2007. [acceso 19 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/CERRANDOBRECHAS/PDFsEstudios/VIH/Informe%20Final%20LB%20V%20Ronda%2025%209%2007.pdf>

17. Magallanes M, Blitchtein W, Vásquez C, Gutierrez L et al. Características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA en gestantes y proveedores de salud durante el control prenatal en 10 hospitales del país. Perú 2006. [acceso 12 de abril del 2012]; 1(1): [pp.71-10]. Disponible en:

[http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB/VIH/VIH3/Capacitaci%C3%B3n/Estudios%20Caract\\_%20cono\\_%20pr%C3%A1ct\\_rel\\_prev\\_tv\\_VIHSida.pdf](http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB/VIH/VIH3/Capacitaci%C3%B3n/Estudios%20Caract_%20cono_%20pr%C3%A1ct_rel_prev_tv_VIHSida.pdf)

18. Velázquez C. Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2011,28(3):492-6.

19. Quiroz F. Frecuencia de Transmisión Vertical de HIV en Hijos de pacientes Seropositivas, Tratadas con Antirretrovirales. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado de Barquisimeto, Venezuela. 2007. [acceso 15 de abril de 2012]; 1(1): [pp.76-6]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWQ240DV4Q85f2007.pdf>

20. Casas Valdés A, Oramas Díaz J, Presno Quesada I, López Espinosa JA, Cañedo Andalia R. Aspectos teóricos en torno a la gestión del conocimiento en la medicina basada en evidencias. Acimed. Ciudad de La Habana, Cuba. 2008; 17(2). [Acceso: 1/mayo/2012]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17\\_2\\_08/aci03208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17_2_08/aci03208.htm)

21. Villalobos C, Guevara J, Kcomt C. Situación de la atención de gestantes en los establecimientos de salud relacionados a la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH. CVCC-VIH Lima, Perú 2005 setiembre-noviembre [acceso 28 de abril del 2012]; 1(1). Disponible en:  
[http://www.cvcc-vih.com/estudios/study\\_detail/8](http://www.cvcc-vih.com/estudios/study_detail/8)
22. Beltran C, Ortiz E, Berrios G, Hernandez H, Arredondo A Solar X, et at. Norma Técnica De Transmisión Vertical. Ministerio de salud .Atenas Ltda. Chile, 2005 [acceso 12 de abril del 2012]; 1(1): [pp.40]. Disponible en:  
[http://www.ispch.cl/sites/default/files/8\\_vigilancia/Norma\\_de\\_Preencion\\_de\\_TV\\_VIH.pdf](http://www.ispch.cl/sites/default/files/8_vigilancia/Norma_de_Preencion_de_TV_VIH.pdf)
23. Torre Cisneros Camacho A, López Miranda J, Sánchez P, Pérez Jiménez F. El proceso docente de adquisición de habilidades en la universidad de córdoba, Argentina: una autoevaluación de los alumnos. Educación médica .2003 Abril- junio [acceso 22 de mayo de 2012] V.6, 1(1). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157518132003000200008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157518132003000200008&script=sci_arttext)
24. García Análisis de situación de ITS, VIH, y SIDA, Guatemala. Bol Epidemial Nacional 2007; 23:51-56.
25. QuimiNet [Sede wed] Londres; 2006 [acceso 15 de junio de 2012]; Implementación de las normas; Disponible en:  
<http://www.quiminet.com/articulos/implementacion-de-las-normas-iso-9000-4240.htm>
26. MINSA – Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita (NTS N° 064-MINSA/DGSP-V.02). Perú, 2012.
27. Reyes MF, Alarcón JO, Huamán B, Zunt J, Montano S. Estimación de la tasa de transmisión vertical del VIH y factores asociados en niños expuestos. Perú, 2007. Datos aún no publicados.

