

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PERSONALES Y
PROFESIONALES DEL PERSONAL PARAMEDICO, EN
LA ASISTENCIA DE PERSONAS INFECTADAS POR
EL VIH"

Estudio descriptivo-evaluativo realizado en el Hospital
General San Juan de Dios, con el personal auxiliar de
enfermería; Julio de 1996

RIGOBERTO TEPEU JOLOMNA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción	01
II.	Definición del Problema	04
III.	Justificación	07
IV.	Objetivos	08
V.	Revisión Bibliográfica	09
	SIDA	
VI.	Metodología	31
VII.	Etica de la Investigación	39
VIII.	Ejecución de la Investigación	40
IX.	Presentación de los Resultados	41
X.	Análisis y Discusión de Resultados	70
XI.	Conclusiones	78
XII.	Recomendaciones	81
XIII.	Resumen	82
XIV.	Referencias Bibliográficas	83
XV.	Anexos	88

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye un problema de salud pública y es conocida como la Pandemia del Siglo XX.

El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa, cuyo agente infeccioso es un retrovirus patógeno exclusivo al humano, que se denomina Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Existen tres vías de transmisión: sexual, sanguínea y vertical. La sexual es el principal mecanismo de transmisión.

Por cada caso de SIDA pueden haber entre 10 y 100 personas infectadas con el VIH; la transmisión implica una serie de prácticas (conductas) que lo permiten; una vez infectada la persona, generalmente ésta no sabe que está contagiada y, este desconocimiento puede durar meses o años. La infección con VIH y el VIH/SIDA es un proceso irreversible hasta nuestros días.

Con la aparición de la epidemia en la década de los ochenta y ante el avance de ésta, se han propuesto diferentes alternativas que coadyuven a su control y prevención. Entre éstas se encuentran aquéllas encaminadas a la identificación de los posibles factores de riesgo y orientación a la población sobre la adopción de comportamientos que reduzcan la transmisión del VIH. A nivel hospitalario se han publicado y establecido normas y técnicas protectoras denominadas Precauciones Universales para evitar que el personal sanitario se infecte o infecte con el VIH a otro paciente en su área de trabajo. No obstante, el paciente con VIH/SIDA genera temor en el personal sanitario, principalmente por el miedo al contagio y al cuestionamiento de valores, creencias y actitudes que tienen un gran impacto en cuanto a la calidad de servicios que se proporcionan al paciente infectado con el VIH. En consecuencia, surgió la idea de investigar en el personal auxiliar de enfermería los conocimientos, actitudes y prácticas personales y profesionales en la prevención del VIH y en la asistencia a personas infectadas con el VIH.

Al inicio del estudio se procedió a la selección de la muestra, la cual estuvo conformada por 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan

de Dios (HGSD). Utilizando el sistema de muestreo estratificado, se dividió a la población total del HGSD (auxiliares de enfermería) en 4 estratos (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatria) y a cada uno de éstos se le calculó el número de elementos. La selección final consistió en tomar una muestra aleatoria en cada estrato por medio del salto sistemático. Posteriormente se procedió a la localización de los integrantes de la muestra en los distintos servicios del HGSD, a quienes se informó sobre el objetivo del estudio, la metodología de la evaluación y los aspectos éticos y confidenciales de la misma, para contar con su colaboración. Durante este lapso surgieron los primeros contratiempos, ya que algunos de los elementos de la muestra fueron difíciles de convencer a que participaran en la evaluación principalmente en el servicio de cirugía de mujeres, en donde el personal argumentaba que la evaluación debería ir dirigida específicamente al servicio de medicina interna; otros evidenciaban escasez de tiempo. En consecuencia, se recurrió a la visita continua en los servicios. Afortunadamente ello no incidió de manera importante sobre el resultado ulterior del trabajo. Con los datos obtenidos se pudo analizar e interpretar la información de la población estudiada, la cual se caracterizó por conocer la definición del SIDA desde el punto de vista inmunológico, de su mecanismo de transmisión y el pronóstico del mismo.

También creen que SIDA es sinónimo de VIH, y aunque menos de la mitad de la población desconocen la fase aguda (asintomática) de la infección por VIH, todos saben que la persona portadora de VIH es capaz de transmitir el virus. Más de la mitad consideran que sólo en hombres que tienen relación con hombres se transmite el VIH.

Asimismo existe un bajo porcentaje de la muestra que ha obtenido la mayor información sobre el SIDA y Precauciones Universales por medio de la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA (AGPOS). El total de la población estudiada no utiliza equipo de protección personal todo el tiempo, y más de la mitad utiliza equipo de protección únicamente si sospechan que el paciente está infectado con el VIH evidenciándose así el total desconocimiento de las precauciones universales. Otra característica de la población en estudio consiste en que han tenido la oportunidad de atender pacientes con VIH/SIDA. La mayoría vuelve a poner la capucha a una jeringa antes de descartarla.

Por último, la mitad de la población, cuando atienden pacientes con VIH/SIDA, los trata comprensivamente como personas, al resto no les agrada atenderlos, o sólo les interesa cumplir con su obligación al hacerlo.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Dentro de los problemas sanitarios que a nivel mundial demandan extraordinaria atención, tienen particular importancia las infecciones debidas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y al virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En todo el mundo se está observando un aumento constante del número de casos de SIDA; esto ha provocado tres epidemias mundiales interrelacionadas: la infección por el VIH, el SIDA propiamente dicho, y las reacciones y respuestas sociales, culturales, económicas y políticas a las dos primeras epidemias.

Los casos actuales de SIDA reflejan el nivel de la infección por el VIH que existía hace 3 a 5 años, o incluso antes, y se estima que por cada caso de SIDA puede haber entre 25 y 100 personas infectadas por el VIH. (40).

La atención primaria de la salud como instrumento de desarrollo sanitario, constituye la plataforma básica del sistema nacional de atención de salud, ya que responsabiliza a los gobiernos y al personal sanitario a facilitar al público información sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos aplicables para prevenirlos y combatirlos; también involucra a las comunidades y a los individuos sobre el derecho y la obligación de asumir la responsabilidad de los asuntos que atañen a su propia salud y, sobre esta base, modificar su comportamiento, tanto individual como colectivo. De hecho, el lema del Día Mundial del SIDA '95, es "Derechos para todos, responsabilidades para todos".

El personal de enfermería es el recurso humano capacitador de individuos, familias y comunidades, sobre los diferentes aspectos de la prevención y la lucha contra la epidemia causada por el VIH. Por esto, deben estar familiarizados con los problemas propios de una persona con SIDA, cuya asistencia no difiere de la que requieren los pacientes con otros signos y síntomas similares, respetando la dignidad del individuo, manteniendo (confidencialmente) la información personal que reciba y utilizando la mayor discreción, para compartirla con el personal médico y paramédico cuando sea necesario y únicamente por razones profesionales y con la autorización del paciente.

Los pacientes infectados por el VIH plantean a las enfermeras numerosos problemas en todas las fases de la

enfermedad. Como el SIDA es una enfermedad que no tiene cura, el diagnóstico de la infección por VIH, suele ejercer un impacto devastador en el individuo, la familia y los amigos, provocando también a menudo un fuerte estrés en el personal de enfermería. Por ser el VIH/SIDA una enfermedad de transmisión sexual, que en sus inicios se descubrió principalmente en grupos de población estigmatizados por todas las sociedades en general (trabajadoras del sexo, utilizadores de drogas, hombres que tienen relaciones con hombres), el diagnóstico de VIH/SIDA comporta un cuestionamiento de los valores, creencias, y actitudes de los individuos afectados, sus familias, amigos y las personas que los cuidan.

El riesgo de adquirir el VIH por el personal de enfermería, a partir de pacientes infectados es sumamente bajo, 0.2-0.4%, por cada accidente con aguja, o exposición de las mucosas a la sangre contaminada con el VIH. La infección teóricamente puede transmitirse de paciente a paciente, mediante el uso repetido de instrumentos mal esterilizados. En los rarísimos casos en que una enfermera ha contraído una infección por el VIH en el curso de su trabajo, las vías de infección han sido la parenteral o la exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre u otro líquido corporal infectado por el VIH.

El 7 de abril de 1987, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron una declaración conjunta sobre el SIDA en la que se definen los derechos y las responsabilidades del personal de enfermería de todo el mundo, en cuanto a la asistencia a las personas infectadas por el virus del VIH; de tal manera, al CIE le corresponde ocuparse de todos los aspectos relacionados con la salud del personal paramédico que atienden a dichos pacientes.

En Guatemala, hasta el mes de abril del año 1995, se han registrado 602 casos de SIDA notificados; sin embargo, por diversas razones (en particular porque no se reconocen, diagnostican o declaran todos los casos existentes) la cifra real es probablemente 4-5 veces superior; el subregistro se estima en 80%.

Por otro lado, en nuestro medio las medidas preventivas se circunscriben fundamentalmente en la identificación de los posibles factores de riesgo y en proporcionar un plan educacional a los pacientes con SIDA; esto no es así en los sujetos infectados con el VIH en su fase aguda (fase

asintomática) que consultan por otro tipo de problemas, y que pasan desapercibidos por el personal sanitario que maneja agujas, instrumentos punzocortantes, sangre y otros líquidos corporales.

En consecuencia, el presente estudio es de importancia real y concreta para la población que demanda atención de servicios de salud en general, para los infectados por el VIH/SIDA y para las personas que los cuidan. A partir de él y de los resultados que se obtengan, se logrará establecer un enfoque de la percepción de riesgo que permita darnos información sobre las posibles estrategias que deben ser tomadas en cuenta en la atención primaria de la salud. Hay programas que orientan al personal sanitario del Hospital General San Juan De Dios (HGSD), sobre la utilización de precauciones universales y se pretende evaluar el impacto de los mismos en el personal sanitario y, si fuese necesario, encontrar o averiguar la(s) causa(s) de su no aplicación.

Para tal efecto, el estudio se realizó en el personal auxiliar de enfermería, de distintos servicios, durante el mes de julio de 1996, en el Hospital General San Juan de Dios.

JUSTIFICACION

La realización de la presente investigación se justificó por las siguientes razones:

- 1 Las condiciones relacionadas al VIH/SIDA son un problema sanitario internacional que demanda atención prioritaria en la toma y puesta en práctica de medidas de precaución, conocidas como "Precauciones universales".
- 2 La infección por el VIH tiene efectos adversos para la salud en los planos personal, familiar y social; los cuestionamientos morales producidos por el estigma y los prejuicios asociados a la sexualidad y a estilos de vida considerados poco aceptables por una sociedad conservadora provoca gran preocupación y malestar en el personal sanitario. En general los códigos deontológicos de las profesiones de la salud nos comprometen éticamente a atender a todo paciente, sin distinción, ni discriminación alguna. Sin embargo, se da el caso de que el personal sanitario pueda creer que tiene libertad de escoger a quién tratar y a quién no. Hay reglas del HGSD que obligan al personal a atender a todos.
- 3 Siendo el personal de enfermería quien maneja con frecuencia agujas, instrumentos punzocortantes, sangre y otros materiales orgánicos, deben contar con la capacidad de reconocer sus riesgos y de conocer sus derechos y responsabilidades al asistir a los sujetos enfermos de SIDA o infectados con el VIH.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1- Verificar en el personal paramédico, los conocimientos sobre el manejo de pacientes infectados con el VIH.

ESPECIFICOS:

- 1- Determinar el grado de conocimientos, intenciones de prácticas, y actitudes que el personal paramédico posee sobre la atención del paciente con VIH/SIDA.
- 2- Determinar en el personal de enfermería el conocimiento que poseen sobre sus derechos y responsabilidades en la atención de pacientes infectados por el VIH. Evaluar su concordancia con la declaración conjunta sobre el SIDA, emitida por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

REVISION BIBLIOGRAFICA

SIDA

DEFINICION:

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa nueva, contagiosa y prevenible, universal, en la actualidad incurable y mortal, que afecta las defensas del organismo, favoreciendo la aparición de infecciones oportunistas graves y cánceres raros. Constituyen a la fecha un grave problema de salud pública, una pandemia. (14,10,11)

EPIDEMIOLOGIA:

El SIDA no ha provocado una sino tres epidemias mundiales interrelacionadas: 1) la infección por el VIH, 2) el SIDA propiamente dicho y 3) las reacciones y respuestas sociales, culturales, económicas y políticas a las dos primeras epidemias. (7,10)

La primera epidemia, infección por el VIH, se inició en los años setenta y aún persiste; en 1,994 se calculó entre 13 y 14 millones de personas infectadas por el virus en todo el mundo, siendo inevitable la ulterior propagación del VIH. (1,13)

La segunda epidemia es la enfermedad del SIDA. A finales de los años setenta, el SIDA se había manifestado ya en varias partes del mundo. En 1,981 fue identificado por primera vez en los Estados Unidos de América, cuando los Centers For Disease Control and Prevention (CDC) anunciaron la aparición inexplicable de Neumonía por *Pneumocystis carinii* y Sarcoma de Kaposi en hombres previamente sanos, que tenían relaciones sexuales con hombres en Nueva York y los Angeles. (14,7,11,2)

El 1 de julio de 1,988 había oficialmente un total de 100,410 casos de SIDA notificados en Africa, América, Asia, Europa y Oceanía. Sin embargo, por diversas razones (porque no se reconocen, diagnostican, o declaran todos los casos existentes), la cifra real era probablemente superior a 150,000.

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. Se estima que el 20-30% de los 13-14 millones de personas infectadas por el VIH desarrollarán el SIDA en los próximos 5 años.

