

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CREENCIAS, ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y
PRACTICAS QUE POSEEN LAS COMADRONAS CO
RESPECTO AL SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

Estudio observacional realizado en comadronas que prestan
atención en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, durante
los meses de junio y julio de 1997

MARLENE DEL ROSARIO CARCAMO ESTRADA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I.	INTRODUCCION
II.	DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....
III.	JUSTIFICACION.....
IV.	OBJETIVOS.....
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....
VI.	METODOLOGIA.....
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....
IX.	CONCLUSIONES.....
X.	RECOMENDACIONES.....
XI.	RESUMEN.....
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....
XIII.	ANEXOS.....

I. INTRODUCCION

Es sabido que en los países en vías de desarrollo como Guatemala las enfermedades infectocontagiosas como el SIDA se han propagado debido a deficiencias en las estrategias preventivas que pueden estar presentes en cualquier parte de la escala de atención en salud. Este estudio se realizó con el fin de detectar las creencias, actitudes, conocimientos y prácticas CAPCs que poseen las comadronas que atienden en la Maternidad Cantonal Primero de Julio ya que ellas, forman parte importante del personal comunitario de salud. En Guatemala el 80% de los partos son atendidos fuera de las instituciones capacitadas.

Se observó durante su desempeño y entrevistó a 40 comadronas entre los meses de junio a julio de 1997, durante los turnos de 7:00 a 13:00 horas, de 13:00 a 19:00 y de 19:00 a 7:00 horas, horarios que son de trabajo.

Se encuentran comprendidos entre los 26 y 59 años de edad, en su mayoría profesan religión católica, de etnia ladina, son alfabetas, tienen entre 0 y 4 años de formación institucional, han recibido de 1 a 4 cursos de capacitación y la experiencia empírica va desde 0 a 22 años.

Unicamente el 7.5% de la población posee conocimiento adecuado con respecto al SIDA y esto coincidió con las personas que tienen educación escolar a nivel diversificado.

El conocimiento de SIDA de la población es bueno específicamente con respecto a los grupos en riesgo, empero tienen únicamente creencias sobre causa, vías de transmisión y formas de prevención y riesgo ocupacional.

Las actitudes ante la paciente en la atención del parto fueron positivas con respecto al uso del equipo contaminado y el uso del equipo dañado, las prácticas fueron correctas con respecto al uso de guantes, mascarillas y gorro, e incorrectas en el uso de botas y bata.

Las prácticas del lavado y secado de manos antes y después del parto fue en general mala.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En el país como en todas partes del mundo, los factores culturales y populares condicionan y modifican la forma de pensar y proceder con respecto a un determinado problema, el SIDA es un problema mundial, y es llamada la enfermedad del siglo XX, con una letalidad del 100% de los pacientes, pues hasta el momento no existe cura ni vacuna para combatirla. En el país según la Comisión Nacional contra el SIDA (CONAVISIDA) de Salud Pública entre 1984 y 1996 fueron 1379 los casos confirmados (1121 hombres y 258 mujeres) 26 casos de niños de 0 a 4 años y 2 de 10 a 14 años, de los cuales 442 han fallecido.

Al principio de la pandemia el grupo más afectado fue el de homosexuales, actualmente se demuestra que el grupo de personas con conductas heterosexuales está siendo más afectado, y que de este grupo las mujeres se encuentran más vulnerables, ya que en los países desarrollados la liberación de la mujer facilita que la transmisión de enfermedades sexuales sea más factible incluyendo el SIDA, en los países latinoamericanos los tabues culturales, la pobreza, la educación y el papel pasivo de la mujer aun dentro del matrimonio hace más difícil cualquier difusión franca de la sexualidad, de tal forma que su educación sexual es escasa.

Factores socio-culturales y económicos tales como la promiscuidad y la posición subordinada de la mujer en las relaciones de pareja contribuyen al riesgo de la mujer de contraer el VIH/SIDA. (3)

Las comadronas son parte del personal voluntario de salud y están involucradas en acciones de nivel primario de atención, orientación a la comunidad sobre mejoramiento de la condición de vida y atención al paciente; en el país el 80% de los partos son atendidos por comadronas debido a factores económicos, culturales, geográficos y religiosos que caracterizan la población. Ellas constituyen un grupo de riesgo al sufrir contaminación percutánea, mucosa, o de la piel sinó adopta las medidas preventivas adecuadas en la atención del parto a los que se exponen en su práctica diaria. Sin embargo también juegan un papel importante ya que como parte del recurso humano en salud, sus conocimientos, creencias y actitudes pueden influir en la educación de los grupos sociales con quienes se relacionan.

El SIDA es una enfermedad que como todas es multifactorial, las creencias, actitudes, conocimientos y prácticas determinan el riesgo de adquirirla o la prevención para no sufrir de dicha enfermedad.

El SIDA es una patología que afecta en general a cualquier población y es particular en homosexuales y heterosexuales, es empero prevenible, a través de cambios en las prácticas, en las creencias y en la difusión del conocimiento a través de la educación y orientación de la población, por ello es prioritario estrategias que lleguen a los grupos más vulnerables, (entre estos las madres) a través de personas que tienen credibilidad y son parte de dichos grupos, en este caso las comadronas.

III. JUSTIFICACION

En países en vías de desarrollo como Guatemala, las comadronas representan uno de los mejores recursos humanos de atención para la salud de mayor empleo dentro de las comunidades urbanas y predominantemente rurales.

Tanto la Organización Mundial para la Salud (OMS) como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reconocen que la comadrona es un agente fundamental para disminuir la morbi-mortalidad y aumentar la cobertura de atención primaria en salud, por ello se hace necesario detectar que conocimientos poseen, que creencias y actitudes definen sus prácticas en relación a la atención de los partos y la enfermedad de SIDA.

El propósito del estudio se basa en que al conocer los CACP en el grupo de comadronas se pueda orientar con medidas de prevención para evitar el contacto directo de sangre y formas de contaminación a la que están expuestas y sugerir la transmisión de la información que permita cambio de prácticas de riesgo, convirtiendo a las comadronas en agentes educadoras en los grupos sociales donde se desenvuelven.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

1. Describir los creencias, actitudes, conocimientos y prácticas que poseen las comadronas de la Maternidad Cantonal Primero de Julio con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
2. Brindar información correcta sobre el SIDA y como evitar la transmisión en el grupo de comadronas en estudio.

ESPECIFICOS:

1. Caracterizar la población de las comadronas estudiadas en la Maternidad Cantonal Primero de Julio.
2. Describir los conocimientos en relación al SIDA, según la experiencia y práctica de las comadronas estudiadas.
3. Observar las actitudes positivas o negativas de las comadronas estudiadas en relación a la atención del parto.
4. Identificar las prácticas protectoras (positivas) o de riesgo (negativas) de las comadronas relacionadas con respecto a la atención del parto.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CREENCIAS, ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS:

Las creencias, actitudes, conocimientos y prácticas son una serie de instrumentos que sirve para obtener información necesaria sobre el sector de salud, esta puede ser aplicada por cualquier persona que quiera utilizar la perspectiva teorica y la metodología antropológica aplicada a la salud materno infantil; ayuda a identificar tanto los factores positivos como los limitantes en la utilización de los servicios brindados por el personal de servicios relacionados con la salud.

Para que un recurso de salud sea utilizado con el máximo provecho por los usuarios es necesario investigar qué saben, cómo piensan y sienten y qué hacen los proveedores del sector de salud en el área materno infantil, así como determinar la interacción que se da entre estos proveedores y los usuarios de sus recursos.

Cualquier persona con conocimientos básicos sobre antropología que quiera aplicarlos a salud materno infantil puede llevar a cabo esta investigación. Es decir, personas interesadas en realizar investigaciones a profundidad sobre los CACP del personal de servicios de salud, específicamente del sector privado, puede seguir esta guía metodológica.

La información derivada de estos estudios puede servir como base para identificar años de capacitación de personal así como desarrollar los contenidos y mensajes educativos apropiados para los proveedores de salud y para los usuarios.

Estos resultados pueden ser utilizados por personas que estén interesados y en posición de ayudar a los miembros de una comunidad a aumentar y/o modificar sus conocimientos, a adquirir actitudes positivas y a desempeñar prácticas adecuadas en relación con algún servicio de salud a nivel de la comunidad.

(16)

LA COMADRONA TRADICIONAL DE GUATEMALA:

Son mujeres generalmente de edad avanzada, originarias del lugar donde trabajan, por lo general es madre de familia y su profesión la ejerce por herencia cultural, razón por la que es identificada como un recurso propio de la comunidad para la atención de la salud de las madres y los niños. La mayor parte de ellas son de origen indígena, tienen mucha experiencia y algunas son muy solicitadas para la atención de los partos, siempre han resuelto sus problemas solas y no le

dan importancia a la atención institucional y muchas desconocen los criterios de riesgo; por consiguiente sus referencias a las instituciones son escasas.

Los programas de capacitación para comadronas no son nuevos en Guatemala, estos se remontan a 1938. Cada año funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realizan capacitaciones a niveles distritales; estos cursos se han orientado fundamentalmente a despojar a la comadrona de la visión mítica y dotar de los conocimientos técnicos elementales ofrecidos por la medicina moderna.

COMADRONA:

Es la persona que asiste a la madre durante el parto y ha adquirido conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje de otras parteras tradicionales.

COMADRONA DE FAMILIA:

Se describen como las comadronas que han sido elegidas por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros.

COMADRONA CAPACITADA:

Es una comadrona tradicional o de familia que ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia. El periodo efectivo de adiestramiento no suele pasar de un mes aunque a veces se prolonga durante más tiempo. Estas personas reciben remuneración económica la cual varía dependiendo de la comadrona y si hubo o no complicaciones durante el trabajo de parto.

COMADRONA EVENTUAL:

Son ciertas personas miembros de la familia que atienden ocasionalmente a las parturientas, sin embargo, no solicitan regularmente sus servicios ni se cuenta con ellas para asistir partos.

(6,22)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

I. DEFINICION:

Es el resultado de infección viral que daña el sistema inmunológico, la cual se presenta en muchas formas, desde la falta total de síntomas hasta ligero malestar, desórdenes neurológicos debilitantes y enfermedad mortal. El SIDA constituyen la etapa final de la infección. Existen muchas más personas infectadas con el virus muestran los síntomas de la enfermedad, lo que se motivó de preocupación en Salud Pública. (32) Actualmente constituye la más importante epidemia a nivel mundial por su alarmante propagación o falta de tratamiento curativo o profiláctico y causando reacciones científicas, económicas, sociales y legales. (7)

Los avances en la investigación sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, modifican constantemente la definición de la enfermedad, debido al mayor conocimiento que se tiene sobre el agente, su mecanismo de acción y consecuencia orgánicas.

Las dos definiciones que se enumeran a continuación son muy representativas de lo antes mencionado, pero que, en general, nos dan una idea sobre las consideraciones que se deben tomar para describir la enfermedad:

"Es una enfermedad infecto-contagiosa, producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el cual ataca y destruye células, produciendo múltiples enfermedades" (32)

La Organización Mundial para la Salud para el año 1993, consideró pertinente definir la enfermedad del SIDA en la persona adulta cuando los medios diagnósticos son limitados, como es el caso de Guatemala:

"El diagnóstico de SIDA en una persona adulta está basado en la existencia de, por lo menos, dos signos mayores, combinados, por lo menos, con un signo menor, ante la ausencia de causas conocidas de inmunosupresión, como cáncer, malnutrición grave u otras enfermedades reconocidas. La presencia de Sarcoma de Kaposi generalizado o de meningitis criptocócica son suficientes para diagnosticar SIDA. (26)

Signos Mayores:

- Pérdida del 10% o más del peso corporal.
- Diarrea crónica durante más de un mes.
- Fiebre prolongada durante más de un mes (intermitente o constante).