28. Andrés Vargas C, Macarena. Apaza A. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Del Personal De Salud Sobre El VIH/Sida De Cochabamba, Estudio Comparado, 12 Años Después [revista en internet]\* 2010 septiembre - [acceso 01 de noviembre de 2012] V 21 1(1). Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092010000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092010000100009&lng=es&nrm=iso)
29. MINSA-Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. 2012 Disponible en:  
[http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin\\_2012/febrero.pdf](http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/febrero.pdf) (consultado el 14-2-12)
30. MINSA- Gerencia de salud La Libertad .Situación actual del VIH/SIDA. Drelalibertad 2008 Disponible en:  
<http://www.drelalibertad.gob.pe/salud/documentos/Trasn-Vertical-lupe.pdf> (consultado 16-04-2012).
31. MINSA - Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud .Sistema de Atención para la Disminución de la Transmisión Vertical del VIH y Alimentación del Hijo de Madre que vive con el VIH en el Perú .2003. Disponible en:  
<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MANUALES%0%20Y GUIAS/Directiva%20PARA%20DISMINUIR%20LA%20TRANSMISION%20VERTICAL%20DEL%20VIHSIDA.pdf> (consultado 14-04-2012)

## VIII.-ANEXOS:

### ANEXO N° 01: ENCUESTA

Universidad Privada Antenor Orrego  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela profesional de Obstetricia

**Estudio del nivel de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH. Hospitales de III nivel. Trujillo 2014.**

Datos Generales

Código:                      Establecimiento:

Edad:                      Sexo:

Profesión:

Tiempo de Labor servicio:

Tiempo de labor en el Hospital

Encierre la alternativa correcta para cada pregunta; recuerde que solo hay una respuesta verdadera para cada pregunta.

#### 1. La consejería de soporte:

- a) Se brinda a la paciente durante el seguimiento de la infección y se realiza durante la atención prenatal y después del nacimiento del niño, así como a lo largo de todo el período de la enfermedad...
- b) Con prueba reactiva para VIH durante el trabajo de parto, se iniciará de inmediato, una vez conocido el resultado y se continuará en el puerperio inmediato.
- c) Solo se debe brindar a pacientes que lo deseen y a las otras no.
- d) No se realiza, es suficiente con la consejería post test.

#### 2. De las pruebas de laboratorio para el tamizaje, diagnóstico y seguimiento del VIH para la madre y para el recién nacido:

- a) las pruebas para diagnosticar el VIH y SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería obligatoria y son totalmente gratuitas.
- b) no son voluntarias cuando se ha demostrado anteriormente que la madre gestante tiene la infección, y con el fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista el riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes.
- c) son correctas A Y B
- d) ninguna de las anteriores son correctas

**3. De las pruebas confirmatorias**

- a) Las pruebas confirmatorias pueden ser procesadas por el laboratorio del centro de salud.
- b) Las pruebas confirmatorias , serán procesadas en el laboratorio de referencia regional
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna de las anteriores

**4. De los resultados indeterminados o disconformes:**

- a) Los resultados indeterminados o disconformes se enviaran al INS con un plazo máximo de 72 horas
- b) Los resultados indeterminados o disconformes se enviaran al INS con un plazo máximo de 48horas
- c) Los resultados indeterminados o disconformes se enviaran al INS con un plazo máximo de 24 horas
- d) Ninguna de las anteriores

**5. De las Pruebas de seguimiento y monitoreo**

- a) Las pruebas de laboratorio que se usan para el monitoreo son el CD4 y Carga Viral, las mismas que se realizarán a todas las mujeres diagnosticadas con VIH durante la gestación, parto y puerperio
- b) Las pruebas de laboratorio que se usan para el monitoreo son la prueba del antígeno P24 y la prueba de RCP (Reacción en Cadena de Polimerasa).
- c) Las pruebas de laboratorio que se usan para el monitoreo son de ELISA y WESTERN BLOT, las mismas que se realizarán a todas las mujeres diagnosticadas con VIH durante la gestación, parto y puerperio.
- d) Son ciertas A y B

**6. Acerca de los suministros de medicamentos, insumos, y reactivos de laboratorio.**

- a) El SIS es el responsable de garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de los medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio, para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, de acuerdo a requerimiento de los establecimientos de salud.
- b) Las Unidades Ejecutoras son los responsables de garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de los medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio, para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, de acuerdo a requerimiento de los establecimientos de salud.
- c) El DEMID/DIREMID es responsable de garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de los medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio, para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, de acuerdo a requerimiento de los establecimientos de salud.
- d) La ESN-PC-ITS/VIH es la responsable garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de los medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio, para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, de acuerdo a requerimiento de los establecimientos de salud.