La tercera epidemia acaba de empezar, y corresponde a la intensa reacción mundial suscitada por el VIH/SIDA, alterando negativamente el desarrollo social y económico, e incluso la estabilidad política de los países. (7,3,45)

El SIDA ataca principalmente a las personas en edad reproductiva (20-49 años, miembros más productivos de una comunidad); afecta también a las madres y a sus hijos. (7,13,46)

Entre los casos reportados en Estados Unidos, se mencionan los siguientes:

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HRH).	66%
Utilizadores de drogas (UD).	17%
HRH y que son UD.	8%
Parejas heterosexuales de individuos con SIDA o que tienen riesgo del mismo.	4%
No hemofílicos que han recibido productos sanguíneos.	2%
Hemofílicos que han recibido grandes volúmenes de concentrados de factor VIII.	1%

En Guatemala un estudio realizado en 1,000 mujeres embarazadas, en el IGSS, se encontró una prevalencia de 0.4%; y en los bancos de sangre de la capital, en 0.2%. Se estima que 20 a 30% de los individuos seropositivos asintomáticos, presentarán SIDA en el transcurso de cinco años. Se desconoce la prevalencia exacta de la infección por VIH en la población en general. (5)

La distribución y frecuencia de VIH/SIDA dentro de una población es multifactorial, por lo que debe tomarse en consideración: A) el período 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 de SIDA, como son algunas enfermedades infecciosas particularmente de transmisión sexual. (14,16,29)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado sobre descripciones de casos de VIH/SIDA en todos los continentes; el número de los mismos ha ido en aumento. La OMS anunció que a finales del año 1993 se habían reportado 180 países y territorios con casos de VIH/SIDA (70% en América, 15% Africa, un poco más del 10% Europa y solo el 1% Asia y Oceanía). (16,29)

AMERICA: Cuarenta y cuatro países en las Américas se han reportado con casos de VIH/SIDA. La transmisión heterosexual va en aumento a medida que se diagnostica un número cada vez mayor de casos de mujeres e infantes con VIH/SIDA. En varios países de América Latina, es evidente que la incidencia de la bisexualidad masculina ha provocado aumento en la propagación del VIH. Pese a que la transmisión sexual constituye la ruta principal para la infección, unos pocos países en la región han mejorado la seguridad del suministro de sangre. En Guatemala, según los casos reportados de SIDA, la población más afectada se distribuye de la manera siguiente:

- a) Población heterosexual.
- b) Grupo de HRH, y HRH y con mujeres (HRHM).
- c) Grupos transfundidos I.V.
- d) Personal sanitario.

AFRICA: Cincuenta y un países de Africa se han reportado con casos de VIH/SIDA. Se cree que unos tres millones y medio de africanos están infectados con el VIH, incluidos 600,000 niños menores de 5 años. El número más alto de casos procede

de las áreas urbanas de los países situados en el centro, oriente y sur de Africa. Las principales rutas de transmisión son, la transmisión sexual no protegida, la transmisión vertical (madre-feto) y las transfusiones con sangre no controlada. El 50% de los casos VIH/SIDA se encuentra en las mujeres de edad fértil. El VIH/SIDA ha sobrepasado todas las demás causas de defunción en los adultos de ambos sexos en una importante área metropolitana (Costa de Marfil). Un efecto devastador de la infección son los niveles cada vez más altos de huérfanos cuyos padres han muerto de VIH/SIDA y cuyas familias no pueden proporcionarles la atención que requieren. Los especialistas médicos calculan que un millón de niños menores de diez años que no han sido infectados tienen a alguno o a ambos padres que sí lo han sido.

EUROPA: Diecisiete países de Europa han reportado más de 100 casos cada uno. Aunque el número de casos reportados de los países de Europa Central y Oriental permanece bajo, se espera que los cambios políticos ocurridos recientemente en aquella subregión produzcan niveles más altos de casos acumulados.

ASIA/OCEANIA: En Asia se ha reportado VIH/SIDA en 25 países; el VIH se está diseminando rápidamente en Asia. En Oceanía siete países se han reportado con este problema, de los cuales casi todos fueron reportados por Australia y Nueva Zelanda. Aunque los casos iniciales estuvieron vinculados con personas que habían estado presentes en áreas donde el VIH/SIDA es más prevalente, la transmisión del VIH a nivel local se está volviendo más común.

Los informes procedentes de cada una de estas regiones indican que EL VIH/SIDA ha comenzado a azotar más duro a los países más pobres. La OMS estima que hace 5 años la mitad de las infecciones de VIH en el mundo ocurrían en los países industrializados, pero ahora opina que dos tercios de las infecciones actuales del VIH han ocurrido en países en vías de desarrollo. (31,36)

El comportamiento de la epidemia VIH/SIDA en Guatemala es alarmante, ya que cada vez se suman más casos, como lo demuestran las estadísticas en los últimos 10 años, desde el inicio de la epidemia en nuestro país, en 1984, guardando una proporción en relación hombre-mujer de 1:1, confirmándose así la transmisión heterosexual como factor de alto riesgo para

nuestra población. En nuestro país, como en otros, el contagio de VIH es el resultado de las relaciones sexuales (HRH, HRHM y heterosexuales), los cuales se componen en su mayoría de personas comprendidos entre los 19 y 40 años de edad, lo que indudablemente afecta el desarrollo económico-social del individuo, así como de su grupo familiar y social. (48,49)

Aunque el riesgo de infección para los trabajadores de salud es pequeño, es un riesgo real y puede producir un miedo exagerado en la mente de quienes se dedican al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. La educación del personal de salud acerca del SIDA y de los mecanismos de transmisión del VIH, son esenciales para proveer un mejor ambiente de trabajo a todo nivel de la atención en salud. Estudios realizados en dos Hospitales Nacionales de la capital (Roosevelt y San Juan de Dios), se documentó que el 92.5% de los estudiantes de medicina externos e internos y los residentes, recordaron al menos 1 o 2 lesiones con instrumentos punzo-cortantes durante los años de práctica hospitalaria. Además, la infección con VIH ha sido documentada con sangre obtenida de pacientes infectados con el VIH durante el período de "ventana" (antes de desarrollar anticuerpos en contra del virus).

De acuerdo con datos y estudios epidemiológicos, se distinguen tres tipos epidemiológicos del VIH/SIDA, distribuidos en el mundo.

TIPO I :

En las zonas del tipo I, la mayor parte de los casos se observan entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HRH), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres (HRHM), y entre usuarios de drogas por vía intravenosa. La transmisión heterosexual corresponde a un pequeño porcentaje de casos, pero su importancia va en aumento.

La proporción entre casos masculinos y femeninos varía entre 10:1 y 15:1. La seroprevalencia global en la población es por lo general inferior al 1%, pero puede pasar del 50% en algunos grupos con ciertos comportamientos de riesgo (HRH y usuarios de drogas por vía intravenosa). La transmisión en gran escala de VIH, parece haberse iniciado a fines de los años setenta.

Este tipo es característico de ciertos países industrializados, con gran número de casos notificados de SIDA como: América del Norte, Europa Occidental, Australia, Nueva Zelandia y ciertas partes de América Latina y el Caribe. (15,46,48)

TIPO II:

En las zonas del tipo II, la mayor parte de los casos se registran en la población heterosexual. Es frecuente la transmisión perinatal; la transmisión por usuarios de drogas intravenosa (UDIV) y (HRH) es desconocida o muy rara. La proporción entre casos masculinos y femeninos es de 1:1. En cierto número de países, la seroprevalencia en la población puede ser superior al 1%, pero puede llegar al 30% en la población sexualmente activa de algunas zonas urbanas. La transmisión en gran escala parece haberse iniciado en los años setenta.

Este tipo es característico de África Central y Meridional, de algunos países del Caribe, de América Latina y algunos países de Asia. (13,45,46)

TIPO III:

En las zonas del tipo III, solo se han notificado cifras bajas de casos, y corresponden a transmisión entre personas que tienen relación con su mismo sexo o diferente sexo (homosexual y heterosexual).

En general los casos se han observado en personas que habían viajado o mantenido contacto con individuos de otras zonas endémicas y un pequeño número de casos se ha registrado en personas a las que se había administrado productos sanguíneos importados.

La transmisión de VIH parece haberse iniciado a principios o mediados de los años ochenta. Este tipo se observa en África del Norte, Europa Oriental, el Mediterráneo Oriental, Asia, y la mayor parte del Pacífico. (13,41,46)

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 la proporción de mujeres infectadas. Varios países de América Latina y el

Caribe deben ser incluidos en la actualidad dentro de un patrón I/II. El patrón III ya es muy raro.

CAUSAS:

El SIDA aparece por infección con VIH; este virus, un retrovirus, es linfotrópico e infecta selectivamente a los linfocitos T humanos del subgrupo CD4 era conocido también como virus linfotrópico de células T humanas tipo III/virus asociado a linfadenopatias (HTLV-III/LAV). Actualmente se le ha denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus guarda afinidad selectiva por los linfocitos T4 (T cooperadores), debido a la presencia de glucoproteínas específicas, marcadoras de los linfocitos T4 y que no se demuestra en otros linfocitos. (29,38,40)

PATOGENIA:

El VIH, agente causal del SIDA, ataca selectivamente ciertos glóbulos blancos que son esenciales para coordinar los mecanismos inmunitarios de defensa del organismo. Cuando se produce la destrucción de esos glóbulos blancos (proceso que puede durar muchos años), las personas infectadas se vuelven susceptibles a una amplia variedad de infecciones, parasitosis y cánceres a los que los sujetos con un sistema inmunitario intacto no afectan. Estas infecciones oportunistas y cánceres (sarcoma de Kaposi) revelan la deficiencia inmunitaria subyacente causada por el VIH. Además éste puede atacar a las células nerviosas, provocando trastornos neurológicos.

Cuando el VIH penetra en una célula se combina con el material genético de la propia célula huésped, dando lugar a una infección que la mayor parte de los virólogos consideran vitalicia. Las personas infectadas suelen ser también contagiosas durante toda la vida. (14,18,37,36,43)

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Los signos y síntomas clínicos de la infección por el VIH son sumamente complejos y comprenden los de las enfermedades oportunistas además de los causados directamente por el propio virus. Las personas infectadas con el VIH pueden tener una variedad de manifestaciones clínicas:

1. Los portadores del virus que aún no desarrollan la enfermedad.

2. Aquellos con un cuadro clínico atenuado o prodrómico.
3. Los que manifiestan el síndrome completo de la inmunodeficiencia adquirida.

El Centro Para el Control de Enfermedades (CDC), en los Estados Unidos ha dividido las manifestaciones por la infección de VIH en cuatro fases: Fase aguda, período asintomático en el que puede aparecer una linfadenopatía generalizada persistente; Para-SIDA (complejo relacionado con VIH/SIDA.) y SIDA (VIH/SIDA). (3,14,16,18,21,22,37)

FASE AGUDA: En este período no sucede nada, el paciente tiene el virus en forma de provirus, ya que está infectado pero no hay evidencia de la infección. La enfermedad aguda causada por el VIH puede aparecer ya al cabo de una semana de la infección y por lo general precede a la seroconversión, que suele producirse a las 6-12 semanas de la infección pero a veces tarda más. Según varios estudios, las manifestaciones clínicas de la fase aguda son, fiebre, linfadenopatía, sudores nocturnos, erupción cutánea, dolor de cabeza y tos. Un 60% puede continuar asintomático por un lapso de 6 años; el resto evoluciona a otras etapas de la infección. (16,21,30,33)

LINFADENOPATIA PERSISTENTE GENERALIZADA: La linfadenopatía persistente generalizada (LPG) se caracteriza por la presencia de ganglios linfáticos de más de 1 cm. de diámetro en dos o más localizaciones extrainguinales que persisten durante tres meses por lo menos en ausencia de cualquier afección acompañante o de medicamentos susceptibles de causar una linfadenopatía. A veces experimenta una regresión lenta en el curso de la enfermedad. Las personas con LPG suelen aparentar por otra parte un buen estado de salud. (3,44)

PARA-SIDA: No existe ninguna definición aceptada o uniforme del para-SIDA. Sin embargo, la persistencia de los siguientes signos y síntomas suele considerarse característica de este proceso: diarrea, pérdida de peso, malestar, fatiga y somnolencia, anorexia, molestias abdominales, fiebre, sudores nocturnos, dolor de cabeza, linfadenopatía, esplenomegalia y trastornos neurológicos tales como pérdida de la memoria y neuropatía periférica. Estos signos y síntomas suelen ser intermitentes. La pérdida de peso se observa en la mayor parte de los enfermos y suele ser progresiva.

Muchas personas con para-SIDA presentan lesiones mucocutáneas, en particular herpes zóster, dermatitis seborreica, lesiones bucolabiales y genitales persistentes y recidivantes causadas por herpesvirus y leucoplasia vellosa de la mucosa bucal. (16,31,34)

SIDA: El sida es la forma grave de la etapa final de la infección clínica por VIH, y se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas y tumores raros, como el Sarcoma de Kaposi, las cuales indican que el paciente ya ha desarrollado VIH/SIDA. El lapso de tiempo comprendido entre la infección por

el VIH y la aparición de los síntomas del SIDA puede variar entre seis meses y diez años o más. En los enfermos de SIDA pueden observarse también los mismos signos y síntomas descritos al tratar del para-SIDA, pero las manifestaciones son más pronunciadas. Los tipos de infección oportunista dependen en gran parte de la exposición pasada o preexistente del individuo a los agentes microbianos, lo cual explica que la frecuencia de ciertas infecciones oportunistas varíe entre los enfermos de SIDA africanos y los americanos o europeos. La neumonía por *Pneumocytis carinii* es con mucho la infección oportunista más frecuente en los países no africanos; en Africa, por el contrario, el principal asiento de la infección es el aparato gastrointestinal. Existen más de 12 infecciones oportunistas, de acuerdo al país se presentará la enfermedad marcadora. En America Latina es la Tuberculosis, mientras que en los Estados Unidos es la Neumonía por *Pneumocytis Carinii*, además de estas se encuentran, entre otras, Candidiasis esofágicas, herpes simple recidivante crónico, toxoplasmosis cerebral, histoplasmosis, citomegalovirus, etc., que son producidos por hongos, virus, parásitos y bacterias. Tumores: El Sarcoma de Kaposi ha sido clásicamente descrito como un tumor marcador, el cual consiste en placas o nódulos de color azul oscuro o café violáceo, que se localizan generalmente en la porción distal de las extremidades y lesiones cutáneas a nivel de las mucosas, siendo las más comunes el paladar duro, regiones de orofaringe y amígdalas. Existen también linfomas de alto grado de malignidad muy poco diferenciado que también desarrollan estos pacientes y que son linfomas de células B. (14,16,25)

MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS: En las personas con una infección por el VIH se está observando un número creciente de

anomalías neurológicas tales como neuropatías periféricas y pérdida de memoria. Estos fenómenos pueden ser la manifestación inicial de la infección por el VIH y a menudo tienen una presentación atípica. La encefalopatía aguda es la perturbación neurológica más frecuente, que se caracteriza por cambios progresivos del comportamiento asociados con demencia, que se presenta en 50 al 70% de los pacientes con VIH/SIDA. El comienzo suele ser insidioso y al principio predomina la disfunción cognoscitiva. Todo ello se desarrolla por la agresión del virus al sistema nervioso central que corresponde habitualmente a una encefalopatía, sub-aguda, desmielinizante, la cual se caracteriza por cambios motores, cognoscitivos y del comportamiento. Entre los síntomas iniciales más frecuentes están el temblor, la lentitud, y la afasia; este proceso suele evolucionar hasta la demencia profunda gradualmente. En la fase terminal puede aparecer incontinencia, pérdida de la visión y paraplejia. (16)

PERIODO DE VENTANA: Es el tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de anticuerpos por el organismo de la persona infectada y que tiene una duración de 6 semanas, a 3 meses.