Signos Menores:

- Tos persistente durante más de un mes.
- Dermatitis pruriginosa generalizada.
- Herpes Zoster recurrente.
- Candidiasis bucofaringea.
- Infección crónica progresiva y diseminada por el virus del herpes simple.
- Linfadenopatía generalizada.

En paciente con tuberculosis, una tos persistente de más de un mes de duración no debe ser considerado como signo menor. (26)

Aunque esta última referencia ya sobre el diagnóstico, proporciona una idea, que para definir el síndrome, se debe descartar que la persona tenga otro tipo de inmunosupresión manifiesta ya sea por enfermedad o secundaria al uso de fármacos.

II. HISTORIA:

Hasta el momento no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva con respecto al origen del virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Las primeras pruebas de infección en el ser humano se hallaron en el suero recogido en Africa Central en 1959. (17)

Este hallazgo se relacionó con la costumbre de comer carne y cerebro del mono verde (*Cercopithecus Aethiops*) crudo, lo que puede haber hecho viable el paso del VIH del mono verde al ser humano en su forma más agresiva e invasiva productora de infección. (11)

Al principio de los años 80's aparece en Estados Unidos pacientes que presentan patologías poco frecuentes (Sarcoma de Kaposi, Criptosporidiasis, etc.) Estudios epidemiológicos mostraron que estos pacientes eran homosexuales. Posteriormente se verificaron casos haitianos, en politransfundidos y en adictos a drogas intravenosas. Fue esta época que el SIDA comenzó a manifestarse en forma de epidemia. En el año 1984 Montagnier en Francia y Gallo en Estados Unidos aislaron el agente causal al cual denominaron LAV y HTLV - III respectivamente, pero fue hasta mayo de 1986 que la OMS le dio el nombre de VIH. (1)

III. EPIDEMIOLOGIA:

Para el 10 de junio de 1994 se habían notificado 939,427 casos de SIDA en el mundo; sin embargo la OMS estima que el número real de casos puede ser mucho mayor. (13)

Durante los últimos años el número acumulado de casos de SIDA notificados a la OMS se incrementó más de 18 veces; mientras el número de países que notificaron casos de SIDA a la OMS aumentó en más de 100. Esto nos demuestra no solo la diseminación generalizada del SIDA, sino también la actitud de colaboración de los países que se han ido aumentando en la lucha común contra la epidemia comenzando por el interés en notificar sus propios casos. (13)

De los casos notificados de SIDA, para 1994; un total acumulativo de 435,978 se notificó en la Región de las Américas, sin embargo es considerable la subnotificación de casos de SIDA y se estima que, en efecto, es posible que haya el doble de número acumulativo de casos notificados de SIDA en la Región de las Américas. (36)

La tasa de incidencia anual de SIDA en América fue 110.9 casos por millón de habitantes, siendo en el área de Centroamérica 39.0 casos por millón de habitantes. Los datos distribuidos por sexo obtenidos en 306,756 de casos

notificados, 266,853 (87%) fueron hombres y 39,903 (13%) fueron mujeres, de la totalidad de casos de las Américas. La razón hombre:mujer en la Región las Américas ha estado descendiendo en forma sostenida en los últimos años de 11:8 hombres por mujer; a 5:6. Estando actualmente el istmo centroamericano en 3:1 hombres por mujer. (36)

El grueso de los casos ocurre en personas cuyas edades corresponden al periodo de mayor actividad sexual, estando distribuidas en forma desigual, con la prevalencia en las grandes ciudades pero con tendencia actual a diseminarse hacia el área rural. (11,36)

Con respecto a la distribución de casos por edad, se estimó para 1994 el la región de las Américas la edad promedio en paciente hombres que eran afectado por SIDA era de 34.4 años y para mujeres era de 31.2 años; los datos del istmo centroamericano se tiene la edad promedio total y es de 32.8 años, estos datos fueron significativos, en el cual la proporción más grande de casos de hombres se encontró en el grupo en el grupo de 25 a 29 años de edad. (36)

En Guatemala, fue reportado el primer caso en 1984, desde entonces se reportaron hasta 1994 alrededor de 35,000 personas infectadas. (1)

La Organización Mundial de la Salud ha definido varios patrones generales de transmisión del VIH. Cada uno de estos patrones tiene efectos de diferente importancia sobre las mujeres y los niños. (3,13,)

- Tipo I Homosexual
- Tipo II Heterosexual
- Tipo III Inicialmente patrón homosexual seguido de patrón heterosexual. (3,13)

Patrón tipo I:

Es típico de los occidentales que han notificado gran número de casos. Entre estos figuran los Estados Unidos, Canadá, muchos países de Europa Occidental y además países de América Latina y el Caribe. En estos países donde prevalece el patrón I, la transmisión del VIH ha ocurrido principalmente en zonas urbanas entre hombres homo y bisexuales y entre adictos intravenosos. La transmisión heterosexual que fue reducida al principio se ha ido incrementando con rapidez. En los primeros años de la epidemia se encontraba una mujer infectada por cada 10 a 15 hombres; esta diferencia se está reduciendo progresivamente ante el incremento de la infección entre las mujeres. Es por ello que las regiones comprendidas dentro de este patrón y la cantidad de niños infectados por transmisión materna que al comienzo era muy reducida está en franco aumento.

b. Patrón tipo II

Se observa en los países de África Central y meridional. La mayor parte de estos casos de SIDA en los países comprendidos en el patrón II han ocurrido entre heterosexuales, y la proporción entre hombres y mujeres infectados es de 1:1; aproximadamente. Dado que en estas áreas la cantidad de mujeres infectadas es muy elevada, la transmisión perinatal es responsable de gran cantidad de niños infectados.

El patrón de muchos países incluidos en el patrón I por las características epidemiológicas iniciales de la epidemia ha ido cambiando para ir acercándose a lo que ocurre en los países con patrón II, especialmente en lo que se refiere a la importancia de la transmisión heterosexual y al proporción de mujeres infectadas. Varios países de América Latina y el Caribe deben ser incluidos en la actualidad centro de un patrón I/II.

c. Patrón III:

Incluye Asia, la mayor parte de los países del Pacífico, Europa Oriental, África del Norte y Medio Oriente, donde el VIH se introdujo recién a principios o mediados de los 80's donde la prevalencia de la infección es todavía baja. (12)

En la Región de las Américas prevalece la transmisión homosexual/bisexual (57%) seguida por el uso de drogas inyectables (22%) y la transmisión heterosexual (11%). En América Latina la distribución acumulativa de casos de SIDA por factor de riesgo (incluyendo solo los casos con factores de riesgo conocidos) mostró un predominio de los casos infectados por contacto homosexual/bisexual (49%) seguido de la transmisión heterosexual (25%) y el uso de drogas inyectables (16%). El contacto heterosexual representó la proporción más grande de casos en el Caribe Latino (76%) y Centroamérica (64%) (3,36)

Las mujeres han sido afectadas profundamente por la epidemia del VIH. En América Latina, las tasas de incidencia en las mujeres aumentaron más de cinco veces hasta 1992. De un total acumulativo de 72,565 casos notificados en 1992, se registraron 10,703 casos que fueron mujeres, de las cuales el 53% contrajo el SIDA por contacto heterosexual. Además la proporción de casos de SIDA debidos a la transmisión heterosexual se ha duplicado a un 60%.

A nivel mundial los niños constituyen de un 5 - 10% de casos notificados. La transmisión perinatal es variable pero se ha reportado en países europeos de 15 a 20%, en África el índice de transmisión es más alta hasta un 40%, y en los países latinos la incidencia es aproximadamente de 20 a 30%. (14), teniendo un porcentaje promedio de 30%.

La proporción de los casos de SIDA, pediátrico es mayor en las zonas donde la transmisión heterosexual es el modo predominante de transmisión y donde la razón hombre: mujer es baja, como en Centroamérica y el Caribe. En Centroamérica tuvo una proporción más alta de casos pediátricos en Honduras seguido por Costa Rica. (34)

La distribución y frecuencia del SIDA dependen de varios factores, entre ellos: a). El tiempo transcurrido desde la introducción del VIH a la población, b). Las condiciones sociales de la población, c). Los hábitos y costumbres sexuales, d). La drogadicción intravenosa y otros hábitos y costumbres relacionados, e). La infraestructura sanitaria y educativa existente; así como la capacidad de respuesta de la sociedad ante la epidemia, f). La existencia de cofactores que faciliten la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA, como son algunas enfermedades relacionadas. (36)

Los países en desarrollo son considerados por la OMS como los más afectados ya que los servicios de salud son insuficientes para atender la población. El impacto negativo de la enfermedad, en términos generales, es mayor en comparación con los países industrializados.

Las predicciones de la enfermedad son más desalentadoras ya que se estima que en latinoamérica se duplica el número de pacientes con SIDA cada 9 o 10 meses. En caso de seguir así los analistas mencionan que serán insuficientes los servicios hospitalarios para esta enfermedad; y llegará una de las cinco causas de mortalidad en jóvenes varones. Además para los próximos años, se verá un incremento del número de casos en mujeres, niños y adolescentes, así como en heterosexuales; y llegará a tener más impacto en las áreas suburbanas o rurales en comparación con las grandes metrópolis.

La OMS estima que para el año 2000 habrá entre 30 a 40 millones de casos seropositivos y cerca de 10 millones con SIDA. (12)

La OMS estima que más de un millón de niños están infectados el virus del VIH a nivel mundial. Los infantes pueden haber sido infectados con el VIH durante el embarazo, el nacimiento o la lactancia. Más de la mitad de los niños infectados en países en vías de desarrollo mueren antes de llegar a 1 año de edad. (12)

La OMS estima que para el año 2000, más de cinco millones de niños habrán perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA. (1)

IV. ETIOLOGIA:

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, sub-familia lentivirus, en la cual se encuentran los dos tipos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el responsable de la mayoría de casos a nivel mundial, y el VIH-2 se informa con más frecuencia en el oeste de Africa, siendo este último, el que en realidad se relaciona más con el virus de inmunodeficiencia del simio (VIS), un retrovirus encontrado en los monos. (29,32)

Es un virus ARN cuya nucleocápside posee tres enzimas: ADN polimerasa, ribonucleasa e integrasa. A las primeras dos, juntas, se les llama transcriptasa inversa, siendo esto lo que particulariza a los retrovirus, ya que a partir de ARN, con esta enzima, puede sintetizar ADN viral.