**7. Gestante infectada por el VIH, diagnosticada por primera vez durante la atención prenatal**

- a) Se inicia terapia antirretroviral triple desde las 14 semanas de gestación en adelante con prueba de ELISA para VIH reactivo, y se finaliza hasta terminar la gestación.
- b) El esquema de elección es Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/rtv).
- c) En caso de que la gestante se encuentre con anemia severa se cambiara la ZIDOVUDINA (AZT) por la ESRVUDINA (D4T) a dosis de 30 mg vía oral cada 12 horas.
- d) Todas las anteriores.

**8. El manejo del parto**

- a) Para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, la cesárea electiva es la vía de parto, para lo cual será programada oportunamente.
- b) Para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, el parto vaginal no es contraindicación, mientras este con tratamiento antirretroviral.
- c) Para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, se debe esperar la dilatación para ser iniciada la cesárea.
- d) Son ciertas A y C.

**9. Recién nacido expuesto**

- a) Esta indicado la lactancia cruzada y se inicia tratamiento después de 48 horas de nacido
- b) Está prohibida la lactancia materna , indicando leche artificial maternizada y se inicia tratamiento profiláctico después de las 24 horas de nacido
- c) Está prohibida la lactancia materna ,se indica leche artificial maternizada y se inicia tratamiento dentro de las primeras 8 horas de vida
- d) Si la madre recibió terapia antirretroviral la lactancia no está prohibida

**10. ¿Si tiene una gestante que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo cual es el manejo antirretroviral que se debe realizar?**

- a) Recibir la atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y continuará con el tratamiento.
- b) Seguir con el TARGA con 3 drogas a partir de la semana 24 de gestación.
- c) El tratamiento antirretroviral se continuará después de producido el parto
- d) Son correctas A y C

**11. ¿En caso de que el Efavirenz sea parte del esquema de tratamiento de la gestante, éste será remplazado inmediatamente por otro antirretroviral? ¿Cuál es?**

- a) Zidovudina
- b) Nevirapina
- c) Lopinavir
- d) Son correctas B y C

- 12. ¿Para la atención obstétrica de la gestante, en este escenario, el responsable de la administración de TARGA que documento importante deberá enviar al establecimiento de salud de referencia?**
- a) DNI
  - b) copia de la Epicrisis, la cual debe tener la firma y el sello legible del médico tratante.
  - c) Copia de la historia clínica.
  - d) Ninguna de las anteriores
- 13. Toda gestante diagnosticada por Prueba Rápida durante el trabajo de parto firmará consentimiento para el uso de antirretrovirales. ¿Cuál es el tratamiento?**
- a) Zidovudina (AZT) 300 mg + Lamivudina (3TC) 150 mg + Nevirapina (NVP) 200 mg vía oral en una dosis única al inicio de la labor de parto.
  - b) Zidovudina (AZT)300g + Lamivudina 150mg (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/rtv) 400/100 mg cada 12 horas vía oral
  - c) Luego de la dosis de terapia triple inicial, se continuará con Zidovudina (AZT) 300 mg vía oral cada 3 horas y Lamivudina (3TC) 150mg vía oral cada 12 horas hasta el nacimiento.
  - d) Solo A y B son correctas
- 14. ¿Después del parto cual es la profilaxis antirretroviral que se suspende y cuál es el tratamiento que se continua?**
- a) Se suspende Nevirapina y se continua con Zidovudina 300 mg vía oral + Lamivudina 150 mg vía oral cada 12 horas, durante 7 días.
  - b) Se suspende Lamivudina y se continúa con Zidovudina 400 mg vía oral 6 horas por 6 semanas.
  - c) Se suspende Zidovudina y se continúa con Nevirapina (NVP) 200 mg vía oral en una dosis.
  - d) Ninguna de las anteriores
- 15. Una gestante diagnosticada con infección de VIH por primera vez durante el trabajo de parto es cierto que:**
- a) La terminación será Vía abdominal teniendo en cuenta la capacidad resolutive y la posibilidad de referirla.
  - b) Sólo si la gestante llegara al establecimiento con una dilatación mayor de 4 cm y/o membranas rotas, la terminación del parto será vía vaginal
  - c) La episiotomía debe ser evitada en la medida que sea posible y la ligadura del cordón umbilical debe hacerse sin “ordeñar”.
  - d) Todas las anteriores
- 16. Un niño nacido expuesto al VIH durante el parto debe:**
- a) Iniciar lactancia materna.
  - b) Iniciar lactancia con madre sustituta
  - c) Iniciar fórmula maternizada
  - d) Ninguna de las anteriores