MECANISMO DE TRANSMISION, GRUPOS Y FACTORES DE RIESGO .

Según estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial existen 3 mecanismos, demostrados, de transmisión del VIH:

a) sexual; (b) parenteral y (c) perinatal (transmisión vertical, o de madre a hijo). En personas infectadas se ha detectado el VIH en la sangre y en muchos líquidos orgánicos (semen, secreciones vaginales, lágrimas, saliva, leche humana y orina), sin embargo, de acuerdo con análisis epidemiológicos, sólo a la sangre, el semen, los líquidos vaginales y la secreción láctea se les ha atribuido un papel en la transmisión. (14,38)

a. TRANSMISION SEXUAL: La transmisión sexual es el mecanismo más frecuente de transmisión del VIH. El virus puede pasar de cualquier persona infectada a su pareja sexual (hombre/hombre, hombre/mujer y mujer/hombre), ya sea sexo anal, oral o genital. Aunque en un principio se difundió la idea de que los HRH, constituían el único grupo de población de riesgo, muy pronto comenzaron a detectarse casos de SIDA en hombres y mujeres que se habían infectado a través de

relaciones heterosexuales. La transmisión del VIH de mujer a mujer es también posible pero muy rara. La transmisión predominantemente en HRH es denominada Patrón Tipo I por la OMS, y la transmisión heterosexual es la forma predominantemente de contagio en Africa, en algunos países del Caribe y más recientemente en Honduras, denominado Patrón Tipo II de la OMS. (4,6,16,20)

La transmisión sexual revela que hay manera más infectantes que otras, y el riesgo aumenta más en función de las siguientes variables: número de parejas sexuales, números de contactos, y tipo de prácticas sexuales. El coito anal es la manera sexual más riesgosa de transmisión, tanto por el trauma de la mucosa anal (area lacerada-expuesta), como por la conformación de la estructura de la mucosa rectal (con abundantes vasos sanguíneos, abundante tejido linfoideo no encapsulado, células del sistema fagocítico nuclear, y el epitelio formado por una sola capa de células cilíndricas).

La mucosa rectal lacerada permite con facilidad el paso del virus a los linfocitos presentes en el tejido linfoide uniéndose en los receptores específicos de membrana (CD4).

Aún cuando no se encuentre dañada la mucosa rectal, puede permitir la entrada al virus, debido a que las células de Langerhans en su epitelio presentan receptores para el VIH, por medio del cual puede capturarlos, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo. (16,19)

La mucosa vaginal se encuentra formada por varias capas de células escamosas, que la hace ideal para poder resistir la fricción mecánica durante el coito; además posee pocas células de Langerhans, y menor cantidad de células linfoides en comparación con la mucosa anal.

La mujer joven tiene mayor riesgo de adquirir el VIH, debido a que posee una mucosa endometrial poca madura, y muy delgada. Durante la menstruación, tomando en cuenta que el endometrio se hace más delgado, los cambios que se producen en la mucosa vaginal, y por la mayor vascularización, se corre mayor riesgo de infección por VIH. (27,28).

La diferencia entre la eficacia de la transmisión entre sexo anal y genital no se conoce con exactitud y se sigue estudiando y el riesgo de contraer el VIH, en una relación aislada es aún desconocido. Se conoce de casos de individuos, que han tenido relaciones con individuos infectados sin haberse infectado; sin embargo, existen reportes que refieren que un encuentro único con el VIH es

suficiente en algunas situaciones para producir infección. (3,19) Es probable que la eficacia de la infección está relacionada con la capacidad infectante del transmisor, la susceptibilidad del receptor, las prácticas sexuales específicas y posiblemente la cepa viral. (32)

b. TRANSMISION PARENTERAL: Es posible contraer la infección al recibir la sangre o productos sanguíneos que contienen el VIH. El período de incubación calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA es un promedio de 31 meses en el adulto, y 14 meses en el niño. Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir el VIH, ya que en promedio, cada uno requiere entre 80 y 100,000 unidades de factor VII al año, lo que significa una exposición a un gran número de donadores. Este medio de transmisión puede controlarse satisfactoriamente mediante la preselección de donantes, identificación y exclusión de sangre donada contaminada, y la inactivación o separación del virus. Cualquier instrumento contaminado con sangre que se use sin esterilización apropiada para penetrar la piel de alguna persona puede servir de vehículo para la transmisión del VIH.

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo de infección, en particular entre los toxicómanos que comparten agujas contaminadas, y en los países en vías de desarrollo que por diversas razones, en sus programas de salud no utilizan agujas y jeringas desechables, continúan utilizando su esterilización tanto para fines terapéuticos como no terapéuticos.

El riesgo de que pueda adquirirse la infección del VIH el personal sanitario es menor del 1% luego del contacto de sangre con la piel o mucosas, así como pinchazos accidentales.

Si la exposición sucede en repetidas ocasiones, el riesgo es probablemente mayor. (5,8,19,26,35,37,38,39,40,47)

c. TRANSMISION PERINATAL: Este mecanismo es muy importante, porque constituye un problema de salud materno-infantil, debido a que no se cuenta con un adecuado control sobre la notificación de casos de VIH/SIDA en los lactantes, la presentación clínica de la infección por el VIH es más solapada y las pruebas serológicas son menos confiables en esta población. Se ha demostrado que todos los recién nacidos (RN) hijos de madres infectadas con el VIH, presentaban títulos de anticuerpos al VIH (anticuerpos maternos); si el RN no había sido infectado, los anticuerpos desaparecían a los

15 meses. (16,27,38)

El factor de riesgo más importante en este mecanismo de transmisión es la transmisión vertical de la madre infectada al feto, o al lactante. La transmisión vertical del VIH ocurre a través de la placenta durante el embarazo, el parto, como resultado del contacto de la sangre y los líquidos corporales contaminados. Además se ha demostrado que puede ocurrir la contaminación en el puerperio por medio de la leche materna infectada. Todavía se desconoce el período exacto en que el VIH infecta al feto, sin embargo el VIH se ha detectado en tejidos fetales a las 15-20 semanas de edad gestacional. Se ha demostrado en mujeres embarazadas seropositivas, un número de abortos espontáneos, que en su mayoría ocurren en el primer trimestre del embarazo, del doble del observado en las seronegativas. El riesgo de transmisión de una madre infectada a su hijo es de aproximadamente del 18-35%. En las mujeres seropositivas el parto vaginal parece aumentar el riesgo de transmisión, sin embargo no hay pruebas convincentes de que las cesáreas reduzcan el riesgo de transmisión del VIH al RN. (33,41,39,38)

GRUPOS CON COMPORTAMIENTOS DE ALTO RIESGO:

Debido al modo predominante de transmisión, el grupo de alto riesgo comprende la población de mayor actividad sexual, tanto en los países en desarrollo como en los no desarrollados, afectando al grupo más activo en la economía (20-49 años), hombres solteros, HRH, HRHM, toxicómanos que se inyectan, personas que han recibido transfusiones de sangre y hemoderivados contaminados con HIV, en los contactos heterosexuales de personas con el VIH, y en los trabajadores de salud, aunque en este grupo el porcentaje de riesgo es menor del 1%, si la exposición sucede en repetidas ocasiones el riesgo es probablemente mayor.

FACTORES DE RIESGO:

Los factores que se relacionan con la transmisión del VIH son: Sexo sin protección entre:HRH.

HRHM.
Heterosexuales.
Prostitución.
Promiscuidad.

Drogadicción intravenosa.
Transfusiones sanguíneas.
Hemofílicos.

RIESGOS OCUPACIONALES DEL TRABAJADOR DE LA SALUD EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON VIH ASINTOMATICO O CON VIH/SIDA.

El Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), define la exposición ocupacional al VIH como aquella que ocurre en el puesto de trabajo, durante la jornada laboral e implica riesgo a 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 aplican las Precauciones Universales.

Son variables las incidencias conocidas de seroconversión en el personal de salud inoculado accidentalmente, esto puede ser debido, como advierte el CDC, a que el riesgo varía según el tipo de fluido y contagio del VIH, clase de exposición y volumen inoculado. El CDC publica un valor para el riesgo de seroconversión por accidentes, con material potencialmente contaminado en el personal sanitario, de 0.4%. En este momento, es importante 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 que cada uno se haga responsable de su propia seguridad. (19)

La filosofía de las Precauciones Universales desde el punto de vista práctico, es obligatorio con todos los pacientes independientemente de si se conoce o no su estado serológico. Las variables clínicas y la práctica corriente de asignar por factores de riesgo a la persona que consulta si corresponde o no a un paciente seropositivo, no son predictivos buenos ni apropiados para la identificación del VIH en las personas que asisten al centro de atención médica a demandar asistencia. La evaluación clínica no puede identificar a la mayoría de los pacientes con VIH. Por la dificultad que existe actualmente para reconocer los casos de individuos infectados por el VIH en los centros de atención hospitalaria la manera más segura de evitar riesgos innecesarios, es considerar a todo paciente como potencialmente infectante; por lo que, los distintos cuidados deben aplicarse a todos y a todo procedimiento. Esto evita no solo el contagio por el VIH sino por cualquier otro microbio invasivo. (14)

PROCEDIMIENTOS QUE ENTRAÑAN RIESGO DE EXPOSICION AL VIH.

PROCEDIMIENTO	PERSONA EN RIESGO	TRANSMISION
Toma de muestras de sangre.	Paciente.	-Aguja contaminada -Manos o guantes contaminados del personal de salud.
	Agente de salud.	-Pinchazo por aguja o recipiente de muestras roto. -Manos contaminadas de sangre.
Transporte de muestras.	Personal de Lab. y persona que transporta muestras.	-Exterior del recipiente roto-contaminado. -Derrame o salpicadura de la muestra.
Manipulación de muestras.	Personal de laboratorio.	-Pinchazo de la piel o contaminación de mucosas. -Exterior del recipiente roto-contaminado. -Derrame o salpicadura de la muestra.

Limpieza y mantenimiento.

Personal
auxiliar.

- Superficie de trabajo contaminada.
- Guantes perforados.

- Pinchazo o contaminación de la piel o mucosas.
- Derrames o salpicaduras
- Superficie de trabajo contaminada.

Evacuación de desechos.

Personal
auxiliar.

- Contacto con desecho contaminado.
- Pinchazos o cortes.

La OMS describe las precauciones universales para la prevención de la transmisión del VIH así:

Fluidos corporales con riesgo conocido, a los que son aplicables las precauciones universales.

- Sangre.
- Secreciones vaginales, semen y líquido cefalorraquídeo.

Fluidos corporales con riesgo incierto (por determinar).

- Líquido peritoneal.
- Líquido amniótico.
- Líquido sinovial.
- Líquido pericárdico.
- Líquido pleural.

Secreciones corporales en las que no son aplicables las precauciones universales; sin embargo a pesar de que el riesgo no existe o es extremadamente bajo, tienen un potencial

contaminante para otros organismos, recomendando manipularlos cuidadosamente.

- Heces.
- Orina
- Sudor
- Leche materna.
- Saliva.
- Secreciones nasales.

- Lágrimas.
- Vómitos. (si contiene sangre).

La utilización de métodos protectores de barrera reducen la incidencia de transmisión del HIV, pero no protegen en casos de heridas penetrantes por agujas o instrumentos cortantes.

- Guantes.
- Mascarillas.
- Bata o delantal de plástico.
- Lentes protectores.

Medidas sugeridas para reducir el riesgo de transmisión nosocomial.

- Manipulación cuidadosa de agujas, jeringas y otros objetos cortantes para no producir heridas.
- No volver a tapar las agujas.
- No sacar la aguja de la jeringa desechable.
- No doblar, romper o realizar otra manipulación de las agujas.
- Colocar agujas, jeringas, hojas de bisturí u otros cortantes o punzantes en recipientes inperforables para desecho, que deben estar convenientemente situados.

- Utilizar métodos protectores de barrera ante la exposición a sangre, fluidos que contengan sangre u otros fluidos a los que se apliquen las precauciones universales. (33.42)

Considerando todo lo anterior, la Declaración conjunta CIE/OMS sobre el SIDA, el 7-abril-1987, resolvió:

- Que el CIE se ocupará y se mantendrá al corriente de todos los aspectos relativos a la protección de la salud del personal de enfermería que presta asistencia a las personas infectadas del VIH.
- Que el CIE se comprometa a colaborar plenamente con la OMS en la defensa de los intereses del público, de las personas infectadas del VIH y de quienes les prestan asistencia.
- Que el CIE ayude al personal de enfermería, por medio de sus asociaciones nacionales, a que se mantengan bien informadas de los nuevos adelantos relativos a la prevención de la infección de VIH y a la asistencia de las personas afectadas, y que exhorte a todas sus asociaciones miembros así como a las enfermeras del mundo entero a que colaboren activamente en todos estos esfuerzos. (40)

OBLIGACION Y DERECHOS DEL PERSONAL SANITARIO.

El personal sanitario debe ser educado a reportar exposiciones inmediatamente después de que ocurren y deben estar familiarizados con el manejo post-exposición, como parte de la orientación de su trabajo y también como entrenamiento durante el mismo. Si una exposición ocurre, las circunstancias deben ser guardadas en el expediente médico confidencial del trabajador de la siguiente manera:

- Día y tiempo de la exposición.
- Tarea que estaba realizando al momento de la exposición.
- Detalles de la exposición, incluyendo tipo y cantidad de

líquido o material, y la severidad de la exposición (tipo de herida, con aguja o instrumento punzocortante, exposición por la piel o membrana mucosa, duración del contacto y estado de la piel agrietada, con abrasiones o intacta).

Después de una exposición ocupacional, ambos, trabajador expuesto y la fuente de infección deben ser evaluados para determinar si el trabajador probablemente necesita recibir tratamiento profiláctico. Si el individuo presenta VIH/SIDA o es seropositivo para VIH, entonces el trabajador debe ser evaluado clínica y serológicamente tan pronto como sea posible después de la exposición, y si es seronegativo, debe ser reevaluado periódicamente por un mínimo de 6 meses después de la exposición (en la 6 semana, 12 semana y 6 meses después de la exposición).

El trabajador sanitario debe ser avisado o reportar y buscar evaluación médica para cualquier enfermedad que ocurra durante su período de seguimiento, particularmente si son caracterizadas por fiebre, erupciones cutáneas, linfadenopatía, reacciones a drogas, las cuales pueden ser indicativas de infección aguda por VIH durante el período de seguimiento, especialmente durante las primeras 6 a 12 semanas después de la exposición, cuando las personas infectadas seroconvierten. De tal manera, el trabajador sanitario debe seguir las recomendaciones, que también incluyen, no dar sangre, especímenes de sangre, semen o donación de órganos, utilizar medidas de prevención de transmisión del VIH durante contactos sexuales. Las mujeres expuestas no deben dar lactancia materna al infante durante el período de seguimiento para prevenir la posible exposición del niño al VIH en la leche materna. Durante toda la fase de seguimiento, la confidencialidad del trabajador debe ser protegida.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RELACIONADAS CON LA INFECCION POR VIH/SIDA.