Su único hospedero son las células vivas humanas y experimentalmente, el chimpancé. No puede sintetizar su propia energía, pudiendo sobrevivir sólo intracelularmente. Es sumamente lábil a las condiciones ambientales, inactivándose cambios en la temperatura, pH, humedad o la acción de desinfectantes comunes como el hipoclorito de sodio o el alcohol. Sustancias espermaticidas como el monoxynol-9 también lo pueden inactivar. Así pues, como ya se mencionó, las células vivas que contienen el virus son las que la conservan y garantizan su eficaz infectividad, siendo los leucocitos y los fluidos corporales los que contienen los más peligrosos. En otras sustancias originadas en el cuerpo se presentan como partículas libres, reduciendo enormemente su poder infectivo. (29)

Cada una de las proteínas virales es capaz de desencadenar una respuesta inmune humoral pero esta línea de protección es eludida por el virus, y su condición intracelular y su capacidad de pasar rápidamente de una célula a otra. Los distintos fluidos orgánicos poseen diferente infectividad, pudiendo resumir que los que tienen mayor concentración de leucocitos (semen, secreción vaginal, secreción cervical y sangre) son altamente infectantes. No se conoce cual es la cantidad mínima de partículas virales que se necesitan para la infección, pero en casos de punción ocupacional se a visto que es suficiente 1.4 ml de sangre para transmitirla. En la transmisión sexual no se sabe de que tamaño debe de ser el inóculo. Se cree actualmente que mientras mas avance tiene la enfermedad, más infectantes son los leucocitos. (32)

El VIH ataca células que tienen receptores específicos para él, siendo las afectadas: células del sistema fagocítico mononuclear, de la glía, del sistema neuroendócrino, las células fagocíticas anorectales, y el endotelio de los vasos sanguíneos. Por la multiplicidad de las células que ataca se manifiesta en forma variada.

Los efectos inmunopatológicos de la infección por VIH se relacionan de manera directa con la interacción del virus y su receptor específico: la molécula superficial CD4, la fracción Fc y el C3b del complemento. Los linfocitos T ayudadores son los que poseen la molécula CD4 en su máxima expresión aunque también se encuentra en ciertas poblaciones de monocitos, macrófagos, neuronas, células gliales de áreas específicas del cerebro. La molécula viral capaz de reconocer el receptor es la glucoproteína externa (gp) específicamente el péptido T. Al reconocerlo por una serie de mecanismos, penetra al cromosoma y permanece sin manifestarse por un tiempo indefinido (de 2 a 12 años). (29,32)

Por sus características, es pues, el linfocito T CD4 o ayudador, el más afectado, repercutiendo en la multifuncionalidad de éste, el cual presentará deficiencias en las funciones cooperadoras siguientes: activación de macrófagos, inducción de la función de las células B y de las células T citotóxicas, inducción de la función de las células asesinas y de las células supresoras, secreción de los factores de crecimiento y diferenciación de las células linfoides, secreción de factores estimulantes de las colonias hematopoyéticas y de factores que inducen funciones celulares no linfoides. (29,32)

Aunque no se sabe con exactitud que señal espera el virus para empezar a actuar, al momento conocemos que el daño producido al linfocito ayudador se debe a los siguientes mecanismos de acción:

1. Efecto citopático directo, ya que al salir el virus de la células en forma rápida y en gran cantidad produce perforaciones en la membrana celular y esto desencadena la muerte de la misma.
2. Formación de células gigantes multinucleadas, mecanismo por el cual los linfocitos ayudadores sanos, en número aproximado de 500 por célula, rodean al infectado que expresa el virus en su membrana celular, y esto, desencadena la muerte de las misma.
3. Destrucción autoinmune del linfocito ayudador infectado, ya que este provoca una respuesta humoral y celular en contra del mismo, provocando así su muerte.
4. Producción de compuestos citotóxicos a cargo de los genes propios del virus. (29)

La disminución de los linfocitos ayudadores repercute en las funciones efectoras de los linfocitos CD8 y en menor cantidad (10% se afectan) en los linfocitos B. Casi en igual cantidad que los CD8, las células asesinas sufren alteraciones, llevando estos cambios a la predisposición de infecciones oportunistas por microorganismos intracelulares. Genes propios del VIH, inducen a células del sistema fagocítico nuclear a liberar cantidades enormes de

interleucina 1, y a los linfocitos ayudadores infectados, de interleucina 2: produce así la respuesta inespecífica de los linfocitos B, teniendo como consecuencia la hipergamaglobulinemia policlonal registrada en los pacientes. (29)

Las alteraciones en otros tipos de células repercuten en funciones muy variadas. La lesión endotelial en los vasos cerebrales inducida por el virus, provoca un aumento de la permeabilidad capilar, facilitando el paso de monocitos al tejido nervioso. Estos transmiten el virus a los macrófagos y a las células de la glia. Las células ya dañadas y a los subproductos virales son capaces de producir sustancias que afecten la función neuronal. Otro tipo de daño endotelial a la irrigación periférica, permite el paso de monocitos circulantes al tejido, estimulando así la angiogénesis, lo que conduce al sarcoma de Kaposi. Las células neuroendócrinas son afectadas por el virus, induciendo liberación de grandes cantidades de sustancias estimuladoras causantes de diarrea y mala absorción. (31,32)

V. TRANSMISION:

Son tres los mecanismos reconocidos de transmisión del VIH.

- a. Sexual (heterosexuales, homosexuales)
- b. Parenteral
- c. Perinatal

A. Transmisión Sexual:

Los factores que determinan la ocurrencia de infección por esta vía son:

- i. Fuente de infección: Constituida por los individuos infectados.
- ii. Vía de salida del virus: La cual constituyen las diferentes secreciones de donde ha sido aislado, es decir, sangre, semen, secreciones vaginales, lágrimas, saliva, leche materna, calostro y orina. (18), más importantes para la transmisión del virus son la sangre y el semen.
- iii. Viabilidad del virus: El VIH es sumamente lábil al medio ambiente, lo que explica que solo puede ser transmitido por vía directa. (10,30)
- iv. Vía de entrada: Existen múltiples estudios acerca de la transmisión según el tipo de prácticas sexuales ya que no es igual en todos los casos:

-Coito anal: La aplicación peneana en el recto y la aplicación de enemas rectales pre y post coito, implican mayor riesgo de transmisión ya que la mucosa rectal lacerada permite con facilidad el paso del virus a los linfocitos presentes en el tejido. Aún cuando no se encuentra dañada la mucosa rectal.

las células de Langerhans del epitelio poseen receptores para el VIH por medio del cual pueden captarlos, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo. (11,17)

-Coito vaginal: La transmisión es menos efectiva que el anal, debido a las características anatomofisiológicas de la mucosa vaginal (varias capas mucosas y escasas células de Langerhans). El riesgo de infección aumenta durante la menstruación debido a los cambios que se producen en la mucosa vaginal por la acción hormonal, así como la mayor vascularización de la misma. (11,14,17)

Hay mayor riesgo en encuentros aislados de hombre infectado a mujer expuesta al riesgo que viceversa, debido a que el semen posee mayor concentración de partículas virales que las secreciones vaginales.

v. Tamaño del inóculo viral: La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambian, influye en la eficacia de la transmisión.

vi. Seceptibilidad del huésped: Es posible que existan factores genéticos que influyan en la susceptibilidad a la infección por el virus.

vii. Cofactores: Estos pueden asociarse tanto a la transmisión como a la evolución clínica de los infectados. Entre estos tenemos:

-Microorganismos: Entre los que más frecuentemente están Citomagalovirus, Herpes virus, virus Epstein Barr, virus de Hepatitis B y algunos agentes productores de ETS. (13,36)

-Sustancias Químicas: Algunas sustancias como los nitritos (Poppers) y las drogas intravenosas parecen facilitar la infección, otro cofactor que parece ser de importancia es el uso de anticonceptivos orales. En un estudio realizado en Nairobi Kenya, la incidencia de infección resultó ser mayor en quienes los usaban (30)

viii. Grado de exposición al riesgo: Se desconoce el número exacto de exposiciones necesarias para una transmisión efectiva del VIH por vía sexual, aunque el riesgo aumenta según el número de parejas sexuales, número de contactos, tipo de prácticas sexuales y uso de condón.

B. Transmisión Parenteral:

La transmisión por esta vía en las siguientes situaciones:

- Recepción de sangre o sus productos.
- Utilización de jeringas y agujas inadecuadamente esterilizadas (drogas intravenosas, automedicación)

- Punción Ocupacional:

No todos los componentes de la sangre transmiten el virus, los glóbulos rojos, las plaquetas, el plasma, la sangre y otros productos preparados a partir de la sangre como la albúmina, las inmunoglobulinas, y las vacunas contra la Hepatitis B no se han considerado como portadores de ningún riesgo. (5,21)

Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir la infección ya que requieren de 80 a 100 unidades de Factor VIII, al año lo que signifique una gran exposición de donadores.

La mayoría de receptores reciben más de una unidad de sangre, el riesgo por paciente transfundido puede ir en un rango de 1 en 3,400 a 1 en 28,000.

La CDC para 1990, define la exposición ocupacional al VIH como "aquella que ocurre en el puesto de trabajo, durante una jornada laboral e implica riesgo de infección por el VIH ya sea por lesión percutánea, contacto de piel o mucosas con sangre y otros fluidos o tejidos corporales a las que se aplica las precauciones de infección por VIH.

La exposición del trabajador de salud al VIH ocurre. Para 1987 cuando los cuidados universales ya eran aplicados a cualquier país industrializado, Estados Unidos registraba 7 casos ciertos de infección por VIH por accidentes laborales, 7 casos probables y 19 casos posibles. Otra publicación que involucra datos de varios centros en ese mismo país, encontró que 2,200 personas habían sufrido lesiones mientras trabajaban con sangre y material contaminados por el VIH, desarrollando 16 seropositividad. (32)

Son variables las incidencias conocidas de seroconversión en personal inoculado accidentalmente, esto puede ser debido, como advierte la CDC, a que el riesgo varía según el tipo de fluido y concentración del VIH, clase de exposición y volumen inculado. El registro de inoculaciones accidentales en personal sanitario de la Comunidad de Madrid en 1990, registra un riesgo de seroconversiones por accidentes, con material potencialmente contaminado, del 0.002%. La CDC publica un valor de 0.4% (20). En este momento, cabe señalar que, para el trabajador de la salud, todo producto sanguíneo y líquido orgánico debe manejarse como si fuera infeccioso, ya que es la única manera de que cada uno se haga responsable de su propia seguridad.

La exposición ocupacional incluye contacto en los ojos, boca, otras membranas mucosas, piel dañada, contacto parenteral con sangre u otro material potencialmente infectado.

El riesgo asociado con exposición ocupacional expuesto a VIH envuelve daño percutáneo con aguja y otro instrumento contaminado fue 0.2% (9 infecciones después de 3628 exposiciones. (20)

El virus en la exposición es hipotetizado de ser una importante variable en la infectividad, porque la causa de una importante circulación viral en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es de 100 a 1000 veces mayor que en pacientes con infección del VIH quienes son asintomáticos (4). La exposición de sangre de pacientes con SIDA es asociado con el alto riesgo de transmisión. En un estudio se estratificó el riesgo de acuerdo al origen del estatus del paciente, ninguno de las 148 exposiciones percutáneas envolvió originado de pacientes asintomáticos resultaron en infección, 4 de 889 exposiciones (0.4%) envolvió pacientes con SIDA que resultaron transmitidos por VIH. El volumen de sangre que envuelve la exposición ocupacional puede ser un factor determinante de riesgo. El tipo de medida de aguja usada, el grado de penetración, el uso de guantes, el efecto de la cantidad de sangre transmitida durante el daño con la aguja, han sido reportados como riesgo para la transmisión del VIH.