**17. Sobre la atención inmediata del RN expuesto al VIH marque la respuesta verdadera según el enunciado:**

- a) Es obligatorio Aspirar delicadamente al recién nacido las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas.
- b) El baño inmediato con agua y jabón está indicado.
- c) El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 8 horas de vida hasta un máximo de 24 horas de nacido.
- d) Todas las anteriores

**18. La profilaxis para el niño expuesto al VIH es:**

- a) Debe realizarse después de los 6 meses
- b) Zidovudina 2 mg/kg vía oral cada 6 horas por 6 semanas y Lamivudina (3TC) 2 mg/kg vía oral cada 12 horas durante 7 días.
- c) Trimetropin-Sulfametoxazol una sola dosis tres días a la semana.
- d) Todas las anteriores

**19. En el seguimiento del recién nacido y niños expuestos al VIH**

- a) Se debe realizar la prueba (PCR) a los 3 y 6 meses de edad
- b) deberá ser evaluado a los 18 meses de edad con la prueba de ELISA para VIH
- c) Los niños que resultaran reactivos a la prueba de ELISA para VIH deberán de solicitarle la prueba confirmatoria para VIH (IFI o WB).
- d) Todas las anteriores
- e) Solo la A es correcta

**20. Las visitas domiciliarias de los niños expuestos al VIH que no vienen al establecimiento podrá hacerse hasta:**

- a) Los 20 meses de edad y 10 visitas como máximo
- b) Los 26 meses de edad y 5 visitas como máximo
- c) Los 24 meses de edad y 6 visitas como máximo
- d) Ninguna de las anteriores

**21. De la alimentación del recién nacido de madre infectada por el VIH es verdad que:**

- a) Debe recibir formula maternizada gratuita por 3 meses
- b) deben recibir sucedáneos leche materna gratuita por seis meses.
- c) Solo B es correcta
- d) Ninguna de las anteriores

**22. ¿Cuántas latas de formula maternizada se le administra al RN de madre infectada en total?**

- a) 100
- b) 45
- c) 76
- d) 30

**ANEXO N°02:** Consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación “nivel de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH. Hospitales de III nivel. Trujillo 2014.

1. Estimados profesionales de la salud los invitamos a participar del estudio “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES ACERCA DE LA NORMA TÉCNICA DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH. HOSPITALES III NIVEL. TRUJILLO 2014.”. Este estudio es realizado por la Bachiller de Obstetricia De la Universidad Privada Antenor Orrego con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos de la Norma Técnica de Transmisión Vertical en este hospital. Si usted acepta voluntariamente participar en este estudio, nosotros le haremos algunas preguntas sobre ciertas condiciones de salud. Las respuestas serán anotadas en una hoja y le tomará aproximadamente 10 minutos responder a todas las preguntas.
2. La recolección de información se realizara por una sola vez y no tiene ningún riesgo para su salud. No se le tomará ningún tipo de muestras para realizar análisis de laboratorio.
3. Usted será uno de los profesionales que participará en este estudio. El estudio se realizará durante los meses de agosto a setiembre de este año.
4. La decisión de participar es totalmente voluntaria y será muy importante para determinar el nivel de conocimientos de la Norma Técnica de Transmisión Vertical, Usted podrá retirarse del estudio si lo decide incluso después de realizar la encuesta. Si decide no participar, no habrá ninguna sanción para usted o su familia. Usted seguirá teniendo el mismo cargo y función que tenía antes.
5. Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional o si decidiera retirarse del estudio puede comunicarse con la investigadora: CISNEROS MUJICA, ELENKA MILUSKA Bachiller en Obstetricia de la Universidad Privada Antenor Orrego.
6. La información proporcionada por usted es estrictamente confidencial y se mantendrá de acuerdo a las normas éticas internacionales vigentes; sólo tendrá acceso a esta información la investigadora. Su nombre no aparecerá en las encuestas ni en ninguna publicación ni presentación de resultados del presente estudio

**ANEXO N °03**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Autorización para participar en la investigación “nivel de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la norma técnica de transmisión vertical de VIH. Hospitales de III nivel. Trujillo 2014.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he leído o me han leído los objetivos de la investigación que se realizará a los profesionales de la salud del Hospital Docente Regional de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, me han dicho sobre los beneficios y riesgos de participar en el estudio. Me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Se me informó además que se me aplicará una encuesta, no se me tomarán muestra de ningún tipo y que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación, la información que brinde será estrictamente confidencial y de uso solo de los investigadores.

Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012

-----

Firma o huella digital  
del que da consentimiento

-----

Firma o huella digital  
del participante

**ANEXO 04:**

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

.....  
DIRECTOR DEL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO Y/O ENCARGADO.

YO MILUSKA CISNEROS MUJICA identificada con DNI N°47572821. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que siendo Bachiller de la UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA, registrada con ID N° 000078912, solicito a Ud. permiso para realizar un trabajo de investigación en su institución sobre “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ACERCA DE LA NORMA TÉCNICA DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH. HOSPITALES DE III NIVEL. TRUJILLO 2014.” PARA PODER OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Trujillo del 2014

\_\_\_\_\_  
DNI N°

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

.....  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL DE TRUJILLO Y/O  
ENGARDO.

YO MILUSKA CISNEROS MUJICA identificada con DNI N°47572821. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que siendo Bachiller de la UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA, registrada con ID N° 000078912, solicito a Ud. permiso para realizar un trabajo de investigación en su institución sobre “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ACERCA DE LA NORMA TÉCNICA DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH. HOSPITALES DE III NIVEL. TRUJILLO 2014”

” PARA PODER OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Trujillo del 2014

---

DNI N°

## ANEXO 05

**Tabla 1.** Directivas y normas nacionales de atención de gestantes con infección VIH en Perú, 1996-2011.

Periodo de aplicación	1996-2005 <sup>(6)</sup>	2005 - 2007 <sup>(6)</sup>	2008 – 2011 <sup>(7)</sup>
Sustento científico	Estudio ACTG 076 <sup>(2)</sup>	Recomendación de OMS <sup>(8)</sup>	Recomendaciones para el uso de ARV en gestantes VIH para reducir la transmisión perinatal del VIH en Estados Unidos <sup>(3)</sup>
Esquema	AZT desde las 14 semanas de gestación	<p><b>Escenario 1:</b> AZT en gestantes sin criterios para inicio de TARGA</p> <p><b>Escenario 2:</b> TARGA en gestantes con criterios de inicio de TARGA</p> <p><b>Escenario 3:</b> Continuar TARGA con las gestantes que la reciben antes del embarazo</p> <p><b>Escenario 4:</b> Nevirapina en las gestantes que se diagnostican por primera vez en el momento del parto</p> <p><b>Escenario 5:</b> AZT en el niño cuya madre no recibió tratamiento ARV</p>	<p><b>Escenario 1:</b> TARGA en gestantes con o sin criterios de inicio</p> <p><b>Escenario 2:</b> continuar TARGA con las gestantes que la reciben antes del embarazo</p> <p><b>Escenario 3:</b> AZT + Lamivudina + Nevirapina en las gestantes que se diagnostican por primera vez en el momento del parto</p> <p><b>Escenario 4:</b> AZT + Lamivudina en el niño cuya madre no recibió tratamiento ARV</p>

(18)

## **ANEXO 06: Glosario de Términos**

**Atención Médica Periódica (AMP):** Se define como el control sistemático y periódico en busca de infecciones de transmisión sexual (ITS) que se realiza a los(as) trabajadores(as) sexuales. Debe realizarse en los Centros de Referencia de ETS o en las Unidades de Atención Médica Periódica reconocidos a nivel nacional.

**Centro de Referencia de ETS (CERETS):** Son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, infraestructura, equipamiento de laboratorio, insumos y medicamentos; para ofertar el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS a la población en general y atención especializada a los Grupos de Elevada Prevalencia de ETS – GEPETS. Debe de contar con servicios de manejo clínico, consejería y laboratorio.

**Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP):** Son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, insumos, medicamentos para ofertar el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS; y brindan atención especializada y sistemática a GEPETS. En estos establecimientos no se realiza cultivos para diagnósticos de Gonorrea ni ELISA para diagnóstico de Clamidia.

Brinda servicios de consejería, soporte emocional, realiza intervenciones de búsqueda de lugares de trabajo sexual (mapeo de lugares y zonas de trabajo sexual, y estimación de trabajadores(as) sexuales) y promoción de los servicios de salud.