La prevención juega un papel importante, pudiéndose realizar a través de campañas de educación en salud; las que deben estar dirigidas principalmente a poblaciones particularmente vulnerables. A través de la educación debe orientarse a la población sobre la adopción de comportamientos que reduzcan la aparición de contagios.

No basta con informar, hay que prevenir contra el VIH/SIDA, y la conducta racional preventiva que ha de

adoptarse como práctica permanente, sobre todo en aquellos grupos poblacionales vulnerables, para convencerlos de la utilidad real de los cambios que se le proponen.

La factibilidad de combatir el SIDA radica enteramente en la modificación de la conducta individual, a través de la educación, y de prácticas de prevención eficaz, ante la ausencia de vacunas y de medidas curativas promisorias. Los cambios de actitud y el

desarraigo de creencias erróneas se consigue solo tras un largo y difícil proceso, apoyado en parte por el proporcionamiento de incentivos al cambio.

Durante la VI Conferencia Internacional sobre el SIDA realizada en junio de 1990 en San Francisco California, se presentó un gran número de estudios relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la infección por VIH/SIDA. Dichos estudios indican que las discrepancias en cuanto a conocimientos en el sector salud, médicos y estudiantes pueden ser corregidas a través de programas de educación especial en SIDA.

En cuanto a las actitudes negativas, resalta la indiferencia y la discriminación hacia las personas con la infección por VIH y por la homofobia; estas actitudes que difieren dentro de los distintos grupos de estudio, producen un gran impacto en cuanto a la calidad de servicios que se proporcionan al paciente infectado por el VIH. Es importante ayudar a los profesionales de la salud en lo relacionado con los prejuicios y la intolerancia a estos tipos de pacientes. La educación y el compromiso parece mejorar los conocimientos y actitudes negativas que la población de salud tiene alrededor de la infección por VIH. El compromiso se logra a través del cuidado de estos pacientes y el reforzamiento de las actitudes positivas.

Las actitudes de los médicos podrían constituir un problema durante el próximo decenio para los pacientes infectados con el VIH en sus esfuerzos para obtener atención médica apropiada, según los principales resultados de la VI Conferencia Internacional sobre SIDA.

El miedo al contagio y la falta de interés respecto al problema, ha sido otra causa de la discriminación hacia los pacientes infectados con VIH; en 1990 de 1045 médicos encuestados procedentes de 41 programas de salud en EUA, se encontró que 2/3 partes (médicos jóvenes) que se incorporaban al ejercicio de la medicina, no estaban interesados en tratar

a este tipo de pacientes; de los que estaban interesados, la mitad no quería comunicarlo por el temor a perder pacientes que ya no llegan a las consultas donde asisten enfermos con SIDA.

La principal razón de renuencia al trato de estos pacientes dada por los encuestados fue el miedo al contagio y la homofobia. Dicho estudio demostró que las mujeres, más que los varones tenían mejor disposición a tratar pacientes con VIH/SIDA.

En América Latina las prácticas discriminatorias se han dejado de sentir, como lo prueba la existencia de la Casa de Apoyo, creada por CAPA en Brasil, donde se atienden a personas discriminadas por la sociedad como consecuencia del SIDA. En lo referente a la relación médico-paciente, se enfatiza que el médico no puede abandonar o negar atención al paciente infectado por VIH.

En Guatemala, como en el resto del mundo, el SIDA, es un problema complejo que involucra actitudes tanto psicológicas, religiosas y culturales de los trabajadores de salud.

Es comprensible el temor que genera el SIDA tomando en cuenta que hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento alguno con fines curativos, y que la infección puede llevarse en el medio intrahospitalario a través del contacto con sangre y secreciones infectadas. Empero, al paciente con SIDA, no se le puede negar atención médica, a la luz de las normas, reglamentos y derechos humanos reconocidos tanto nacional como internacionalmente, que especifican claramente que debe prestársele atención médica, respetando su dignidad, e integridad física, moral y psicológica, así como mantener el respeto y consideración a la familia del paciente.

Es posible que un número considerable del personal sanitario al enfrentarse con el manejo de un paciente con VIH/SIDA, se vean impresionados por las características que rodean a dichos pacientes y se olviden de la angustia que produce la enfermedad potencialmente mortal y del soporte y comprensión que se le debe ofrecer al paciente, para aliviar aunque sea en mínima parte su angustia y temor. A nivel mundial, como también a nivel nacional se han publicado y establecido normas y técnicas protectoras (precauciones universales) para evitar que el personal sanitario se infecte en su área de trabajo.

El comportamiento de las personas en riesgo de contraer la infección, luego de recibir la información sobre el SIDA,

puede no modificarse. Muchos profesionales de la medicina día a día utilizan más frecuentemente las Precauciones Universales en todos sus procedimientos, contribuyendo de esta forma a disminuir el riesgo en el sitio de trabajo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo descriptivo-evaluativo. Descriptivo, en virtud de que estudia la percepción de la magnitud del problema (VIH/SIDA) en sectores de la población teniendo una o varias condiciones de riesgo que en determinado momento pudieran incidir perjudicialmente sobre su salud, identificando previamente por medio de cuestionarios, en los diversos grupos focales del HGSD, las prácticas reales de sus actividades profesionales cotidianas, lo cual será la base para fundamentar futuras hipótesis. Finalmente, la investigación es de tipo evaluativo, ya que evalúa el grado de conocimientos en el personal sanitario.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO.

La población objeto de estudio correspondió al personal paramédico seleccionado con la ayuda de una lista oficial del personal auxiliar de enfermería del HGSD, y mediante el sistema de selección de muestras, específicamente por muestreo estratificado; se dividió a la población en subgrupos (estratos). El procedimiento que determinó el tamaño de las muestras en cada estrato consistió en una fijación proporcional. Previamente conformados los cuadros de muestreo (estratos), la selección final consistió en tomar una muestra aleatoria sistemática en cada estrato, por medio de una regla sistemática llamada salto de muestreo (salto sistemático).

ESTRATOS	POBLACION	FACTOR DE PONDERACION	TAMAÑO DE MUESTRA	SEXO
		Wh	EN CADA ESTRATO.	
Medicina interna.	N1	$W1=N1/N.$	$W1 \times n.$	-M-F-
Cirugia.	N2	$W2=N2/N.$	$W2 \times n.$	
Gineco-Obst.	N3	$W3=N3/N.$	$W3 \times n.$	
Pediatria.	N4	$W4=N4/N.$	$W4 \times n.$	
EL	NL	$WL=NL/N$		
TOTAL:	N	1.00	n	

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra fue de 50 sujetos dispuestos a colaborar con la encuesta mínima y quienes se encontraron en sus servicios en el momento de ejecutar la misma. Para el establecimiento del tamaño de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes: 1- Utilización de la formula para estudios

descriptivos,

2- Se buscó en la tabla de nivel de confianza para determinar la muestra.

3- Formula:

$$n = \frac{z^2 [p(1-p)]}{d}$$

en donde:

n= tamaño mínimo de la muestra estudiada.

p= proporción del factor en la población.

z= Nivel de confianza deseado para el estudio.

d= límite de error esperado.

VARIABLES.

- Demográficas: A) Edad.
 B) Sexo.
 C) Exposiciones previas.
 D) Conocimientos, actitudes y prácticas.

A) EDAD:

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: Años de vida expresado por los participantes hasta la fecha que se realizó la entrevista.

Escala de medición: Escala de razón.

B) SEXO:

Definición conceptual: Condición orgánica (interna-externa) que diferencia a un ser humano en hombre o mujer.

Definición operacional: Masculino. Femenino.

Escala de medición: Nominal.

C) EXPOSICIONES PREVIAS:

Definición conceptual: Haberse sometido a un fenómeno o acontecimiento con anterioridad.

Definición operacional: Afirmativo; en aquellos sujetos que han tenido contacto con sangre y/o secreciones orgánicas en heridas previas expuestas; pinchazos con agujas contaminadas, heridas provocadas con instrumentos quirúrgicos o vidrios en el área de trabajo profesional, expresado en la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

D) CONOCIMIENTOS:

Definición conceptual: Es la certeza que pueda tener una persona por medio de la inteligencia respecto a las cualidades y propiedades naturales y relación de las cosas.

Definición Operacional: Adecuado. Regular. Inadecuado.

De acuerdo a los significados constituidos por la información o desinformación que la población posee acerca del VIH/SIDA, que se apegan al conocimiento científico.

Escala de medición:

Ordinal.

Conocimiento: 80-100%.

Conocimiento Parcial: 60-70%.

Desconocimiento: Debajo de 60%.

E) ACTITUDES:

Definición conceptual: Reacción afectiva, positiva o negativa, que se puede asumir ante una experiencia reciente mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierta actividad.

Definición operacional: Reacciones positivas.
 Reacciones negativas.
 De acuerdo a la información obtenida a las preguntas de la boleta de recolección de datos; positiva, cuando el encuestado exprese elementos comprensivos, como: apoyo, discreción, orientación. Negativas: rechazo, indiferencia, aislamiento, abandono, indiscreción.

Escala de medición:

Nominal.

F) PRACTICAS:

Definición conceptual: Aplicación de los conocimientos, (influida por las actitudes), al trabajo profesional cotidiano.

Definición operacional: Prácticas. Positivas.
Negativas.
Negativas: Actividades categorizadas como nocivas al bienestar de las personas, cuantificándolas en información escrita.

Escala de medición. Nominal.

RECURSOS:

1- Materiales.

- a) Físicos: -Equipo de oficina, libros y revistas.
-Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas. de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
-Biblioteca de la AGPCS.
-Biblioteca del HGSD.
-Biblioteca de OASIS.
-Material didáctico de la AGPCS.
-Equipo informática de OASIS.
-Boleta de recolección de datos.

2- Humanos.

- Estudiante investigador.
-Personal paramédico del HGSD.

CRITERIO DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Se tomaron en cuenta para el estudio, personal paramédico de los diversos servicios que estuvieron presentes en el momento de ejecutar la encuesta.

Se excluyó al personal médico.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Al realizar el presente estudio, no se incluyeron procedimientos que pondrían en peligro la integridad física, social y mental de las personas investigadas. No se afectó la vida privada de la población encuestada. Al efectuar el cuestionario se contó con la aprobación escrita de la persona entrevistada, previamente informada sobre los objetivos de la encuesta.

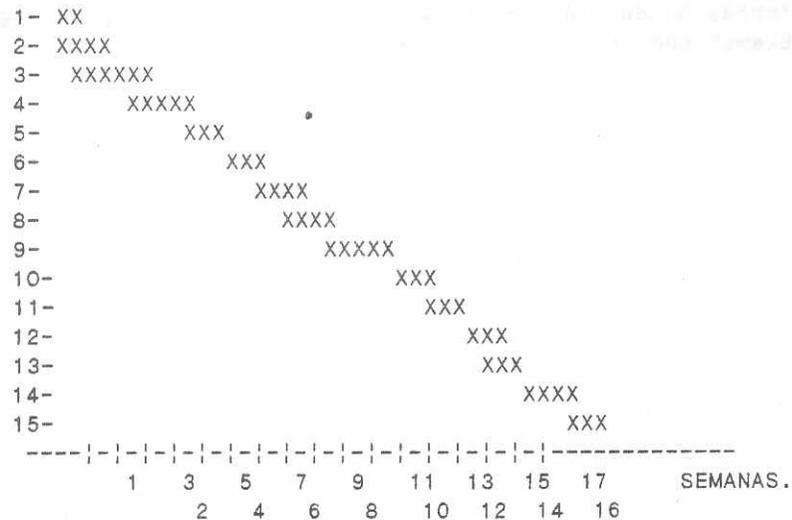
Todos los datos fueron estrictamente confidenciales.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en los distintos servicios del Hospital General San Juan de Dios. Para su ejecución se cumplió con todos los requisitos de orden administrativo para la aprobación del proyecto. Luego, se inició el trabajo de campo propiamente dicho, el cual consistió en evaluar al personal paramédico seleccionado al azar en los distintos servicios de la institución, por medio de un cuestionario.

GRAFICA DE GANT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES.

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del hospital General San Juan de Dios.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información

9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para corrección.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público.

CUADRO No.1

Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, Julio, 1996.

SEXO: →	MASCULINO ♂		FEMENINO ♀		TOTAL	
SERVICIO	%		%		%	
MEDICINA	6	12	6	12	12	24
CIRUGIA	8	16	7	14	15	30
GINECO-OBST.			10	20	10	20
PEDIATRIA			13	26	13	26
SUBTOTAL.	14	28	36	72	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.2

Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, según el sexo y edad; Julio de 1996.

SEXO →	MASCULINO ♂		FEMENINO ♀		TOTAL	
EDAD. (años)	%		%		%	
18 a 20 años	1	2	6	12	7	14
21 a 40 años	11	22	20	40	31	62
Mayor de 40	2	4	10	20	12	24
					50	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.3

Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, por estado civil; julio, 1996.

SEXO →	MASCULINO ♂		FEMENINO ♀		TOTAL	
ESTADO CIVIL	%		%		%	
CASADO (a)	7	14	15	30	22	44
SOLTERO (a)	3	6	12	24	15	30
UNIDO (a)	4	8	9	18	13	26
					50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.4

Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital general San Juan de Dios, de acuerdo a la religión; Julio, 1996.

SEXO →	MASCULINO ♂		FEMENINO ♀		TOTAL	
RELIGION	%		%		%	
CATOLICA.	13	26	27	54	40	80
EVANGELICA.	1	2	8	16	9	18
NINGUNA.			1	2	1	2
					50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.5

Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, con relación al lugar de origen; Julio, 1996.

SEXO →	MASCULINO ♂		FEMENINO ♀		TOTAL	
ORIGEN.	%		%		%	
CAPITAL.	6	12	12	24	20	40
COSTA SUR.	2	4	3	6	5	10
ORIENTE.	2	4	5	10	7	14
OCCIDENTE.	1	2	5	10	6	12
NORTE.	3	6	3	6	6	12
					50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, según el tiempo de laborar en la institución; julio, 1996.

SEXO →	MASCULINO ♂		FEMENINO ♀		TOTAL	
TIEMPO DE LABORAR.	%		%		%	
Menos de 1 año	1	2	3	6	4	8
De 1 a 4 años	3	6	6	12	9	18
De 5 a 9 años	6	12	11	22	17	34
10 a 14 años.	2	4	11	22	13	26
Más de 15 años	2	4	5	10	7	14
					50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7
Distribución de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, según el grado académico; Julio, 1996.