La exposición mucocutánea ha contado aproximadamente 12% (4 a 32) de las infecciones de VIH documentadas como exposición ocupacional por el Central for Disease Control and Prevention en 1992. El riesgo ocupacional con exposición mucocutánea ha sido difícil de cuantificar porque la ruta de transmisión es rara. (1 por cada 1007 exposición mucosa) Esto sugiere que la exposición mucocutánea del VIH es un bajo riesgo a comparación de la inoculación percutánea.

Usualmente los grandes volúmenes de sangre, la duración prolongada del contacto, y la potencial puerta de entrada son descritas en la mayoría de los casos reportados de transmisión mucocutánea del VIH en los trabajadores de salud, pero el efecto de estos factores de riesgo no ha sido cuantificado. (4,20)

Las precauciones universales son recomendadas en cada clínica y laboratorio con todos los pacientes, incluidas el uso de guantes y equipo de protector para prevenir contacto mucocutáneo con sangre y otros fluidos del cuerpo infeccioso cuidando con el manejo de especímenes de laboratorio y prevención de daño con agujas. (10,20,26)

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo de transmisión de la infección esto tiene particular importancia en los drogadictos que comparten agujas contaminadas. En abril de 1987 se reportó en Estados Unidos el 25% de los casos se relacionaron con el uso de drogas inyectadas por vía intravenosa. No existen pruebas que

el virus se transmite como resultado de las inmunizaciones, las inyecciones subcutáneas o intramusculares ofrecen menos posibilidades de transmisión. (26)

C. Transmisión Perinatal:

Tiene particular importancia debido al grupo de edad que afecta, a que es indicador de transmisión heterosexual ya que ha llegado a constituir un problema de salud materno-infantil (3)

El VIH puede ser transmitido de la madre a un infante durante el embarazo, el alumbramiento o la lactancia. Sin embargo, a nivel mundial, la mayoría (dos tercios) de los infantes nacidos de madres con VIH no se infectan con el virus. (1,14)

La OMS acepta que la transmisión de VIH de una madre infectada a su producto puede ocurrir por tres mecanismos distintos:

- I. Via transplacentaria
- II. Durante el parto
- III. Transmisión post-parto

I. Transmisión Intrauterina:

Un número sustancial de informes apoyan la existencia de esta vía. Todavía no se conoce el periodo exacto en que el VIH infecta al feto. Sin embargo se han detectado en tejidos fetales a las 15 - 20 semanas de gestación. Además en varios estudios de compañeros de pacientes con SIDA se ha demostrado que las mujeres seropositivas tienen un número de abortos espontáneos el doble de lo observado en las seronegativas, además se observa más frecuentemente en el primer trimestre del embarazo. La infección por VIH en el útero podría explicar la aparición poco frecuente de un Síndrome Dismórfico en niños infectados. Se estima de 30 a 50% el riesgo de transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo.

La transmisión vertical del VIH es factible que se lleve a cabo duran el primer trimestre de la gestación y su paso se puede incrementar dependiendo del estadio de la enfermedad. Si la madre cursa con un estadio, o con manifestaciones clínicas de SIDA, éste se puede acrecentar cuando existe asociación con otras infecciones de transmisión sexual, cuando las causadas por Chlamydia Trachomatis, Herpes Simple, Treponema Pallidum, también puede aumentar cuando las mujeres tienen cuantas bajas de linfocitos CD4: por el contrario parece disminuir la transmisión en aquellas mujeres quienes tienen anticuerpos contra el gp 120. (14,21,27).

El VIH ha sido aislado de tejidos fetales y placentarios. Lapointe y col. demostraron antígenos de órganos de un feto de 15 semanas y Lewis y col. encontraron antígenos virales en el trofoblasto, células de Hofbauer y células endoteliales en un feto de 8 semanas. Este virus también se ha identificado en el líquido amniótico, en embarazos del tercer trimestre. Estudios efectuados por Maury y col. identificaron la presencia de receptores (CD4) en el estroma de las vellocidades coriónicas y en el epitelio de capilares fetales de la placenta. (13)

Análisis efectuados en otros virus han demostrado que los monocitos y los macrófagos juegan un papel crítico en la patogénesis, ya que estas células actúan como un reservorio para la persistencia viral, o bien actúan como medios de transporte en la diseminación de la infección a otros sitios. El papel exacto que desempeñan las células de Hofbauer en la transmisión del VIH se desconoce. Estudios histopatológicos no han evidenciado una villitis, sin embargo si han informado la presencia de una corioamnionitis, corionitis y funisitis. (13)

II. Transmisión durante el parto:

El VIH se ha aislado de secreciones del cuello uterino, lo que indica que esto podría ser una fuente de infección. La transmisión por esta vía se observa comúnmente en otras enfermedades causadas por agentes que se transmiten verticalmente, como el Citomegalovirus y el Herpes Simple. Para reducir este riesgo, se recomiendan practicar la operación cesárea a las mujeres seropositivas, sin embargo no hay pruebas convincentes que así se reducen el riesgo de transmisión al recién nacido.

En el análisis invariable de la transmisión del VIH-1 fue significativamente asociada con un bajo nivel de células CD4+ (< de 29%), un alto nivel de células CD8+ (> de 50%), un VIH-1 positivo en el parto, prematurez, bajo peso al nacer, ruptura tardía de membranas ovulares, ruptura prematura de membranas ovulares (esto es mucho antes del trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación) uso de drogas durante el embarazo, presencia de corioamnionitis, y edad materna menos de 30 años. (13,21)

Nuevos estudios demuestran que el tiempo de duración de la ruptura prematura de membranas es una transmisión determinante importante del VIH-1, y sugiere que esto puede ser invariable a menos que se explique la asociación de la transmisión con la forma del parto, que ha sido observado en varios estudios previos. (13)

Varios estudios han reportado una asociación entre los niveles de linfocitos CD4+ y el incremento de la transmisión del VIH-1.

Un parto con más de cuatro horas de ruptura prematura de membranas ovulares tempranamente dobla el grado de transmisión de madre a hijo del VIH-1.

Estudios recientes demuestran que la transmisión intraparto, consideran que las infecciones perinatales de VIH-1 dependen de la exposición a secreciones cervicovaginales infectadas como un probable mecanismo para adquirir la enfermedad. (14)

El parto por cesárea ha sido asociado con disminución de la exposición a secreciones cervicovaginales, dependiendo de la duración del parto y del tiempo de la ruptura prematura de membranas. Un estudio reciente reportado por The European Collaborative Study demostró que el parto por cesárea disminuye el grado de transmisión del VIH-1 que el parto vía vaginal.

En muchas circunstancias el Obstetra y el paciente considera la realización de cesárea conociendo los riesgos del procedimiento, pero aún es probable que no se disminuya la transmisión del VIH-1 a los infantes. (13,21)

III. Transmisión por leche materna:

La leche materna carente de células y la fracción celular del calostro contienen concentraciones elevadas de VIH. (13) Se han comprobado cinco casos de transmisión del VIH a través de la leche materna infectada. Se han reportado casos de transmisión por la leche materna durante el puerperio no habiéndose esclarecido perfectamente los casos. Un 25% de lactantes hijos de madres con SIDA tienen pruebas de presencia de anticuerpos falsos positivos hasta cumplir un año, debido al paso transplacentario de anticuerpos antiVIH de la madre al feto, por lo que la prueba de Elisa no es diagnóstica de infección en este lapso de tiempo. Se estima en general, que la tasa de transmisión se encuentra entre 20 y 60% con muchas variables según el estado materno durante el parto.

También es importante recordar que la mayoría de los niños que son amamantados por madres infectadas con el VIH no se infectan a través de la leche materna. Sin embargo, el virus ha sido aislado de la leche materna de mujeres con VIH. La lactancia materna cuando la madre tiene infección por VIH, o la ingestión de leche materna infectada (donada y no verificada, o no tratada) aumenta el riesgo para los bebés pero no se sabe a qué grado. No es posible saber con facilidad si un bebé tiene infección por VIH hasta que tenga 12 a 18 meses de edad. (1,10)

Se conocen algunos factores que incrementan el riesgo de transmisión durante la lactancia. Si la infección en la mujer es muy reciente, o si tiene enfermedades relacionadas con el

SIDA, puede tener más virus en sus fluidos corporales, incluyendo la leche materna. El riesgo para el bebé es mayor si su madre:

- Fué infectada con el VIH a través de transfusiones sanguíneas durante o poco tiempo después del parto.

- Fué infectada al tener relaciones sexuales desprotegidas con una pareja infectada mientras estaba embarazada o amamantando.

- Desarrolla enfermedades relacionadas con el SIDA durante el embarazo o la lactancia (10)

VI. MANIFESTACIONES CLINICAS:

Existe una serie de pasos a través de los cuales el paciente portador del virus irá transmitiendo su enfermedad. La mayoría de las personas que contraen la infección desarrollan anticuerpos sin ningún síntoma inmediato. (4) la mayoría de laboratorios pueden mostrar un número reducido de Linfocitos T4. No está claro por cuanto tiempo pueden las personas infectadas mantenerse asintomáticas.

La infección puede manifestarse inicialmente con un cuadro denominado Linfadenopatía persistente que se caracteriza por inflamación de los ganglios linfáticos en dos zonas extrainguinales por un período mayor de tres meses, que puede acompañarse de fiebre, diarrea, fatiga, pérdida de peso y apareamiento de infecciones poco comunes. (4). Por definición estricta deben tener una infección por un germen oportunista por lo que la definición de la OPS/CARACAS fue propuesta para el uso de los países latinos y del Caribe tomando en cuenta las enfermedades endémicas de la región. Estas enfermedades sugieren el diagnóstico clínico, pero este debe ser confirmado serológicamente.

A. Grupo A:

- Sarcoma de Kaposi: (6 puntos)

En un principio puede ser una proliferación múltiple autóctona y reactiva de células linforeticulares y endoteliales que posteriormente sufren reacción sarcomatosa. Respuesta aproximadamente el 26% de los pacientes infectados. Su diagnóstico es histopatológico y es confirmatorio de SIDA si es redundante y hay serología positiva.

- Tuberculosis: (6 puntos)

- Diseminada

- Pulmonar no cavitaria

- Extrapulmonar, que puede estar localizada a nivel de ganglios linfáticos, riñón, genitales, peritoneo, pericardio, meninges, suprarenales o tejido óseo.

Es confirmatorio de SIDA si hay serología positiva.

B. Grupo B:

- Candidiasis: (3 puntos)

Aunque es comensal, aunque está asociada a inmunodeficiencia, especialmente la forma mucocutánea, produciéndose lesiones grave y crónicas con diseminación hematogena. Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición o síntoma sospechosos de SIDA además debe ser confirmada con serología.

- Tuberculosis Pulmonar con Cavitación o Inespecífica: (3 puntos)

Es importante diferenciar las micosis pulmonares de la TB pulmonar, mediante pruebas serológicas cutáneas específicas para la coccidiomicosis, histoplasmosis y aspergilosis. Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición y debe ser confirmada con serología.

- Herpes Zoster: (3 puntos)

- Disfunción del Sistema Nervioso Central:

Los siguientes signos y síntomas sugieren investigación mediante pruebas serológicas:

- Confusión mental, demencia, nivel de conciencia disminuido, convulsiones, meningitis o encefalitis. Estas deben estar asociadas a otra enfermedad incluida en la definición.

C. Grupo C:

Comprende una serie de signos y síntomas inespecíficos a los cuales se les asigna solamente dos puntos a cada uno:

- Diarrea persistente (> de un mes).
- Fiebre presente por más de un mes.
- Caquexia o disminución del 10% de peso corporal normal.
- Astenia.
- Dermatitis persistente.
- Anormalidades hematológicas (anemia, linfopenia absoluta, trombocitopenia).
- Infiltrados pulmonares intersticiales difusos o bilaterales.
- Tos persistente.

La unión de tres o más de estas manifestaciones clínicas orientan a la confirmación serológica del VIH. (5,29,32)

VII. DIAGNOSTICO:

Las pruebas de laboratorio son un componente esencial para el diagnóstico confirmatorio de los casos sospechosos clínicamente. El diagnóstico de infección por VIH se basa en la demostración de antígenos contra el virus (ELISA, Westerns Blot, Inmunofluorescencia), detección de antígenos virales, aislamiento de virus o detección del material

genético en células infectadas. (reacción de Polimerasa en cadena PCR) Además de las pruebas mencionadas se han implementado exámenes que evalúan el estado inmune del paciente al momento del diagnóstico (recuento de linfocitos CD4), que son utilizados para el monitoreo y la terapia antiviral.

- Pruebas de tamizaje:

La prueba de tamizaje más aceptada es el ELISA (Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas) que utiliza el principio de captura de antígeno. Estas pruebas de tamizaje no son diagnósticas de infección por VIH (principalmente cuando la prevalencia es baja).

- Pruebas confirmatorias:

Poseen un mayor grado de especificidad que las pruebas de tamizaje. La más conocida y utilizada es la Western Blot (WB), aunque también ha sido aceptadas la Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y el Ensayo de Radioinmunoprecipitación (RIPA)

El protocolo de diagnóstico comúnmente utilizado en Guatemala, es el tamizaje con una prueba de Elisa y la confirmación por Western Blot. (20)

Comúnmente se olvida que todas estas pruebas además de ser estrictamente confidenciales, deben acompañarse al paciente el examen que va a realizarse, el significado de un resultado negativo o uno positivo, así como educarlo sobre las formas de transmisión y las medidas preventivas que debe utilizar.

VII. TRATAMIENTO:

Desde que inició la epidemia del SIDA se han buscado de forma exhaustiva una droga antiviral capaz de eliminar el VIH, la primera droga que salió al mercado y se popularizó a mediados de los 80's fue Zidovudina o AZT, logra disminuir las infecciones oportunistas y detener la replicación viral discretamente sin embargo, a pesar de recibir este tratamiento muchos pacientes continúan muriendo actualmente, las drogas antiVIH se clasifican en:

- Transcriptasa inversa

- Inhibidor de proteasas.

Por lo menos 10 drogas de estos grupos circulan en el mundo. La mejor conducta terapéutica pareciera ser una combinación de drogas que incluya por lo menos una droga de cada grupo o idealmente dos inhibidores de Transcriptasa Inversa y un Inhibidor de Proteasa. Hasta el momento los estudios preliminares han demostrado, una disminución importante en el número de copias virales en sangre, un aumento de los linfocitos CD4 con estos regímenes. (14)

El conocimiento del ciclo de replicación del HIV permitió que se diseñaran estrategias para atacarlo en sus diferentes pasos de replicación y en la actualidad se ensayan drogas con ese objetivo.

- Bloqueadores de adhesión viral: Anticuerpos (Acs) contra la envoltura del VIH, CD4 recombinante soluble (rCD4), inhibidores de la enzima transcriptasa reversa:

- AZT (Acido-timidina, Zidovudina, Retrovirus, Aviral)

- 2 3 dideoxicitidina (ddC)

- dd - I = dideoxinosina.

Además de la terapia antiviral se utilizan como complemento medicamentos de reemplazo inmunológico o inmunoestimulantes como inmunoglobulinas, interleucinas e interferones, y atenuadores de los efectos secundarios: eritropoyetina y factores estimulantes de colonias (CSF).

Recientes avances en biología molecular han hecho posible el desarrollo y producción de nuevas vacunas para inmunizar contra la infección producida por el VIH-1. Sin embargo ninguna de estas ha sido capaz de proveer completa protección.

Los agentes antivirales que han sido considerados como agentes para profilaxis incluyen, aciclovir, interferón alfa, y análogos solubles de CD4, pero ninguno ha tenido actividad profiláctica en humanos.

Una reciente demostración de zidovudina en mujeres embarazadas y sus recién nacidos, fue asociada con un 68% de reducción en la transmisión perinatal. (15,32) Hay evidencia que la toxicidad de esta droga (náusea, fatiga, insomnio y cefalea) contribuyen a la decisión de parar el tratamiento aproximadamente un tercio de los pacientes. (20)

La mujer que ha sido tratada con Zidovudina oral durante el embarazo e intravenosamente durante el parto, sus hijos deben recibir zidovudina oral por seis meses después de nacidos.

Actualmente se ha visto que el VIH crea resistencia al AZTH, sobre todo en pacientes que han recibido la terapia por un tiempo prolongado. (27)

Estos medicamentos retrovirales son capaces de reducir el paso de virus por vía transplacentaria y se ha visto que con la administración de estos medicamentos se puede prevenir o alterar el curso de la transmisión del virus vía materno fetal, ya que estos son capaces de cruzar la barrera placentaria. (12,27)

El lado oscuro de la historia es el precio de estos medicamentos, en Guatemala, se consiguen por lo menos 4 de los inhibidores de la Transcriptasa Inversa: Zidovudina (AZH) Didonocina (dvi), Camivudina (3Tc) y Zalcitabina (ddC) y 2 inhibidores de la Proteasa, Indinavir y Ritonavir.

El costo de una combinación de estas drogas oscila entre Q5.000 y Q7.000 mensuales por paciente por tiempo no indefinido. La mayor parte de los pacientes infectados no pueden autofinanciarse un tratamiento antiviral, ya que podemos ver que el costo de una combinación de tales drogas es 10 veces mayor que el salario mensual de un guatemalteco.

La prevención y la educación sexual son a la fecha la mejor forma de invertir recursos contra el SIDA, en sociedades como la nuestra. (14)

IX. PREVENCIÓN:

La OMS patrocinó la cumbre mundial de Ministros de Salud realizada en Londres en 1988, donde se abordó el único tema: La Prevención del SIDA. La declaración final reafirmó lo conocido ya para todos: la única forma que existe para enfrentarse a la enfermedad es la información y educación sobre el SIDA a todos los grupos sociales.

Se les deben aconsejar a todas las personas con respecto a restringir la conducta sexual promiscua, tener una sola pareja sexual, el uso de preservativos, evitar el uso de productos sanguíneos que pueden estar infectados, evitar el uso de drogas intravenosas y diferir el embarazo. (34)

El embarazo ofrece una oportunidad muy especial para poner en práctica las estrategias de prevención del VIH, estas depende particularmente de las condiciones locales; sin embargo, las normas que se describen pueden ayudar en la elaboración de programas de prevención para las mujeres embarazadas. Para evitar la infección por el VIH, la mujer debe evitar la relación sexual con un hombre infectado; no debe usar ni dejarse inyectar con agujas o jeringas que no estén debidamente esterilizadas. Este mensaje de prevención es con frecuencia poner en práctica, ya que la mayor parte de las personas infectadas pudieran no saber si están infectadas, y algunos individuos que lo saben no lo informan a sus parejas o compañeros sexuales de prácticas de riesgo. Las únicas personas que no corren riesgo son: 1. Las que practican abstinencia sexual o las que mantienen un relación de mutua fidelidad en la que ninguna de las dos partes está infectada, y 2. aquellas personas consumidoras de drogas inyectadas que no comparten equipo de inyectar. La mujer debe de amamantar a su bebé, a menos que haya adquirido la infección, durante la última etapa del embarazo, durante el periodo de lactancia o haya desarrollado manifestaciones clínicas de SIDA. (1,10,35)

A los trabajadores de salud se le deben de dar instrucciones para aconsejar a estas mujeres para inhibir la lactación debido al riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna. Cuando una madre seropositiva sana expresa su deseo de amamantar a su bebé, y aunque no hay

lineamientos específicos para estos casos se le informa sobre la posibilidad de contaminación vía leche materna y es aconsejada para extraer su leche, hervirla, luego enfriarla rápidamente para dársela a su hijo. Los científicos han logrado tener contacto con infectados por el VIH, y en consecuencia, tomar las precauciones necesarias para reducir al mínimo los riesgos que acarrea la exposición a sangre y a las secreciones del paciente, tanto para sí mismo como para otros pacientes. El aumento en la prevalencia del VIH incrementa cada vez más el riesgo de los trabajadores de salud a la exposición de sangre infectada con él. El cumplimiento de las normas universales de bioseguridad previene también de la transmisión de todas las otras infecciones transmitidas por sangre, no solo a los trabajadores de salud, sino también a los pacientes. (23)

- Barreras de protección:

Es conveniente utilizar barreras de protección adecuados para prevenir la exposición a la sangre, a las secreciones corporales que contienen sangre, al líquido amniótico y a las secreciones vaginales.

La sangre es la fuente principal de infección por VIH en el ambiente laboral y es necesario tomar las precauciones de rutina en todos los casos en los que haya posibilidades de entrar en contacto con ella. Las precauciones también deben aplicarse cuando se maneja semen y secreciones vaginales; aunque estas dos secreciones han sido implicadas en la transmisión sexual del VIH, no hay evidencia de que haya sido causa de transmisión del VIH de un paciente a un trabajador de la salud. (23)

Las recomendaciones específicas cuando se manejan sangre, secreciones o fluidos corporales, membranas mucosas, piel lacerada, instrumentos y otros materiales contaminados son el uso de guantes, en el momento del parto cuando se realiza episiotomía, examen pélvico, durante el parto, y cuando se examina y se procede a eliminación de la placenta, y en el corte y ligadura del cordón umbilical, cuando se maneja al recién nacido hasta que su piel esté completamente limpia de sangre y de líquido amniótico. Usar bata o delantal plástico durante aquellos procedimientos que pueden originar salpicaduras de sangre y de otras secreciones corporales. (20,23)

Eliminar la placenta mediante la incineración, o destruirla enterrándola o arrojándola en una letrina para este propósito.

Asegurar que la boca, la nariz y los ojos estén protegidos contra salpicaduras de sangre y de otras secreciones corporales.

Lavar cuidadosamente las manos y cualquier otra superficie de la piel con agua y jabón tan pronto como se sospeche de que esa área puede haberse contaminado con sangre, secreciones corporales sanguinolentas, líquido amniótico o secreciones vaginales, después de remover los guantes.

Cuando se produce una lesión cutánea se debe hacer sangrar la herida de modo de eliminar cualquier material depositado en la lesión, lavar la herida con agua y jabón y curarla adecuadamente.

Los trabajadores de salud que presentan cortaduras, laceraciones, heridas abiertas o dermatitis supurante deberían cubrirlas con apósitos impermeables. Cuando esto no es factible, el trabajador debe abstenerse de prestar atención directa al paciente hasta que sus lesiones sanen totalmente, ya que el riesgo aumenta cuando la piel agrietada con excoriaciones o dermatitis entra en contacto con sangre contaminada.

Los desechos líquidos como sangre, excreciones y secreciones deben verterse cuidadosamente en las tuberías de desagüe o de drenaje conectada a un sistema de aguas negras tratadas adecuadamente o deben colocarse en una letrina de pozo.