SEXO →	MASCULINO ♂	FEMENINO ♀	TOTAL
ESCOLARIDAD.	8	8	8
SECUNDARIA	10	20	19
DIVERSIFICADO	3	6	14
UNIVERSITARIO	1	2	3
			6
			4
			8
			50
			100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

Distribución de respuestas de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios, con relación al conocimiento sobre el concepto del sida, según el tejido afectado, el mecanismo de transmisión y su pronóstico; Julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
enfermedad de trans. sexual, parenteral y perinatal. (B)		3 6%									3	6	3	6
Enf. infectocontagiosa, afecta el sistema de defensa; de trans. sexual, parenteral, perinatal; no tiene cura y es mortal. (a,b,c)	6 12%	3 6%	8 16%	7 14%		10 20%		13 26%	14	28	33	66	47	94
									14	28	36	72	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.9

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al conocimiento sobre el tipo de microorganismo responsable del SIDA; Julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Un virus.	5 10%	2 4%	8 16%	5 10%	5 10%		7 14%		13 26%	19 38%	32 64%			
Una bacteria							3 6%			3 6%	3 6%			
ninguno	1 2%	4 8%	2 4%		5 10%		3 6%		1 2%	14 28%	15 30%			
											50 100			

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.10

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al nombre con que conoce al agente responsable del Síndrome; julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
SIDA	3 6%	1 2%	3 6%	3 6%					6 12%	4 8%	10 20%			
VIR							3 6%			3 6%	3 6%			
SIDA O VIR.	3 6%	5 10%	5 10%	4 8%	10 20%		10 20%		8 16%	29 58%	37 74%			
											50 100			

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.11

Distribución de respuestas de la población en estudio con relación al conocimiento sobre la fase aguda (asintomática) del Síndrome.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Puede padecer de VIH aunque no manifieste molestias.	6 12%	4 8%	8 16%	7 14%	7 14%		14 28%	18 36%	14	28	18	36	32	64
No puede padecer de VIH si no manifiesta molestias.		2 4%			3 6%		13 26%				18	36	18	36
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.12

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al conocimiento sobre la posibilidad de transmisión del VIH por portadores asintomáticos; julio, 1996

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
si pueden transmitirlo	6 12%	6 12%	8 16%	7 14%	10 20%		13 26%		14	28	36	72	50	100
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 13

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al conocimiento de como se ha transmitido en la mayor parte de casos el agente causal del SIDA; julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Manipulación de jeringas o instrumentos quirúrgicos		1 2%						3 6%			4	8	4	8
Contacto sexual sin protección con una persona infectada.	5 10%	1 2%	6 12%	6 12%		7 14%		4 8%	11	22	18	36	29	58
La mujer embarazada sana se lo transmite a su hijo.		1 2%							1	2			1	2
Todos son correctos.	1 2%	3 6%	3 6%		3 6%		6 12%		1	2	15	30	16	32
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

52

CUADRO No.14

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al conocimiento sobre otros mecanismos que no transmiten el SIDA; julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
No se transmite el SIDA con estrechar las manos o con un beso en la mejilla	6 12%	6 12%	8 16%	7 14%		10 20%		13 26%	14	28	36	72	50	100
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

53

CUADRO No.15

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al conocimiento sobre el grupo de edad que con más frecuencia se ven afectados actualmente por el SIDA; julio, 1976.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
SEXO →	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Solo en jóvenes y adultos con solvencia económica	4 8%	4 8%	7 14%	5 10%				6 12%	11	22	15	30	26	52
20 a 49 años (edad reproductiva).	2 4%	2 4%	1 2%	2 4%		10 20%		7 14%	3	6%	21	42%	24	48
													50	100

54

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 16

Distribución de respuestas de la población en estudio con relación al conocimiento sobre las practicas de riesgo que con mayor frecuencia se transmite el VIH; julio, 1996

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
SEXO →	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Solo en emergencias de diferentes servicios del hospital	1 2%	1 2%				2 4%			1	2	3	6	4	8
Solo en homosexuales	4 8%	4 8%	8 16%	5 10%		2 4%		3 6%	12	24	14	28	26	52
Solo en prostitutas				2 4%		2 4%		7 14%			11	22	11	22
En población de mayor actividad sexual sin protección	1 2%	1 2%				4 8%		3 6%	1	2	8	16	9	18
													50	100

55

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.17

Distribución de respuestas de la población en estudio con relación al conocimiento de la inexistencia de una prevención específica (vacuna) que se pueda utilizar contra el SIDA; julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Si existe.		1 2%				2 4%					3	6	3	6
No existe.	6 12%	5 10%	8 16%	7 14%	8 16%		13 26%		14	28	33	66	47	94
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

56

CUADRO No.18

Distribución de respuestas de la población en estudio con relación al conocimiento sobre la prevención del contacto con el VIH; julio, 1996.

SERVICIOS →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST.		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
La prevención del contacto con el VIH en el medio hosp. se logra utilizando métodos protectores de barrera, para protegerse de sufrir heridas por agujas, instrumentos quirúrgicos; tapando las agujas utilizadas; manipulación cuidadosa de las agujas contaminadas.		3 6%	2	3 6%		6 12%		10 20%	2	4	22	44	24	48
Por la vía sexual se logra disminuyendo las parejas sexuales; utilizando antibióticos; utilizando píldoras anticonceptivas; con la T de cobre.						2 4%					2	4%	2	4
En el medio hosp. se logra utilizando métodos protectores de barrera ante las exposiciones de sangre u otros fluidos o secreciones orgánicas; no volver a tapar las agujas utilizadas; no sacando la aguja de la jeringa; manipulación cuidadosa de los instrumentos invasivos.	1 2%		1	2 4%					2	4	2	4	4	8

57

(viene)

Por la vía sexual se logra con la abstinencia; uso de condón; monogamia mutua	1 1 2% 2%	4% 2	2% 1	4% 2	1 2	6 12	7 14
En el medio hosp. se logra utilizando métodos protectores de barrera ante las exposiciones de sangre u otros fluidos o secreciones orgánicas; no volver a tapar las agujas utilizadas; no sacando la aguja de la jeringa; manipulación cuidadosa de los instrumentos invasivos. Y por la vía sexual con la abstinencia; uso de condón; monogamia mutua.	4 2 8% 4%	5 10%	2% 1	2% 1	9 18	4 8	13 26
							50 100

58

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.19

Distribución de respuestas de la población en estudio con relación al conocimiento de la definición de las precauciones universales; julio, 1996.

SERVICIO →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Usar condón.	4 8%	2 4%	2 4%	2 4%		7 14%			6	12	11	22	17	34
Fidelidad.			1 2%	2 4%				6 12%	1	2	8	16	9	18
Evitar pinchazos.			2 4%						2	4			2	4
Manipulación adecuada de pacientes.	2 4%	1 2%	2 4%						4	8	1	2	5	10
No responden.		3 6%	1 2%	3 6%				7 14%	1	2	16	32	17	34
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

59

CUADRO No.20

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al conocimiento sobre la existencia de una declaración conjunta entre la OMS y el CIE; julio, 1996.

SERVICIO →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
Si lo conoce.	2 4%	2 4%	7 14%	5 10%		2 4%		6 12%	9	18	15	30	24	48
No lo conoce.	4 8%	4 8%	1 2%	2 4%		8 16%		7 14%	5	10	21	42	26	52
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.21

Distribución de respuestas de la población en estudio, con relación al medio de información donde se han enterado sobre el VIH, VIH/SIDA frecuentemente; julio, 1996.

SERVICIO →	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO		SUBTOTAL FEMENINO		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	%		%		%	
En la televisión						2 4%					2	4	2	4
En la radio.				1 2%							1	2	1	2
Con los médicos			2 4%	2 4%					2	4	2	4	4	8
Con los amigos	3 6%		2 4%						5	10			5	10
En los periódicos	1 2%	1 2%	2 4%	2 4%					3	6	3	6	6	12
Con la AGPCS	1 2%	3 6%	2 4%	2 4%		3 6%		11 22%	3	6	19	38	22	44
Otro (por todos los medios de comunicación)	1 2%	2 4%				5 10%		11 22%	1	2	9	18	10	20
													50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.22

Distribución de respuestas con relación a las practicas personales y profesionales en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio, 1996.

SERVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO	SUBTOTAL FEMENINO	TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F			
Utilizan preservativo	6 12%		7 14%		3 6%		2 4%		13	26	5 10 16 36
utilizan preservativos para prevenir el SIDA y/o evitar la fecundación	6 12%		7 14%		3 6%		1 2%		13	26	4 8 17 34
No utilizan preservativos por fidelidad.		5 10%		2 4%							7 14 7 14
No lo utilizan por confianza con la pareja				2 4%		2 4%					4 8 4 8
No responden porqué.		1 2%	1 2%	3 6%	5 10%		12 24%		1	2	21 42 22 44
No han padecido de enferm.de trans.sexual últimamente.	6 12%	6 12%	8 16%	7 14%	10 20%		13 26%		14	28	36 72 50 100
Utilizan equipo de protección al curar, manipular sangre y/o secreciones	5 10%	4 8%	7 14%	6 12%	10 20%				12	24	20 40 32 64
No utilizan equipo de protección todo el tiempo	6 12%	6 12%	8 16%	7 14%	10 20%		13 26%		14	28	36 72 50 100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

62

CUADRO No.23

Distribución de respuestas con relación a las practicas personales y profesionales en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio, 1996

SERVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO	SUBTOTAL FEMENINO	TOTAL.
	M	F	M	F	M	F	M	F			
No utilizan equipo de protección por falta de recursos hospitalarios.	5 10%	2 4%	8 16%	3 6%	1 2%				13	26	6 12 19 38
No lo utilizan porque consideran que no amerita.		1 2%			3 6%		10 20%				14 28 14 28
No lo utilizan porque consideran tener buena técnica.	1 2%				1 2%				1	2	1 2 2 4
No lo utilizan porque solo atienden consulta externa.		1 2%		2 4%							3 6 3 6
No lo utilizan porque no realizan procedimientos invasivos.		1 2%									1 2 1 2
No responden.		1 2%		2 4%	5 10%		3 6%				11 22 11 22
utilizan equipo de protección únicamente si sospechan que el paciente a quien se le realizará procedimientos invasivos se le sospecha infectado con VIH.	1 2%	2 4%	2 4%	3 6%	7 14%		13 26%		3	6	25 50 28 56
Refieren que la institución no les proporciona equipo de protección personal.	2 4%	4 8%	8 16%	5 10%	2 4%		13 26%		7	14	24 48 31 62

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

63

CUADRO No.24

Distribución de respuestas con relación a las practicas personales y profesionales en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio,1996.

SERVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO	SUBTOTAL FEMENINO	TOTAL			
	M	F	M	F	M	F	M	F						
No han estado en contacto en forma accidental con sangre y/u otro material orgánico.	3 6%	4 8%	5 10%	5 10%	7 14%		6 12%		8	16	22	44	30	60
No han sufrido de pinchazos con agujas ya utilizadas u objetos cortantes.	3 6%	5 10%	2 4%	1 2%		10 20%	10 20%		5	10	26	52	31	62
Han tenido oportunidad de atender pacientes con VIH/SIDA.	6 12%	6 12%	8 16%	7 14%	8 16%		10 20%		14	28	31	64	45	90
Vuelven a poner la capucha de la jeringa antes de descartarla.	5 10%	4 8%	8 16%	7 14%	10 20%		13 26%		13	26	34	68	47	94
Utilizan guantes de latex con mas frecuencia.	6 12%	4 8%	8 16%	7 14%	8 16%		13 26%		14	28	32	64	46	92
Utilizan batas con mas frecuencia.		1 2%									1	2	1	2
Utilizan guantes, bata, mascarilla, botas y lentos.		1 2%			2 4%						3	6	3	6

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.25

Distribución de respuestas con relación a las actitudes personales y profesionales hacia los pacientes con VIH/SIDA en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio,1996.

SEVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO	SUBTOTAL FEMENINO	TOTAL			
	M	F	M	F	M	F	M	F						
Cuando atienden pacientes con VIH/SIDA les interesa conocerlos de una manera científica.	5 10%	2 4%	2 4%	1 2%		2 4%			7	14	5	10	12	24
Solo les interesa cumplir discretamente con su obligación.			4 8%	2 4%					4	8	2	4	6	12
Comprensivamente los tratan como personas.	1 2%	4 8%	1 2%	2 4%	7 14%		10 20%		2	4	23	46	25	50
No les interesa ni les agrada atender pacientes con VIH/SIDA; los rechazan.			1 2%	2 4%	1 2%		3 6%		1	2	6	12	7	14
Opinan que el paciente con VIH/SIDA que llegue a recibir tratamiento en su servicio debe ser aislado para que no los contaminen ni contamine a los demás pacientes.	1 2%	1 2%	2 4%	2 4%					3	6	3	6	6	12
No vale la pena exponerse al contacto con estos pacientes, tramitar su traslado.		1 2%	1 2%	2 4%	1 2%		3 6%		1	2	7	14	8	16
Debe ser tratado como otro paciente.	3 6%	2 4%	3 6%		2 4%		3 6%		6	12	7	14	13	26
Realizarse aislamiento respiratorio si se sospecha Tb.pulmonar; debe ser tratado como otro paciente.	2 4%	2 4%	2 4%	3 6%	7 14%		7 14%		4	8	19	38	23	46

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.26

Distribución de respuestas con relación a las actitudes personales y profesionales hacia los pacientes con VIH/SIDA, en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio, 1996.

SERVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO	SUBTOTAL FEMENINO	TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F			
No consideran arriesgado atender pacientes con VIH/SIDA.	2 4%		4 8%		8 16%		5 10%		19	38	19 38
Discreción y apoyo en el tratamiento del paciente con VIH/SIDA sería su decisión.	6 12%	6 12%	7 14%	5 10%	9 18%		11 22%		13	26	31 62
Rechazar al paciente con VIH/SIDA sería su decisión por considerarlas personas con vida desordenada.			1 2%							1	2
Rechazar al paciente con VIH/SIDA sería su decisión porque son personas que portan y transmiten el SIDA.			1 2%	1 2%	1 2%		2 4%		1	2	4 8
Permitirían que su chequeo lo realizara un médico con VIH positivo	1 2%	2 4%	2 4%		2 4%		6 12%		1	2	12 24
Solicitarían la asistencia de otro médico	5 10%	4 8%	8 16%	5 10%	8 16%		7 14%		13	26	24 48
En las instituciones públicas aunque se rechacen pacientes con VIH/SIDA hay obligación de atenderlos	2 4%	2 4%	2 4%	3 6%					4	8	5 10
No debe haber diferencias en cualquier institución (pública o privada).	4 8%	4 8%	6 12%	4 8%	13 26%		10 20%		10	20	31 62

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.27

Distribución de respuestas con relación a las actitudes personales y profesionales hacia los pacientes con VIH/SIDA, en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio, 1996.

SERVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOBST		PEDIATRIA		SUBTOTAL MASCULINO	SUBTOTAL FEMENINO	TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F			
Opinan que una ley que permita a los médicos rechazar tratar pacientes con VIH/SIDA es injusta para el paciente.					3 6%		3 6%			6	12
Opinan que es inhumana.	2 4%	2 4%	5 10%	5 10%	3 6%		7 14%		7	14	17 34
Opinan que contraviene la ética médica.	4 8%	4 8%	2 4%	2 4%	2 4%				6	12	8 16
Opinan que es justa para el médico.			1 2%		2 4%		3 6%		1	2	5 10
Consideran que las áreas de aislamiento para los pacientes con VIH/SIDA son necesarias para el personal sanitario.	1 2%	2 4%	3 6%	2 4%	6 12%		3 6%		4	8	13 26
Consideran que son necesarias si se sospecha Tb.pulmonar.	5 10%	3 6%	4 8%	3 6%	1 2%		5 10%		9	18	12 24
Consideran que el personal sanitario debe reportar inmediatamente cuando sufra exposición en su area de trabajo, excepto cuando sufra un pinchazo con aguja utilizada.	1 2%		1 2%	2 4%	3 6%		5 10%		1	2	11 22
Aceptación y apoyo sería la actitud que adoptarían ante un hijo infectado con VIH.	6 12%	6 12%	8 16%	7 14%	13 26%		10 20%		14	28	36 72

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.28
Distribución de respuestas con relación a las actitudes personales y profesionales hacia los pacientes con VIH/SIDA, en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio, 1996.

SEVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOB		PEDIATR		SUBTOTAL		SUBTOTAL		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
SEXO→													
La actitud que adoptaría ante un paciente homosexual con VIH/SIDA sería la de informarle que por sus prácticas sexuales padece dicho mal.	1 26	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	7 14						
La actitud sería, de informarle a las personas sobre los riesgos a que se exponerían al tratar con dicha persona.	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	3 68	3 68	3 68	3 68	3 68	3 68	11 22
La actitud sería, de tratarlo igual que a otra persona infectada con el VIH.	3 68	5 108	3 68	2 48	3 68	2 48	8 168	8 168	8 168	8 168	8 168	8 168	32 64
Si alguien de la familia padeciera de VIH/SIDA trataría de que sea internado en una institución humanitaria o de salud por el resto de su vida.	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	3 68	3 68	3 68	3 68	3 68	3 68	4 8
Trataría de asistir con mi paciente a una institución de apoyo, prevención y control del SIDA	6 128	5 108	6 128	7 144	6 128	7 144	7 144	13 268	13 268	13 268	13 268	13 268	46 92
Alisamiento y evitar todo contacto con la familia y el resto de las personas sería la actitud que asumiría si fuese infectados con el VIH.	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 2						
Asistir a una institución de apoyo, prevención y control del SIDA sería la actitud, si fuese infectado con el VIH.	6 128	5 108	6 128	7 144	6 128	7 144	10 208	13 268	10 208	13 268	10 208	13 268	49 98

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.29
Distribución de respuestas con relación a las actitudes personales y profesionales hacia los pacientes con VIH/SIDA en el personal auxiliar de enfermería del Hospital General San Juan de Dios; julio, 1996.

SERVICIO→	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOB		PEDIATRIA		SUBTOTAL		SUBTOTAL		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
SEXO→													
consideran importante que el personal de enfermería respete la dignidad del individuo infectado con VIH aunque se maneje indierectamente la información	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	4 8
Consideran poco importante que el paciente, sufran un pinchazo con aguja contaminada y deban donar sangre.	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	2 48	5 10
Todo paciente hospitalizado debe ser tratado como si tuviera VIH/SIDA	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	4 8
Consideran que los pacientes con VIH/SIDA deben ser correctamente etiquetados en las papeletas y en las muestras que se mandan al laboratorio	1 28	2 48	1 28	1 28	2 48	2 48	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	1 28	9 18
Todo paciente hospitalizado debe ser tratado, como si tuviera VIH/SIDA; identificación correctamente en las papeletas y en las muestras de laboratorio.	3 108	1 28	3 108	2 48	3 108	2 48	4 88	7 144	4 88	7 144	4 88	7 144	14 28

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADO

Se encuestaron un total de 50 miembros del personal auxiliar de enfermería del HGSD, distribuidos en cuatro servicios (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría); el grupo del servicio de cirugía fue el más numeroso con el 30%, el de pediatría representó el 26%, medicina el 24% y gineco-obstetricia el 20%. (cuadro No.1)

Del total de la muestra el 72% corresponde al sexo femenino y el 28% al masculino; la mayoría se encuentra entre los 21 y 40 años de edad. (cuadro No.2)

En cuanto al estado civil, el 44% de las personas son casadas, el 30% solteras, y unidas el 26%. (cuadro No.3)

Del total de la población estudiada, el 80% es católica, el 18% evangélica, y el 2% no tiene religión. (cuadro No.4)

Con relación al lugar de origen, el 52% de la muestra es de la capital, el 14% de oriente, el 12% del norte, 12% de occidente, y 10% de la costa sur. (cuadro No.5)

Un tercio de la población tiene entre 5 y 9 años (34%) de laborar en el HGSD, el 8% con menos de 1 año de laborar en el HGSD, y el 40% tienen más de 10 años (cuadro No.6).

El grado de escolaridad corresponde al nivel básico, seguido del diversificado, y el 8% con estudios universitarios. (cuadro No.7)

Para la tabulación de las preguntas sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, en relación al VIH/SIDA, se tomó en cuenta sólo una respuesta de cada ítem; la población entrevistada fue informada previamente sobre los elementos de la entrevista.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA DEFINICION DEL SIDA.

La mayor parte de la población (94%) sabe que el SIDA es una enfermedad infectocontagiosa que ataca principalmente el sistema de defensa del organismo; que se transmite por la vía sexual, parenteral y perinatal; que no tiene cura y es mortal. El 6% solo la considera como una enfermedad de transmisión sexual, parenteral y perinatal; nadie respondió que el SIDA era un castigo de Dios. (cuadro No.8)

AGENTE ETIOLOGICO.

EL 64% del total de la muestra sabe que el agente responsable del sida es un virus. (cuadro No.9)

Sólo el 6% del total de la muestra sabe que al agente etiológico se le denomina VIH. El 74% cree que se le puede llamar SIDA O VIH; y el 20% cree que se le conoce como SIDA. (cuadro No.10)

CURSO NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

Más de la mitad de la muestra (64%), saben que una persona infectada con VIH, puede estar asintomática. (cuadro No.11)

Toda la población estudiada (100%), saben que la persona infectada con el VIH, que aún no ha manifestado la enfermedad, puede transmitir el virus. (cuadro No.12)

TRANSMISION.

Del total de la muestra, el 58% saben que en la mayor parte de casos de VIH/SIDA, el agente causal se ha transmitido por contacto sexual sin protección con una persona infectada. El 32% consideró correctas todas las respuestas del ítem, y refieren que ha sido por manipulación de jeringas, instrumentos quirúrgicos, por transfundir pacientes hemofílicos, por contacto sexual sin protección con una persona infectada, pero agregan que la mujer embarazada sana se lo transmite a su hijo, así como picaduras de insectos, uso de vajillas, vasos y cubiertos previamente utilizados por la persona infectada con el VIH, manifestando su desconocimiento de cómo no se transmite el VIH, y explicando posiblemente algunas actitudes y prácticas negativas en la atención de la persona con VIH. El 8% cree que ha sido por manipulación de jeringas o instrumentos quirúrgicos, reflejando probablemente su sentimiento de invulnerabilidad al VIH en lo personal. Solo un 2% refiere que la mujer embarazada sana se lo transmite a su hijo. (cuadro No.13)

Del total de la muestra, el 100% sabe que no se transmite el SIDA con estrechar las manos, o con un beso en la mejilla de la persona infectada con VIH/SIDA. (cuadro No.14)

CONDUCTAS DE RIESGO.

Menos de la mitad de la muestra (48%), saben que el grupo etéreo afectado con mas frecuencia por el SIDA, corresponde a las personas en edad reproductiva (20 a 49 años). El resto (52%) probablemente refleja sentimientos de invulnerabilidad y prejuicio de clase porque cree que ocurre con más frecuencia, sólo en jóvenes y adultos con solvencia económica. (cuadro No.15)

Solamente el 18% del total de la muestra, saben que el riesgo de transmisión del VIH, se presenta con mayor frecuencia en la población sexualmente activa que no utiliza protección. El 52% creen que se presenta con mayor frecuencia en homosexuales. El 22% cree que en prostitutas. El 8% cree que en el personal sanitario, reflejando probablemente su sentimiento de invulnerabilidad al VIH en sus practicas personales. (cuadro No.16)

PREVENCIÓN.

Del total de la muestra, el 94% saben que no existe vacuna efectiva actualmente contra el SIDA. (cuadro No.17)

En el presente ítem se evaluaron los conocimientos sobre las medidas preventivas en el medio hospitalario y en la vida privada, existiendo dos afirmaciones correctas unificadas en una respuesta, dificultando así la respuesta correcta. El 26% saben que la prevención del contacto con el VIH en el medio hospitalario, se logra utilizando métodos de barrera (precauciones universales), ante las exposiciones de sangre u otros fluidos o secreciones orgánicas; no volver a tapar las agujas utilizadas, no sacando la aguja de la jeringa, manipulación cuidadosa de los instrumentos invasivos. Y la prevención del contagio por la vía sexual se logra con la abstinencia, uso de condón y monogamia mutua. El 14% sólo se refirió a la vía sexual, y saben que se logra con la abstinencia, uso de condón y monogamia mutua. El 8% solo se refiere al medio hospitalario, y saben que se logra utilizando métodos de barrera (precauciones universales), ante las exposiciones de sangre u otros fluidos o secreciones orgánicas; no volver a tapar las agujas utilizadas, no sacando

la aguja de la jeringa, manipulación cuidadosa de los instrumentos invasivos; mismo porcentaje que los que creen que en la mayor parte de casos de VIH/SIDA, el agente causal se ha transmitido por manipulación de jeringas o instrumentos quirúrgicos. El 48% cree que la prevención del contacto con el VIH en el medio hospitalario se logra utilizando métodos protectores de barrera para protegerse de sufrir heridas con agujas, instrumentos cortantes o punzantes; tapando las agujas utilizadas, manipulación cuidadosa de las agujas contaminada. El 4% se refiere únicamente a la prevención del contacto con el VIH por la vía sexual, y creen que se logra disminuyendo las parejas sexuales, utilizando antibióticos, píldoras anticonceptivas, con la T de cobre; se refleja que la mitad de la población posee sentimiento de invulnerabilidad o desconocimiento de prácticas profesionales y privadas de riesgo. (cuadro No.18)

Se evidencia el total desconocimiento en cuanto al término Precauciones Universales en las respuestas dadas. Consideran a las precauciones universales como: Al uso del condón (34%); fidelidad (18%); manipulación adecuada de pacientes (10%); evitar pinchazos (4%); no respondieron (32%). (cuadro No.19)

Menos de la mitad de la muestra (48%), tienen conocimiento acerca de la declaración conjunta entre la OMS y el CEI, en la cual se comprometen orientar, prevenir y proteger la salud del personal de enfermería que presta asistencia a las personas con VIH/SIDA. (cuadro No.20)

FUENTE DE INFORMACION.

En la población estudiada, evidentemente, no hay una formación para la atención de pacientes con VIH/SIDA en el hospital; el 44% ha obtenido la mayor información sobre el SIDA, por medio de la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA (AGPCS). El 20% por todos los medios de comunicación. El 12% en los periódicos. El 10% con los amigos. El 8% con los médicos. El 4% en la televisión. El 2% en la radio. (cuadro No.21)

PRACTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES.

Del total de la muestra, sólo el 36% utiliza preservativos;

el 34% utiliza preservativos para prevenir el sida y/o evitar la concepción. El 14% no utilizan porque creen que la fidelidad les protege (al igual que el 40% de las mujeres con VIH de la clínica de VIH/SIDA del HGSD). El 8% no utilizan porque se sienten protegidos por confianza con la pareja.

El total de la muestra (100%), no han padecido de enfermedad de transmisión sexual últimamente.

El 64% de la muestra, utilizan equipo de protección (guantes), al curar, manipular sangre y/o secreciones. (cuadro No.22)

Del total de la muestra, el 38% refiere que no utilizan equipo de protección personal todo el tiempo, por falta de recursos hospitalarios. El 40% manifiesta una inquietante sensación de invulnerabilidad por las siguientes expresiones: El 28% refiere que no lo utiliza todo el tiempo, porque considera que no amerita. El 6% refiere que no lo utiliza todo el tiempo, porque sólo atienden consulta externa. El 4% no lo utiliza todo el tiempo, porque consideran que tienen buena técnica. El 2% refieren que no lo utilizan todo el tiempo, porque no realizan procedimientos invasivos. El 22% no respondió.

Del total de la muestra, el 56% toma en cuenta las precauciones según el paciente, probablemente por prejuicios infundados, y por noción de universalidad, refieren que utiliza equipo de protección personal únicamente si se sospecha que el paciente a quien se le colocará equipo de transfusión, esté infectado con VIH, o cuando al paciente que se le realizará procedimientos invasivos se sospeche infectado con VIH; esto refleja desconocimiento de las precauciones universales y evidente prejuicio.

El 62% de la población, refieren que la institución no les proporciona equipo de protección personal. (cuadro No.23)

Del total de la muestra, el 60% refieren que no han estado en contacto en forma accidental con sangre y/u otro material orgánico (líquido amniótico, heces, orina, placenta, etc.) en sus ojos, boca, nariz, o en heridas previas expuestas.

Del total de la población, el 62% no han sufrido de pinchazos con agujas ya utilizadas u otros objetos cortantes, en su lugar de trabajo frecuentemente.

El 90% del total de la muestra, han tenido la oportunidad de atender pacientes con VIH/SIDA.

La mayor parte de la muestra (94%), vuelven a poner la tapucha de la jeringa antes de descartarla.

El 92% del total de la muestra, utilizan guantes, como equipo de protección personal con más frecuencia. (cuadro No.24)

ACTITUDES.