En el hogar los desechos sólidos como los apósitos, pañales, y las toallas sanitarias deben considerarse como infecciosos, por lo que se deben incinerar, cuando esto no es posible, debe depositarse en un relleno sanitario o en una letrina de pozo público o de la casa.

Los compuestos que liberan cloro son adecuados para desinfectar las superficies de los ambientes de salud; de todos ellos el hipoclorito de sodio es el compuesto que más se utiliza. (23)

La única manera de contrarrestar la epidemia del SIDA, es la prevención en todos los aspectos, tanto en la transmisión sexual, perinatal y parenteral.

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo-Observacional.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se seleccionará como sujeto de estudio a las comadronas de la Maternidad Cantonal Primero de Julio, ya que por la naturaleza de su desempeño está en riesgo de contaminación por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

MARCO MUESTRAL Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se estudiará el universo de la población.

SUJETOS DE ESTUDIO:

- CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluirá en el estudio a toda comadrona que labore en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, manipule productos biológicos o esté en contacto con materiales contaminados por dichos productos.

- CRITERIOS DE EXCLUSION:

Las comadronas que pertenezcan a la Maternidad Cantonal pero no hagan turnos en la misma durante el estudio.

RECURSOS

MATERIALES:

- Maternidad Cantonal Primero de Julio.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.
- Biblioteca del Hospital Roosevelt.
- Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.
- Boleta de recolección de datos
- Fotocopiadora
- Material de escritorio
- Computadora Personal 80386 DX BM 640KB Ext Mem 1408kb

HUMANOS:

- Comadronas que cumplan con los requisitos de inclusión mencionados.
- Personal bibliotecario.

VARIABLES A ESTUDIAR

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
CREENCIA	Elemento subjetivo que se genera en la colectividad con respecto a un fenomeno	Elemento subjetivo que generan las comadronas con respecto a la cadena epidemiologica del SIDA.	NOMINAL	-Correcta -Incorrecta
CONOCIMIENTO	Elementos subjetivos que se generan en la colectividad y su firme conformidad y asentamiento de alguna cosa o hecho comprobado por el rigor científico.	Encuesta dialogada llevada a cabo por el autor en interacción con la comadrona. Evaluado por medio de la escala de evaluación escolar. (18)	NOMINAL	Excelente Bueno Deficiente Malo
ACTITUD	Disposición psíquica específica hacia una experiencia mediante la cual esta es modificada.	Observación del autor de los cambios psíquicos de la comadrona frente a determinada situación con las personas.	NOMINAL	-Positiva -Negativa
PRACTICA	Ejercicio de un arte facultad, hábito o costumbre conforme a reglas establecidas.	Actos ejecutados por la comadrona en la atención de los pacientes.	NOMINAL	-Correcta -Incorrecta

TIEMPO DE EXPERIENCIA PREVIA A CAPACITACION	Tiempo de práctica transcurrido desde el inicio de una actividad sin bases científicas hasta la aplicación científica de ésta.	Tiempo de práctica como comadrona empírica previo a capacitaciones impartidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	NUMERICA CONTINUA	Años.
TIEMPO DE SERVICIO	Espacio de tiempo que ha transcurrido desde el inicio de un fenómeno hasta un momento determinado	Años transcurridos desde el inicio como comadrona hasta que se realiza el actual estudio.	NUMERICA CONTINUA	Años.
CAPACITACION	Nivel de conocimiento científico que se ha obtenido mediante el entrenamiento.	Número de cursos de capacitación que han recibido las comadronas.	NUMERICA CONTINUA	Números enteros. 1,2 etc.
EDAD	Espacio de tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha que se realiza el estudio.	NUMERICA CONTINUA	Años.
LAVADO DE MANOS	Aplicación de agua abundante, jabón y cepillo quirúrgico desde las manos hasta los codos durante cinco minutos.	Forma de ejecutar las comadronas el lavado de manos, antes y después de la atención del parto.	NOMINAL	-Si -No

ESCOLARIDAD	Educación magisterial recibida a lo largo de la vida para el desarrollo de facultades intelectuales por medio del aprendizaje.	Educación magisterial que ha recibido cada comadrona.	NOMINAL	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Otros
ETNIA	Características lingüísticas y socioculturales que definen un pueblo o raza.	Características lingüísticas y socioculturales que definen a cada comadrona.	NOMINAL	-Ladina -Indígena

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO #1

DISTRIBUCION CON RESPECTO A SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA
DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	37	92.50
Masculino	3	7.50
Total	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #2

DISTRIBUCION CON RESPECTO A EDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

EDAD	MASCULINO(%)	FEMENINO(%)	PORCENTAJE
20-30 Años	0(0.00)	10(25.00)	25.00
31-40 Años	0(0.00)	13(32.50)	32.50
41-50 Años	0(0.00)	10(25.00)	25.00
51-60 Años	3(7.50)	4(10.00)	17.50
TOTAL	3(7.50)	37(92.50)	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #3

DISTRIBUCION CON RESPECTO A RELIGION DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	29	72.50
Evangélica	10	25.00
Mormona	1	2.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #4

DISTRIBUCION CON RESPECTO A ETNIA DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladina	25	62.50
Indigena	15	27.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #5

DISTRIBUCION CON RESPECTO A ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	6	15.00
Alfabeta	8	20.00
Primaria	16	40.00
Secundaria	7	17.50
Otros	3	7.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #6

DISTRIBUCION CON RESPECTO A TIEMPO DE SERVICIO EN LA MATERNIDAD CANTONAL DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

TIEMPO DE SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< De 1 año	5	12.50
1 - 2 años	14	35.00
3 - 4 años	21	52.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #7

DISTRIBUCION CON RESPECTO AL NUMERO DE CURSOS DE CAPACITACION RECIBIDOS POR LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

CAPACITACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una	14	35.00
Dos	6	15.00
Tres	7	17.50
Cuatro	12	30.00
Más de cuatro	1	2.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA CON RESPECTO A EXPERIENCIA PREVIA A RECIBIR CAPACITACIONES EN LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< de 1 año	16	40.00
1 - 5 años	11	27.50
6 - 10 años	7	17.50
11 - 15 años	4	10.00
> de 20 años	2	5.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #9

CREENCIA O CONOCIMIENTO CON RESPECTO A LA CAUSA DEL SIDA EN LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	28	70.00
Conocimiento	6	15.00
Sin respuesta	6	15.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #10

CREENCIA O CONOCIMIENTO CON RESPECTO A SI AFECTA EL SIDA AL SISTEMA INMUNOLOGICO. POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	20	50.00
Conocimiento	18	45.00
Sin respuesta	2	5.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #11

CREENCIA O CONOCIMIENTO CON RESPECTO A SI EL SIDA SE PUEDE PRESENTAR A CUALQUIER EDAD. POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	36	90.00
Conocimiento	14	10.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #12

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA
DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO
CON RESPECTO A LA EXISTENCIA DE PERSONAS QUE SON
PORTADORES ASINTOMATICOS DEL VIH.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	12	30.00
Conocimiento	26	65.00
Sin respuesta	2	5.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #13

CREENCIA O CONOCIMIENTO EN LA POBLACION ESTUDIADA DE
LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO
CON RESPECTO A SI EL SIDA ES MAS FRECUENTE
EN PERSONAS CON VIDA SEXUAL ACTIVA.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	2	5.00
Conocimiento	36	90.00
Sin respuesta	2	5.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #14

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO
CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DEL SIDA EN
PERSONAS HETEROSEXUALES.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	8	20.00
Conocimiento	32	80.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #15

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO
CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DEL SIDA EN
PERSONAS HOMOSEXUALES.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	6	15.00
Conocimiento	31	77.50
Sin respuesta	3	7.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #16

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA
DE LA MATERNIDAD CANTONAL DE LA PRIMERO DE JULIO
CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DEL SIDA EN PROSTITUTAS.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	1	2.50
Conocimiento	35	87.50
Sin respuesta	4	10.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #17

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DEL
SIDA EN BISEXUALES.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	14	35.00
Conocimiento	22	55.00
Sin respuesta	4	10.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #18

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA
DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO
A SI ESTAN EN RIESGO DE CONTRAER EL SIDA.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimiento	19	47.50
Sin respuesta	21	52.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #19

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO A LA
FRECUENCIA DEL SIDA EN PERSONAS QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	15	37.50
Conocimiento	25	62.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #20

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO AL
CONTAGIO DEL SIDA POR MEDIO DE TRANSFUSIONES
SANGUINEAS.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	5	12.50
Conocimiento	34	85.00
Sin respuesta	1	2.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #21

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO AL
CONTAGIO DEL SIDA POR MEDIO DEL BESO.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	18	45.00
Conocimiento	18	45.00
Sin respuesta	4	10.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #22

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO A LA
TRANSMISION DEL SIDA LAS MUJERES EMBARAZADAS A
SUS HIJOS
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	36	90.00
Conocimiento	1	2.50
Sin respuesta	3	7.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #23

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO A LA
TRANSMISION DEL SIDA POR MEDIO DE PINCHAZOS CON AGUJAS
CONTAMINADAS. JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimiento	26	65.00
Sin respuesta	14	35.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #24

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO A LA
TRANSMISION DEL SIDA EN DROGADICTOS.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	9	22.50
Conocimiento	26	65.00
Sin respuesta	5	12.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #25

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO A LA
PREVENION DEL SIDA CON EL USO DE
PRESERVATIVOS.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	23	57.50
Conocimiento	4	10.00
Sin respuesta	13	32.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #26

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO A LA
ADQUISICION DEL SIDA EL RECIEN NACIDO DE LA MADRE.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	8	20.00
Conocimiento	32	80.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #27

CREENCIA O CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA
MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO
A LA TRANSMISION DEL SIDA A TRAVES DE
LA LACTANCIA MATERNA.
JUNIO - JULIO DE 1997.

CREENCIA O CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Creencia	25	62.50
Conocimiento	5	12.50
Sin respuesta	10	25.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #28

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD
CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO AL SIDA SEGUN EL
TIEMPO DE PRACTICA.
JUNIO -JULIO DE 1997.

TIEMPO DE PRACTICA	PROMEDIO DE CONOCIMIENTO (PUNTOS)	TIPO DE CONOCIMIENTO
< de 1 año	36	Deficiente
1 - 2 años	50	Deficiente
3 - 4 años	36	Deficiente
PROMEDIO GENERAL	40.6	Deficiente

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #29

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD
CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO AL SIDA SEGUN LA
ESCOLARIDAD
JUNIO -JULIO DE 1997.

ESCOLARIDAD	PROMEDIO DE CONOCIMIENTO (PUNTOS)	TIPO DE CONOCIMIENTO
Analfabetismo	24	Malo
Alfabetismo	37	Deficiente
Primaria Completa	45	Deficiente
Secundaria Completa	48	Deficiente
Otros	52	Bueno
TOTAL	41.2	Deficiente

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #30

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO AL SIDA SEGUN EL TIEMPO DE ATENCION COMO COMADRONA EMPIRICA ANTES DE RECIBIR CAPACITACIONES. JUNIO -JULIO DE 1997.

AÑOS	PROMEDIO DE CONOCIMIENTO(PUNTOS)	TIPO DE CONOCIMIENTO
< de 1 año	47	Deficiente
1 a 5 años	50	Deficiente
6 a 10 años	28	Deficiente
11 a 15 años	30	Deficiente
> de 20 años	7.5	Malo
PROMEDIO GENERAL	32.5	Deficiente

Fuente: Encuesta dialogada.