Del total de la muestra, la mitad (50%) refiere que cuando atienden pacientes con VIH/SIDA, los tratan como personas y comprensivamente. El 24% les interesa conocerlos de una manera científica. El 26% no tienen interés en estos pacientes, ya que el 14% no les interesa, ni les agrada atender pacientes con VIH/SIDA, los rechazan, y el 12% le interesa sólo cumplir discretamente con su obligación. (cuadro No.25)

Del total de la población, el 46% opina que el paciente con VIH/SIDA que llegue a recibir tratamiento en su servicio, debe ser aislado si se sospecha tuberculosis pulmonar, y debe ser tratado como otro paciente. El 26% opina que debe ser tratado como otro paciente. El 28% refleja temor y rechazo, ya que el 16% opina que no vale la pena exponerse al contacto con estos pacientes y tratarían que le tramitaran su traslado a otro servicio y el 12% opina que el paciente con VIH/SIDA que llegue a su servicio, debe ser aislado para que no los contamine ni contamine a los demás pacientes. (cuadro No.25)

Menos de la mitad de la muestra (38%), no consideran estar en riesgo al atender a un paciente con VIH/SIDA; pero reflejan temor porque el 74% se negaría ser atendido por un médico infectado con el VIH, y 34% consideran que las áreas de aislamiento para pacientes con VIH/SIDA, son necesarias para el personal sanitario, lo que resulta contradictorio.

Del total de la población en estudio, el 48% opina que si tuvieran un paciente con VIH/SIDA en su servicio, su decisión sería la de ser discreto y apoyarlo en su tratamiento. El 10% sería la de rechazarlos porque son personas que portan y transmiten el VIH. El 2% los rechazaría porque son personas con vida desordenada. (cuadro No.26)

Del total de la muestra, el 74% solicitaría la asistencia de otro médico, si se enterara que su chequeo médico lo realizaría un médico infectado con el VIH.

Con relación a la diferencia en tratar a los pacientes con VIH/SIDA, según el tipo de institución (pública o privada), la mayoría (82%) afirma que no debe haber diferencia en la atención de dichos pacientes en cualquier institución (pública o privada). El 18% considera que en las instituciones públicas aunque se rechacen a pacientes con VIH/SIDA, hay obligación de atenderlos. (cuadro No.26). Con relación a que si existiera una ley que permitiera a los médicos rehusar tratar pacientes con VIH/SIDA, el 48% del total de la muestra, opina que es inhumana. El 28% opina que contraviene la ética médica. El 12% opina que es injusta para el paciente. El otro 12% opina que es justa para el médico. (cuadro No.27).

Del total de la población en estudio, el 34% considera que las áreas de aislamiento para pacientes con VIH/SIDA, son necesarias para el personal sanitario. El 22% considera que son necesarios si se sospecha tuberculosis pulmonar. El 24% no le preocupa o desconoce el riesgo de la transmisión del VIH por la vía percutánea específicamente la parenteral al afirmar que el personal sanitario debe reportar inmediatamente cuando sufra exposición en su lugar de trabajo, excepto cuando sufra un pinchazo con aguja utilizada. Toda la población (100%), afirma que su actitud ante un hijo(a) infectado(a) con el VIH, sería aceptarlo(a) y apoyarlo(a), asistiendo en alguna institución de apoyo, control y prevención del SIDA; actitud muy diferente si es familiar. (cuadro No.27). Del total de la muestra, el 64% adoptaría como actitud frente a un paciente homosexual con VIH/SIDA, tratarlo igual que otra persona infectada con el VIH. El 2% sería, informarles a las personas sobre los riesgos a que se expondrían al tratar con dicha persona. El 14% sería informarle que por sus prácticas sexuales padece dicho mal. El 92% del total de la muestra, afirma que si alguien de su familia padeciera de VIH/SIDA, trataría de asistir con su paciente a una institución de apoyo, prevención, y control de SIDA. El 8% tratarían que su familiar fuese internado en una institución humanitaria o de salud por el resto de su vida; Del total de la muestra, el 98% asistiría a una institución de apoyo, prevención y control del SIDA si se dieran cuenta que han sido infectados con el VIH. El 2% afirma que la actitud sería el aislamiento y evitar todo contacto con la familia y el resto de las personas. (cuadro No.28). Del total de la muestra, el 54% reflejan nociones incipientes de precauciones universales

porque consideran que todo paciente hospitalizado debe ser tratado como si tuviera VIH/SIDA; y el paciente con VIH/SIDA debe de identificársele correctamente en las papeletas y en las muestras de laboratorio. El 20% sólo consideran que los pacientes con VIH/SIDA deben de identificárseles correctamente en las papeletas y en las muestras de laboratorio. El otro 8% solo considera que todo paciente hospitalizado debe ser tratado como si tuviera VIH/SIDA. El 10% consideran que no es necesario reportar cuando sufran un pinchazo con aguja contaminada, y no existe contraindicación al donar sangre. El 8% consideran importante que el personal de enfermería respete la dignidad del individuo, aunque se maneje indiscretamente la información. En general se evidencia el desconocimiento de la necesidad de precauciones universales y de la necesidad de tratamiento anti-VIH en caso de accidente, única razón que sería válida para conocer el estado serológico de pacientes. (cuadro No.29)

CONCLUSIONES

1. Del total de la muestra, el 72% es del sexo femenino. La mayoría (86%) se encuentra dentro del grupo etáreo de más de 21 años. La tercera parte de la población en estudio (30%), pertenecen al estado civil soltero. Sólo 2% no poseen religión. La mitad de la muestra (52%), son n originarios de la capital. Con relación al tiempo de laborar en la institución, sólo el 8% del total de la muestra tienen 1 año de laborar en el HGSD. El grado académico que predominó en la población estudiada fue el nivel básico (secundaria), seguido del diversificado y con sólo el 8% el de estudios universitarios.

2. Se determinó que del total de la población, el 94% tienen un conocimiento adecuado sobre el concepto del SIDA. Con relación al tipo de microorganismo causante del SIDA, más, de la mitad de la muestra poseen un buen conocimiento al considerarlo como un virus. La mayoría confunden los términos VIH y SIDA. Con relación a la posibilidad de transmitir el VIH por el portador asintomático la totalidad de la población estudiada poseen un buen conocimiento. Con relación a la transmisión del VIH, un poco más de la mitad de la muestra poseen buen conocimiento al reconocer que en la mayor parte de casos de SIDA el agente causal se ha transmitido por contacto sexual sin protección con una persona infectada. El total de la muestra poseen buen conocimiento al considerar que el SIDA no se transmite con estrechar las manos o con dar un beso en la mejilla de la persona infectada con VIH/SIDA. Con relación al grupo de riesgo, la mitad de la muestra cree erróneamente que ha sido en jóvenes con solvencia económica. Con relación al riesgo de transmisión del VIH, sólo la quinta parte de la muestra posee un buen conocimiento al afirmar que se presenta con mayor frecuencia en la población de mayor actividad sexual sin protección. Con relación a la prevención, la mayor parte del total de la muestra poseen un buen conocimiento al reconocer que no existe actualmente una vacuna contra el SIDA. Solo la cuarta parte del total de la muestra poseen buen conocimiento sobre la prevención del contacto con el

VIH en el medio hospitalario y por la vía sexual; con relación a las precauciones universales, solo la quinta parte del total de la muestra posee un conocimiento adecuado. Menos de la mitad de la muestra conoce sobre la existencia de una declaración conjunta entre la OMS y el CIE.

Se determinó que las deficiencias de conocimientos fueron: sobre el agente etiológico, el mecanismo de transmisión más frecuente en el proceso de transmisión en los casos de VIH/SIDA, grupos de riesgo, prevención en el medio hospitalario y vía sexual, precauciones universales.

La fuente de información de donde provienen su conocimientos sobre VIH y VIH/SIDA mayormente son: AGPCS, y en todos los medios de comunicación, los cuales se han difundido en forma inexacta.

Con relación a las prácticas personales y profesionales, del total de la muestra, sólo la tercera parte utiliza preservativos; y los utilizan para prevenir el SIDA y/o para evitar la concepción. Ninguno de la muestra ha sufrido de alguna enfermedad de transmisión sexual últimamente. Más de la mitad de la muestra utiliza equipo de protección al curar, manipular sangre y/o secreciones. La mayor parte del total de la muestra refiere que no utiliza equipo de protección personal todo el tiempo por falta de recursos hospitalarios, porque consideran tener buena técnica, porque solo atienden consulta externa, y porque no realizan procedimientos invasivos. Más de la mitad de la muestra utilizan equipo de protección personal únicamente si se sospecha que el paciente a quien se le colocará equipo de transfusión o cuando el paciente a quien se le realizará procedimientos invasivos, donde se tenga contacto con líquidos corporales esté infectado con VIH. Esto es muy delicado porque el VIH/SIDA no es aparente. Más de la mitad de la muestra no ha tenido contacto en forma accidental con sangre o material biológico en sus ojos, boca, nariz, o heridas previas expuestas. La mayor parte de la muestra han tenido oportunidad de atender pacientes con VIH/SIDA. La mayoría vuelven a tapar la jeringa, poniéndole de nuevo la

capucha, antes de descartarla; y utilizan con más frecuencia, como equipo de protección, los guantes.

6. Con relación a la atención de pacientes con VIH/SIDA, la mitad de la muestra los atienden como otra persona, con actitud comprensiva; el resto les interesa conocerlos de una manera científica, cumplir con su obligación, y no les interesa ni les agrada atenderlos. La tercera parte de la muestra, manifiesta actitudes de miedo y rechazo al opinar que el paciente con VIH/SIDA que llegue a recibir tratamiento en su servicio debe ser aislado para que no lo contaminen ni contamine a los demás pacientes; y que no vale la pena exponerse al contacto con estos paciente; tratarían de tramitar su traslado a otro servicio. Un menor porcentaje la muestra rechazaría al paciente con VIH/SIDA en su servicio porque las consideran personas con vida desordenada, y porque son personas que portan y transmiten el SIDA. Con relación a que si se enteraran que su chequeo médico lo realizaría un medico infectado con el VIH, la mayor parte de la muestra, manifestó temor, al afirmar que solicitarla la asistencia de otro médico. Con relación a la diferencia que pudiera existir entre las instituciones públicas y privadas, sólo la quinta parte de la muestra consideran que la diferencia radica en que en las instituciones públicas aunque se rechacen a estos pacientes, hay obligación de atenderlos. Sólo el 12% del total de la muestra consideran que una ley que permitiera a los médicos rehusar tratar pacientes con VIH/SIDA es justa para el médico. Con relación a las exposiciones en el área de trabajo la cuarta parte de la muestra manifiesta indiferencia al afirmar que el personal sanitario debe reportar inmediatamente cuando sufra exposición en su lugar de trabajo excepto pinchazos con aguja utilizada; Menos de la mitad de la muestra afirma que las áreas de aislamiento para los pacientes con VIH/SIDA, son necesarias si se sospecha al paciente con tuberculosis pulmonar. Con relación a la actitud adoptada sobre si fuesen infectados con VIH o fuese contaminado su hijo o alguien de la familia, la mayoría de la población los aceptaría y les daría apoyo, asistiendo en alguna institución de apoyo, control y prevención del SIDA; la minoría afirma que se aislaría (2%), o aislaría a su familiar, internándolo en una institución humanitaria o de

RECOMENDACIONES.

1. Realizar seminarios y capacitación sobre aspectos generales del SIDA según cada área de trabajo. Se recomienda el uso de los manuales de manejo publicados por la OMS, enfatizando en sus formas de transmisión, no transmisión, y en la prevención.
2. Motivar el uso correcto de equipo de protección personal a todo el trabajador que tenga contacto con pacientes y sus productos biológicos, según cada procedimiento, en base a lo recomendado en la aplicación de precauciones universales.
3. Que las autoridades proporcionen el equipo de protección en cantidad suficiente y evalúen el uso. Deben además, tomar en cuenta las peticiones de cada área de trabajo para seguridad laboral, según los manuales de manejo publicados por la OMS, y el programa Nacional de SIDA. Evaluar si hay material en el HGSD.
4. Fomentar al personal médico y autoridad del HGSD, a ser las más importantes fuentes de información acerca del SIDA y cualquier otra enfermedad de riesgo ocupacional, ya que es parte importante de su responsabilidad profesional, así como el apego al respeto de los derechos de las personas viviendo con VIH.
5. Realizar estudios similares en otros centros de atención pública, privada o institucional cuyo fin sea el mismo, y crear comités de control de accidentes laborales en cada institución y de evaluación de conocimiento acerca de la enfermedad, proveyendo las drogas necesarias con protocolo de tratamiento ante VIH en caso de accidentes de trabajo relacionado a una persona infectada.
6. Realizar talleres sobre cuidados de pacientes con VIH/SIDA, y sobre precauciones universales, consiguiendo.

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el HGSD, con el fin de investigar los conocimientos actitudes y prácticas personales y profesionales en el personal auxiliar de enfermería. Para esto se realizó una encuesta a las personas que tienen contacto con pacientes y sus productos biológicos. El porcentaje de respuestas acertadas con respecto al conocimiento que poseen de el agente, órganos afectados, edad de aparición, grupos de riesgo, mecanismo de transmisión, prevención y curación, actitudes y creencias, se comparó con una tabla de tabulación de datos. Los resultados encontrados, delimitan que el conocimiento sobre el VIH, VIH/SIDA en este grupo particular, y según la encuesta y escala indicada en la metodología, está entre los rangos malo y regular.

Al mismo tiempo se determinó, que el tiempo de laborar en la institución no tuvo relación directa con el nivel de conocimiento, ni el grado de escolaridad.

Menos del 40% de la población estudiada admitió sufrir de accidentes laborales relacionados con el mecanismo de transmisión de la enfermedad, y ninguno de los elementos de la muestra utiliza equipo de protección todo el tiempo, y sólo la mitad de éstos últimos, lo utiliza siempre al realizar las labores que lo amerite.

Los medios más importantes en donde se han informado los elementos de la muestra, sobre el SIDA son: AGPCS, todos los medios de comunicación. Los médicos son considerados como fuente importante de información en el medio hospitalario, pero muy debajo de los antes mencionados.