CUADRO #31

ACTITUD DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO ANTE LA PACIENTE CON RESPECTO AL USO DEL EQUIPO CONTAMINADO EN LA ATENCION DE PARTO. JUNIO -JULIO DE 1997.

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positiva	31	77.50
Negativa	9	22.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Tabla de cotejo.

CUADRO #32

ACTITUD DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD
CANTONAL PRIMERO DE JULIO ANTE LA PACIENTE CON RESPECTO
AL USO DEL EQUIPO EN MAL ESTADO EN LA ATENCION DEL PARTO.
JUNIO -JULIO DE 1997.

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positiva	38	95.00
Negativa	2	5.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Tabla de cotejo.

CUADRO #33

PRACTICA DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD
CANTONAL PRIMERO DE JULIO CON RESPECTO AL USO ADECUADO
DEL EQUIPO DE PROTECCION EN LA ATENCION DEL PARTO.
JUNIO A JULIO DE 1997.

TIPO DE EQUIPO	USO CORRECTO(%)	USO INCORRECTO(%)	NO USA(%)
Guantes	38(95.00)	2 (5.00)	0(00.00)
Mascarilla	36(90.00)	3 (7.50)	1 (2.50)
Gorro	36(90.00)	4(10.00)	0(00.00)
Botas	2(5.00)	9(22.50)	29(72.50)
Bata	2(5.00)	12(30.00)	26(65.00)

Fuente: Tabla de cotejo.

CUADRO #34

PRACTICA DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD
CANTONAL PRIMERO DE JULIO ANTE LAVADO CORRECTO DE MANOS
ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION DEL PARTO.
JUNIO - JULIO DE 1997.

PRACTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correcta	4	10.00
Incorrecta	36	90.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Tabla de cotejo.

CUADRO #35

PRACTICA DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA MATERNIDAD
CANTONAL PRIMERO DE JULIO ANTE EL SECADO CORRECTO DE MANOS
ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION DEL PARTO.
JUNIO - JULIO DE 1997.

PRACTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correcta	3	7.50
Incorrecta	37	92.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Tabla de cotejo.

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo-observacional en 40 personas que laboran como comadronas (37) y comadrones (3) en la Maternidad Cantonal Primero de Julio. El término comadrona es también aplicado al género masculino (comadrón). Los datos fueron recabados por medio de encuestas dialogadas (Anexo 1) después de la atención del parto, y las prácticas y actitudes fueron observadas. (Anexo 2)

La edad promedio de la población estudiada se encuentra comprendida entre 25 y 60 años. Encontrándose el mayor porcentaje entre los 31 y 40 años de edad, la cual es una población joven debido a que las comadronas jóvenes no tienen experiencia en la atención del parto y buscan centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia, en cambio las personas ancianas ya tienen experiencia en la atención del parto, ejercen su profesión por medio de prácticas míticas y culturales que han llevado a cabo por herencia cultural durante muchos años y no le dan importancia a la atención institucional.

La religión profesada por la población estudiada la mayoría son católicos, seguida por la religión evangélica.

Se pudo observar que en la población estudiada predomina la etnia ladina 62.5%, probablemente es debido a que el estudio se realizó en el área urbana, ya que si se aplica este estudio en el interior del país seguramente podría predominar la etnia indígena.

La escolaridad en general de la población es baja, solamente 7.5% de la población realizó estudios diversificados entre Magisterio y Perito Contador. Lo cual está acorde a la tasa de alfabetismo de Guatemala, en que solo un pequeño porcentaje de la población tiene acceso a estudios a nivel medio. Al hacer un análisis comparativo entre el grado de escolaridad y los conocimientos con respecto al SIDA, el conocimiento de la población analfabeta es malo mientras que el de la población alfabetizada, con estudios primarios y secundarios es deficiente y la población con estudios a nivel diversificado tiene conocimientos que se pueden catalogar como buenos. Estos datos nos indican que la educación sistemática y progresiva influye en el pensamiento tradicional, en los tabúes sociales y culturales que han sido heredados a una población.

El tiempo promedio de servicio en la institución de la población se encuentra comprendido dentro de 1 a 4 años. Asociando estos datos al conocimiento que tiene la población, observamos que el nivel de conocimiento no importando el tiempo de práctica dentro de la institución que posean es deficiente, ya que la puntuación promedio de conocimiento

resulta ser de 40.6 puntos, lo que indica que las comadronas mantienen un conocimiento empírico y no lo modifican con forme a la experiencia o tiempo de práctica como personal de salud.

El nivel de conocimiento con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es bueno en las personas que han recibido 3 cursos de capacitación, deficiente en las personas que han recibido 1, 2 y 4 cursos de capacitación, los cuales fueron impartidos en su mayoría en la Maternidad Cantonal Primero de Julio. En realidad no existe explicación razonable de porqué el conocimiento en las comadronas que han recibido cuatro cursos es menor que los que han recibido tres cursos de capacitación, sin embargo podría deberse a que hay periodos en los que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha esforzado en realizar extensas campañas de información a nivel institucional respecto al SIDA, y esto haya contribuido a la variabilidad de conocimientos que las comadronas poseen.

Con respecto a la causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida solamente 15% respondieron correctamente que es causado por un virus, y 85% respondieron otras causas como bacterias, falta de higiene, muchas enfermedades entre otras. 45% respondió que el SIDA destruye el sistema inmune del organismo, ya que éste afecta a la sangre y allí están las células de defensa de todo ser humano, mientras que 65% no supieron que responder. Solamente 14 de ellos tiene el conocimiento que el SIDA afecta a cualquier edad por los diferentes medios de transmisión. Con respecto a los portadores asintomáticos del VIH, 26 conoce su existencia, estos datos reflejan francamente el deficiente conocimiento que poseen las comadronas (y comadrones) acerca del tema.

Según el valor convencional de la escala numérica de calificación el conocimiento que poseen las comadronas con respecto al la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana por vía sexual y los grupos en riesgo es excelente ya que 90 y 75% de las comadronas respondió que la vía de transmisión sexual es la principal forma de infección para la enfermedad dependiendo del grado de exposición al riesgo, ya que mientras mayor frecuencia de relaciones se tenga mayor es el riesgo de adquirirla, y además respondieron que esta enfermedad puede ser adquirida por heterosexuales, homosexuales, prostitutas y bisexuales dependiendo del número de contactos sexuales con diferente pareja. En esta enfermedad el riesgo aumenta según el número de parejas sexuales, número de contactos y tipo de prácticas sexuales. Lo que puede deberse a que los medios de información han divulgado ampliamente los datos con respecto a los grupos en riesgo y la transmisión por vía sexual.

Según el valor convencional de la escala numérica de calificación la comadronas tienen conocimiento excelente con respecto a la transmisión parenteral del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida ya que el 85% respondió por medio de transfusiones sanguíneas, conocimiento bueno con respecto a la transmisión a través de pinchazos con agujas contaminadas y los drogadictos al compartir agujas contaminadas 65%. La transmisión por esta vía se puede dar en las siguientes situaciones, recepción de sangre o de sus productos, utilización de jeringas y agujas contaminadas y punción ocupacional. Estas situaciones son algunas a las que potencialmente están expuestas las comadronas continuamente.

La población estudiada tiene la creencia de que no está en riesgo de adquirir la enfermedad 52.5%, al tomar medidas de protección tales como: uso de preservativo, tener confianza en su matrimonio, o abstenerse de las relaciones sexuales no las pone en riesgo de adquirir el VIH. Considerando que estas personas están expuestas continuamente al riesgo del contagio laboral del VIH. El grupo en estudio cree que el VIH tiene la forma de transmisión por vía sexual y transfusional. Esta creencia pone en riesgo la seguridad de toda las comadronas ya que el riesgo ocupacional incluye contacto en los ojos, boca, otras membranas mucosas, piel dañada, contacto parenteral con sangre u otro material potencialmente infectado.

Con respecto a la transmisión perinatal del VIH, solo una persona tiene conocimiento excelente, respondiendo que es durante el parto por el paso a través de la vagina, y es importante debido a que las secreciones cervicovaginales son más infectantes por la presencia de leucocitos. El 97.5% de la población creen que esta transmisión es factible, pero no tienen clara la forma de transmisión. Además el 80% sabe que el recién nacido puede adquirir SIDA de la madre a través de las diferentes formas de transmisión perinatal. El 12.50% tiene adecuado conocimiento con respecto a la transmisión del VIH a través de la lactancia materna, ya que respondieron que era mejor no darle lactancia materna a un niño de madre con SIDA, ya que si nace sano hay riesgo de contagio por este medio. Solamente el 10% tiene conocimiento adecuado acerca de que los preservativos disminuyen el riesgo de contagio por el virus de inmunodeficiencia humana ya que protegen tanto al hombre como a la mujer de las secreciones infectantes del VIH. El 90% no tienen una explicación adecuada de la forma en que se lleva a cabo la prevención del VIH mediante los preservativos. Estos datos son relevantes tomando en cuenta que el grupo en estudio es parte del personal capacitado de salud encargado de brindar información adecuada a la comunidad con respecto a la prevención de estas enfermedades y desconocen la información no pueden realizar este trabajo en forma satisfactoria, no solo se está perdiendo la

oportunidad de educar en salud como el recurso humano que son sino que se puede estar llevando información incorrecta a la comunidad en general.

La práctica en el uso de equipo contaminado en la atención del parto es correcta 77.5%, e incorrecta en 22.5%. El uso de equipo no esteril fue en forma accidental y por lo mismo no se percataron de la situación. La práctica con respecto al uso de equipo en mal estado en la atención del parto es correcta en 95% e incorrecta en 5%, ya que también fue en forma accidental que se dañaron los guantes que se estaban utilizando.

La práctica en el uso de equipo de protección fue correcta ya que se utilizó guantes 100%; mascarilla 90%, gorro 90%, e incorrecta en el uso de botas 72.9% y bata 65% durante la atención del parto. Debido a que en el Centro de Salud Primero de Julio no se cuenta con la cantidad necesaria de equipo médico quirúrgico para la atención del parto.

La técnica de lavado correcto de manos antes y después del parto es incorrecta en 90%. El 92.5% no realizan correcto secado de manos antes y después de la atención del parto, esto se debe modificar mediante la supervisión continua por el personal médico y paramédico que tiene bajo su cargo a este grupo de comadronas.

Luego de la recopilación de los datos por medio de la encuesta dialogada y la tabla de cotejo y debido a los resultados obtenidos, se realizó un taller de capacitación de conocimientos sobre el SIDA contando con la asistencia de 35 comadronas en el cual se tomó principal importancia a los puntos en los que dicha población tiene conocimiento malo y deficiente sobre el tema. Dicha actividad se realizó en un periodo de cuarenta y cinco minutos en el Salón de Conferencias del Centro de Salud Primero de Julio por medio discusión grupal con el auxilio de material audiovisual. Con lo cual se satisfizo objetivos propuestos en este estudio.

IX. CONCLUSIONES

1. La población estudiada en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, es una población principalmente de sexo femenino, con deficientes conocimientos sobre la forma de transmisión del SIDA, lo que constituye no solo un riesgo ocupacional sino que es una oportunidad perdida ya que al no conocer, no puede informar a sus pacientes.
2. La actitud ante las pacientes con respecto al uso de equipo contaminado y en mal estado durante la atención del parto es positiva.
3. La práctica en el uso adecuado de guantes, mascarilla y gorro son correctas, mientras que en el uso de batas y bata no se realiza de manera adecuada por no contar con el equipo de protección suficiente para la atención del parto.
4. La práctica de la población estudiada con respecto al lavado y secado adecuado de manos antes y después del parto es incorrecta.
5. La información que poseen las comadronas con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida son basados principalmente en creencias.

X. RECOMENDACIONES

1. Capacitar constantemente a las comadronas brindando información completa acerca de la cadena epidemiológica del SIDA y al riesgo ocupacional que esta conlleva, para que sea vía de información a la comunidad.
2. Proporcionar a las comadronas el equipo indispensable para la protección correcta en la atención del parto.
3. Capacitar y supervisar a las comadronas a realizar correctamente la práctica de lavado y secado correcto de manos antes del parto para no ser forma de transmisión para las pacientes y después del parto para no ser vías de contagio de enfermedades hacia ellas mismas.

XI. RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es uno de las enfermedades que afecta a todos los grupos sociales de la población mundial. En Guatemala en número de casos ha ido aumentando progresivamente por las condiciones potencialmente riesgosas que existen en el país, alguna de las cuales son prevenibles mediante la información y divulgación correcta a todos los grupos sociales.

En este estudio se entrevistó a 40 comadronas que prestaron atención en la Maternidad Cantonal Primero de Julio durante los meses de junio y julio de 1997, con el objetivo de caracterizar a la población y describir las Creencias, Actitudes, Conocimientos y Prácticas con respecto al SIDA.

La población está distribuida en 87.5% de sexo femenino, edades comprendidas en 26 y 59 años, en su mayoría se profesa la religión católica, alfabetas, tienen de 0 a 4 años de prestar servicio en la institución y tienen de 0 a 22 años de experiencia como comadronas empíricas.

El 7.5% tiene conocimiento adecuado con respecto a la cadena epidemiológica del SIDA, el restante 82.5% de la población únicamente posee creencias.

La práctica que tienen las comadronas en el uso de equipo de protección es correcto en el uso de guantes, mascarilla y gorro, e incorrecta en el uso de botas y bata.

La actitud de la población ante las pacientes en cuanto al estado físico del equipo de protección fue positiva.

El lavado de manos y secado de manos antes y después de la atención del parto no se realizó de una forma adecuada.

La información que poseen las comadronas con respecto al SIDA está basada fundamentalmente en creencias.

En vista de los resultados obtenidos y para alcanzar los objetivos propuestos en este estudio se dió una charla conteniendo información general con respecto al SIDA haciendo énfasis en los puntos en las que las comadronas tienen menos conocimiento como lo fueron uso de equipo de protección adecuado, vía de transmisión perinatal, riesgo ocupacional, grupos en riesgo y forma de lavar y secar correctamente las manos antes y después del parto.

Se deben de realizar capacitaciones al personal voluntario de salud brindando información correcta y completa con respecto a enfermedades infectocontagiosas prevenibles como lo es el SIDA y el riesgo ocupacional que conlleva estas enfermedades.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acción en SIDA. Boletín Internacional sobre Prevención y atención del SIDA. Número 27. 1995.
2. Boletín epidemiológico DGSS. Guatemala 1995.
3. Caracterización de la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana, en el Hospital General San Juan de Dios. R.M. Estrada y Martín, H. Molina, B. Samayoa: R. Carlos S. Velásquez; E. Behrens; N. Melgar E. Arathoon. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 1992. pp 2, 26-30.
4. Cecil Tratado de Medicina Interna. J. B. Wyngaarden. 18 Ed. Interamericana. Vol 2. México DF 1991.
5. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA de México. El Médico frente al Sida Publicado en Guatemala por Proyecto SIDA. Talleres gráficos Estrada. Antigua Guatemala 1990.
6. Curso de Capacitación a Comadronas Tradicionales de Guatemala con enfoque participativo. UNICEF. 1990.
7. Desinfection and Inactivation of Human Lymphotropic virus tipe III. Lymphadenopathy. Associated virus Infect. Martín L. S. Dis 1989. page 252.
8. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la Inmunodeficiencia. OMS.
9. El Día Mundial del SIDA. Boletín Epidemiológico dedicado a las mujeres. Ginebra 1990.
10. El Embarazo y la infección por VIH. El SIDA y la salud materno infantil. OMS 1995. pp 13-23.
11. El SIDA en Guatemala y su transmisión en personas asintomáticas. Boletín Mensual. Conavisida. Guatemala, Agosto 1992.
12. El Patrón Mundial de la Epidemia y los programas nacionales de control del SIDA. El SIDA y la planificación familiar OMS. 1995. pp 23-27.
13. Estudio comparativo de la placenta de madres seropositivas a VIH. Análisis ultraestructural. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 64. Abril 1996. pp 168-175.
14. Farmacoactualidades. Boletín Informático de la Cátedra Farmacológica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Dr. Eduardo Muxí Vol 1 No. 2 1997.
15. Frequency detection and insolation of cytopathic retroviruses from patients with AIDS. Gallo. E. C. Popociv M. et al - science. May 1990. 500 page.
16. Guía Metodológica para investigar conocimientos, actitudes y prácticas CAP'S sobre proveedores de salud del sector privado. INCAP Christa de Valverde Publicación INCAP E-1332.
17. Incidence of HIV infection and related disease in a cohort of Nairobi prostitutes. Plemmer. Simónssen J.N. y col. Washington DC Department of Health and Human service. 1987.

18. La calificación y el acto de calificar. La evaluación, los exámenes y las calificaciones. Manuel Fermin. Kapelouz Editora S.A. Buenos Aires Argentina 1992. pp 82-93.
19. La Infección por VIH y la atención del niño recién nacido. Sida y la Salud Materno Infantil. OMS 1995. 33-24
20. Management of Occupational Exposures to blood-borne viruses. The New England Journal of Medicine. Julie Louise Gerberding M.D. M.P.H. Feb. 1995. 444-448 pag. Vol 332 No7
21. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus tipe from mother to child. The New England Journal of Medicina. Vol 334 No. 25 June 20, 1996 1612-1613 page.
22. Parteras Tradicionales. Declaración Conjunta. OMS Ginebra 1993.
23. Pautas para la atención clinica de la persona adulta infectada por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Programa Regional de SIDA y ETS. División y Control de Enfermedades Transmisibles. OPS. OMS. Washington 1994.
24. Pediatric VIH Disease Zidovidine in pregnancy and Unblinding Heelstick surveys. Reforming the Debate on Prenatal HIV Testing. Howard Menkoff and Anne Willoughby Vol 50. No. 4. Obstetrics and Gynecological Survey 161-161 page.
25. Prevención de la transmisión del VIH durante el parto. El Sida y la salud maternoinfantil OPS pp 25-34.
26. Reduction of Maternal-Infant transmtion of Human Immunodeficiency virus-1 with Zidovudine Treatment. Obstetrical and Gynecological Survey. Vol 50. No. 4. 1995. page 253-254.
27. Respuestas emocionales a la pandemia del SIDA. Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud. Cuestiones dedicadas OPS 1994. pp 3-8.
28. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Suplemento SIDA en Guatemala. Oct-Dic 1992.
29. SIDA/AIDS Documento Dr. Villavicencio J.A. Unidad de Enfermedades Infecciosas Departamento de Medicina Interna. Hospital Roosevelt.
30. SIDA conceptos actuales. Pezzarosi, Mejía. Revista de Medicina Interna de Guatemala. 1990.
31. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Rubin. R. H. MD. 2a. Edición. Editorial Científica Médica Latinoamericana. México 1989.
32. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. AGPS. Estrada y Martín Rosa María. Junio 1991.
33. Situación del SIDA en las Americas. Boletín Epidemiológico de la OMS. Vol. 9 No. 4 Washington 1992.
34. Transfusion Asociated AIDS. A basic guide for clinicians. Dood and Spencer. Philadelphia. WB 1992.
35. Transmisión Perinatal. Dirección General de Epidemiología. Boletín mensual SIDA.
36. Vigilancia de los casos de SIDA. Informe Anual de Vigilancia del SIDA/VIH ETS 1992. OPS pp 2-10.

SOXENW 'IIIX

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CREENCIAS, ACTITUDES, CONOCIMIENTOS, Y PRACTICAS CON RESPECTO
AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN
COMADRONAS

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ Fecha: _____ Hora: _____

1. EDAD: _____ Religión: _____

Etnia: _____

2. ESCOLARIDAD:

Alfabeta: _____ Analfabeta: _____

Primaria: _____ Secundaria: _____

Otros: _____

3. TIEMPO DE SERVICIO EN LA INSTITUCION: _____

4. NUMERO DE CURSOS DE CAPACITACION RECIBIDOS: _____

Lugar: _____ Duración: _____

5. AÑOS DE EXPERIENCIA PREVIA COMO COMADRONA SIN HABER
RECIBIDO CURSOS DE CAPACITACION: _____

II. CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS:

1. ¿Que causa el SIDA? _____
2. Destruye el SIDA el sistema de defensa del organismo?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
3. Se presenta el SIDA a cualquier edad?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
4. Existen personas que padecen la enfermedad sin tener
molestia alguna?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
5. Es el SIDA más frecuente en personas con vida sexual
activa?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
6. Se da el SIDA en personas que tengan relaciones con
personas de diferente sexo?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
7. Se da el SIDA en personas homosexuales?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
8. Se da el SIDA en prostitutas?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
9. Se da el SIDA en personas que practican relaciones
sexuales con bisexuales?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
10. Esta usted en riesgo de adquirir el SIDA?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
11. Se puede transmitir el SIDA al tener relaciones
sexuales?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
12. Se puede transmitir el SIDA por transfusiones de
sangre?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
13. Se transmite el SIDA por dar la mano o dar un beso?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____
14. Puede transmitir el SIDA una mujer embarazada a su
hijo?
SI _____ NO _____ PORQUE? _____

15. Se puede adquirir el SIDA a través de pinchazos con agujas contaminados con sangre de una persona con SIDA?
SI ____ NO ____ PORQUE? _____
16. Cree usted que los drogadictos que usan drogas inyectadas tienen más riesgo de contagiarse de SIDA?
SI ____ NO ____ PORQUE? _____
17. Puede prevenirse el SIDA con el uso de preservativos?
SI ____ NO ____ PORQUE? _____
18. Adquiere el recién nacido el SIDA de la madre?
SI ____ NO ____ PORQUE? _____
19. Puede dar de mamar una madre con SIDA?
SI ____ NO ____ PORQUE? _____

TABLA DE COTEJO

I. ACTITUDES:

1. Cuando el equipo a utilizar en la atención del parto se contamina por accidente, la comadrona lo usa?
SI ____ NO ____
2. Cuando el equipo a utilizar en la atención del parto está dañado, la comadrona lo usa?
SI ____ NO ____

II. PRACTICAS:

1. Uso adecuado del equipo de protección en la atención del parto:
- | | SI | NO | NO USA |
|-------------|-------|-------|--------|
| Guantes: | _____ | _____ | _____ |
| Mascarilla: | _____ | _____ | _____ |
| Gorro: | _____ | _____ | _____ |
| Botas: | _____ | _____ | _____ |
| Bata: | _____ | _____ | _____ |
6. Lavado correcto de manos antes y después de la atención del parto:
SI ____ NO ____
3. Secado correcto de manos antes y después de la atención del parto:
SI ____ NO ____