Se recomienda actualizar conocimientos sobre el SIDA y más importante aún, actualizar los conocimientos y prácticas en el manejo de pacientes y/o sus productos, poniendo énfasis, en la utilización de equipo de protección personal.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado T. "SIDA. Consideraciones Históricas, Epidemiológicas, Clínicas, Terapéuticas y de Control". Rev. Med. Hond.; 53.177-178.
2. Allan R. Llifson et al. "The Natural History Of Human Immunodeficiency Virus Infection". JAMA 1998; 175-189.
3. Adler Michael W. "ABC of the AIDS. Developpement of the epidemic". British Medical Journal. 27 april 1987; 294; 1084-1085.
4. Aguirre Negrete, Maria Guadalupe; Marimontes Flores, Maria Teresa; Ramirez Soltero, Salvador Enrique; Garcia de Alva Garcia, Javier Eduardo. "Nivel de Información Sobre el SIDA en Trabajadores de Salud". Rev. Med. del I.M.S.S. 1991; 29.349.353.
5. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. AIDES. DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS DEL SIDA Y SEROPOSITIVOS. 1992; 2.4.
6. Annunziato, Paula W. MD; Frenkel, Lisa M. MD; "THE EPIDEMIOLOGY OF PEDIATRIC HIV-1 INFECTION". Pediatric Annals, 1993; 22:401-405.
7. Arathoon, Eduardo; Flores, L.E; Estrada y Martín, R.M; Oroxom, A; Hernandez G, J.E; "ANALISIS DE FACTORES PRONOSTICOS PARA LA PROGRESION DE LA INFECCION POR VIH EN UNA CLINICA AMBULATORIA DE UN PAIS DE CENTRO AMERICA". Revista del Colegio de Medicos y Cirujanos de Guatemala. 1994; 4:13-15.
8. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. "TRANSMISION HETEROSEXUAL DEL SIDA". 1988; 63.104.
9. Bury Judith K. "COUNSELLING WOMEN WITH HIV INFECTION ABOUT PREGANCY, HETEROSEXUAL TRANSMISSION AND CONTRACEPTION". The British Journal of Family Planning. 1989; 14,pp.116-122.

10. Benitez, Luis E. "LAS FORMAS PRE-CLINICAS DEL SIDA". Revista del Instituto de Seguridad Social (Mexico). 1998 feb-mar.; 26 (175):175-189.
11. Cecil. "TRATADO DE MEDICINA INTERNA". Edicion Decimo Séptima. Editorial Interamericana. México D.F. 1987; 2 tomos.
12. Comité de Infecciones Nosocomiales Hospital Roosevelt. "ASPECTOS ETICOS DEL MANEJO DE PACIENTES HIV POSITIVO Y DEL PACIENTE CON SIDA. Guatemala 1990.
13. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina regional de la OMS. Comunicación para la salud No.5. "SIDA. LA EPIDEMIA DE LOS TIEMPOS MODERNOS". Primera Edición Washington, D.C. Agosto de 1993.
14. Consejo Nacional Para la prevención y Control del SIDA de México. "EL MEDICO FRENTE AL SIDA". Publicado en Guatemala por proyecto SIDA. Talleres Graficos Estrada. Antigua Guatemala 1990.
15. De León Barillas, Edgar R; de León Regil de Porres, Julia. "GUIA PARA LA PRESENTACION DEL PROYECTO FINAL DE TESIS E INFORME FINAL". Documento Docente, Facultad de Ciencias Medicas, USAC.
16. Del Busto, José A. "EL MEDICO FRENTE AL SIDA". Antigua Guatemala, Hospital Nacional de Antigua 1990; 173.
17. Boletín del departamento de vigilancia epidemiológica. Dirección General de Servicios de Salud. "INFECTADOS POR VIH, GRUPOS DE RIESGOS Y CLASIFICACION CDC". Guatemala, Junio 1984-Febrero 1990
18. Estrada y Martín; Rosa Maria. "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA". AGPCS, Junio 1991.
19. Francis Donald Pand James Chin. "THE PREVENTION OF ACQUIRED INMUNODEFICIENCY SYNDROME IN THE UNITED ESTATE". JAMA, March 13, 1987; 257(10), 41-48.
20. Gallo R. Wong-Staal, Mmontagnier et al. "HIV/HTLEV GEN NOMENCLATURE. Nature 1988; 333.504.

21. Holley H Preston. "THE CLINICAL SPECTRUM OF HUMAN INMUNODEFICIENCY VIRUS". The Journal of South Carolina. June 1987; 306-308.
22. Lifson Alan R. et al. "AIDS COMENTARY. THE NATURAL HISTORY OF HUMAN INMUNODEFICIENCY VIUS INFECTION". The Journal Of Infectious Diseases.
23. Martín M., Anderson MD; MPH Morris Robert MD. "HIV AND ADOLESCENTS PEDIATRIC ANNALS". 1993; 22: 436-446.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "RESUMEN DE LA SITUACION DEL SIDA EN GUATEMALA". Documento Para agencias donantes del plan de medio Plazo; Antigua Guatemala, 1989, nov; 22.
25. OPS SIDA número especial, boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1995; 105 (5-6) 461-808.
26. Organización Mundial de la Salud. INFORME DE LA REUNION CONSULTIVA SOBRE EL SIDA Y EL LUGAR DE TRABAJO.
27. Organización Mundial de la Salud. "DIRECTRICES PARA LA ASISTENCIA DE ENFERMERIA A LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH". Serie OMS sobre el SIDA, No.3, Guatemala 1983; 44.
28. Organización Panamericana de la Salud. "TRANSMISION HETEROSEXUAL DEL SIDA. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 104 (1) 63, Enero 1988.
29. Organización Panamericana de la Salud. "PAUTAS PARA EL SIDA". Informe del grupo de expertos asesores de OPS. Washington, 1988. 15p. (Publicación científica No.2)
30. Pape Jean W, et al. "TRASNSMISION PERINATAL DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA". Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Washington, 1988 ene. 105 (5-6) 528-542.
31. Pezzarosi, Hugo. "SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA. CONCEPTOS ACTUALES". Medicina Interna, Hospital Roosevelt. Guatemala 1990; 30 a 44.
32. Piot, Pester et al. "HETEROSEXUAL TRANSMISION OF HIV AIDS". 1987 Aug 24: 1(4): 199-206.

33. Programa Regional de SIDA y ETS. "PAUTAS PARA LA ATENCION CLINICA DE LA PERSONA ADULTA INFECTADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
34. Ranchet. et al. "THE NATURAL HISTORY OF HIV-L INFECTION STUDING CLASSIFICATIONS OF DIESEASE". Current Science 1991; 355-364.
35. Maria Guadalupe Aguirre, Revista Médica. "NIVEL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA EN TRABAJADORES DE LA SALUD". Instituto Mexicano del Seguro Social. Vo. 29 No.5. 1991
36. Rubin, R.H. MD. "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA". Segunda edición. Editora Científica Médica Latinoamericana. México, D.F. 1989.
37. Secretaria de Salud de México. "TRANSMISION SEXUAL DEL SIDA". Informe de la Dirección General de Epidemiología (México) 1988.
38. Selik, R.M. et al. "CDC'C DEFINITIONS OF AIDS". N Eng J Med. 1986, sep. 315-761.
39. Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA AIDS". Informe del Jefe de servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, Washington, 1987; 40.
40. OMS, Serie sobre SIDA No.3. "DIRECTRICES PARA LA ASISTENCIA DE ENFERMERIA A LAS PERSONAS INFECTADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIECIA HUMANA (VIH)". Publicado por la OMS en colaboracion con el Consejo Internacional de Enfermeras. Washington, 1988.
41. OMS, Serie OMS sobre el SIDA, No.9. "NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LABORATORIOS DE DIAGNOSTICO E INVESTIGACION QUE TRABAJAN CON EL VIH". Impreso por Medicas Reunidas. OMS. España 1992.
42. Solorzano B, Jorge. "EL SIDA UN PROBLEMA MUNDIAL". Aprofam, Guatemala 1988, año VIII No.425; 4-5.
43. Suarez Ch, Raul. et al. "VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN SU SIDA, ORIGENES, CAUSAS Y CONSECUENCIAS". Mediciencia Editora, Abril 1989; 27,55.

44. Teleconferencia Panamericana Sobre el SIDA. 3Q., 1991. Caracas Venezuela. "CONVIVIENDO CON EL SIDA". 13-15 Mayo 1991. Guatemala Videocassetes.
45. The Jonhs Hopkins University. "EL SIDA UNA CRISIS DE SALUD PUBLICA". Baltimore MD 1987: 43.
46. Vander Gracef M. "TRANSMISION OF HIV A REVIEW INFECTION" 1986: 14(6) 203-209.
47. Wignia, A. et al. "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LANTENTES Y NIÑOS". Anales Nestlé 1988,46; 175-199.
48. Villatoro Elma. "PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA". DGSS, enero de 1994. Guatemala; 5
49. Wignia, A. et al. "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LACTANTES Y NIÑOS". Anales Nestlé 1998 46; 175-199.

ANEXO 1.

DATOS GENERALES.

EDAD. _____ ESTADO CIVIL _____

OCUPACION _____ RELIGION _____

ORIGINARIO: Capital ___ Costa sur ___ Oriente ___ Occidente ___

Verapaces y Petén ___

Cabecera departamental ___ Otro Municipio ___

Rural ___ Urbano ___

TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCION. A) Menos de 1 año.

B) 1-4 años.

C) 5-9 años.

D) 10-14 años.

E) 15 o más años.

ESCOLARIDAD. A) Primaria.

B) Secundaria.

C) Diversificado.

D) Carrera Técnica.

E) Estudios Universitarios.

CONOCIMIENTO

1. El SIDA es:
 - A) Enfermedad infectocontagiosa que ataca principalmente el sistema de defensa del organismo.
 - B) Una enfermedad de transmisión sexual, parenteral y perinatal.
 - C) Una enfermedad que no tiene cura y es mortal.
 - D) Es un castigo de Dios.
 - E) Es causada por Brujerías.
 - F) A,B, y C son correctas.

2. El agente causal del SIDA se ha transmitido en la mayor parte de casos por:
 - A) Manipulación de jeringas o instrumentos quirúrgicos.
 - B) Por transfundir pacientes hemofílicos.
 - C) Contacto sexual sin protección con una persona infectada.
 - D) La mujer embarazada sana se lo transmite a su hijo.
 - E) Picadura de insectos; uso de vajillas, vasos y cubiertos previamente utilizados por la persona infectada por VIH.
 - F) Todos son correctos.

3. El agente responsable del SIDA es:
 - A) Un virus.
 - B) Una bacteria.
 - C) Un protozoo.
 - D) Un Hongo.
 - E) Ninguno es correcto.

4. Cual es el nombre con que se conoce el agente causante del síndrome:
 - A) SIDA.
 - B) VIH.
 - C) A y B son correctos.

5. A que grupos de edad afecta con mas frecuencia el SIDA:
 - A) En niños.
 - B) Solo en jóvenes y adultos con solvencia económica.
 - C) De 20 a 49 años (personas en edad reproductiva).

6. Puede una persona padecer de VIH, sin que manifieste alguna molestia.
 - A) Si.
 - B) No.

7. El riesgo de transmisión del VIH se presenta con mayor frecuencia en:
 - A) Solo en las emergencias de los diferentes servicios del hospital.
 - B) Solo en Homosexuales.
 - C) Solo en prostitutas.
 - D) Población de mayor actividad sexual (20-40 años) sin protección.
 - F) Personal sanitario.

8. Se transmite el SIDA con estrechar las manos o con un beso en la mejilla de la persona infectada con VIH/SIDA.
 - A) Si.
 - B) No.

9. Las personas que poseen el VIH, pero que aún no se les ha manifestado la enfermedad, pueden transmitirlo.
 - A) Si.
 - B) No.

10. Existe actualmente alguna vacuna contra el SIDA.
 - A) Si.
 - B) No.

11. Sobre la prevención del contacto con el VIH se puede(n) afirmar lo(s) siguiente(s):
 - A) La prevención del contacto con el VIH en el medio hospitalario se logra utilizando métodos protectores de barrera (guantes, mascarillas, batas o delantal de plástico, etc.) para

evitar heridas por agujas, instrumentos cortantes o punzantes; tapando las agujas utilizadas con su respectiva capucha; manipulación cuidadosa de las agujas contaminadas.

- B) La prevención del contacto con el VIH por la vía sexual se logra disminuyendo las parejas sexuales; utilizando antibióticos; utilizando píldoras anticonceptivas; con la T cobre.
- C) La prevención del contacto con el VIH en el medio hospitalario se logra utilizando métodos protectores de barrera ante las exposiciones de sangre u otros fluidos o secreciones orgánicas; no volver a tapar las agujas utilizadas; no sacando la aguja de la jeringa; manipulación cuidadosa de los instrumentos invasivos.
- D) La prevención del contacto con el VIH por la vía sexual se logra con la abstinencia; uso de condón; monogamia mutua.
- E) C y D son correctas.

12. Las precauciones universales consisten en: _____

13. Sabía usted que existe una declaración conjunta entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la cual se comprometen orientar, prevenir, y proteger la salud del personal de enfermería que presta asistencia a las personas con VIH/SIDA.

- A) Sí.
B) No.

14. En donde ha obtenido la mayor información sobre el SIDA.

- A) En la televisión.
B) En la radio.

- C) Con los médicos.
D) Con los amigos.
E) En los periódicos.
F) Con la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA (AGPCS).
G) Otro (especifique). _____

PRACTICAS.

15. Al tener relaciones sexuales, usted o su(s) pareja(s) utilizan preservativo.

- A) Sí.
B) No.

16. Porqué: _____

17. Ha padecido usted de alguna enfermedad de transmisión sexual durante estos 2 últimos años.

- A) Sí.
B) No.

18. Utiliza usted equipo de protección personal en el trabajo que realiza al sacar sangre, al curar o manipular secreciones:

- A) Sí.
B) No.

19. Que equipo de protección personal utiliza usted con más frecuencia.

- A) Guantes. F) A y B.
B) Bata. G) A, B Y C.
C) Mascarilla. H) Todos.
D) Botas.
E) Lentas.

20. Utiliza equipo de protección personal todo el tiempo.

- A) Sí.
B) No.

21. Porque: _____

22. En que momento utiliza el equipo de protección personal.
- A) Al colocar equipo de transfusión en todos los pacientes; al realizar procedimientos invasivos en todos los pacientes, donde se tenga contacto con líquidos corporales.
- B) Unicamente si se sospecha que el paciente a quien se le realizará procedimientos invasivos, donde se tenga contacto con líquidos corporales, se le sospeche infectado con VIH.
23. Le es proporcionado por la institución el equipo de protección personal, antes mencionado. A) Sí.
B) No.
24. Ha sufrido usted de pinchazos con agujas ya utilizadas u objetos cortantes (equipo quirúrgico, etc.) en su lugar de trabajo frecuentemente. A) Sí.
B) No.
25. Ha estado en contacto en forma accidental con sangre y/u otro material orgánico (líquido amniótico, heces, orina, placenta, etc.) en sus ojos, boca, nariz, o heridas previas expuestas. A) Sí.
B) No.
26. Ha tenido oportunidad de atender pacientes infectados con VIH/SIDA. A) Sí.
B) No.
27. Usted vuelve a poner la capucha de la jeringa antes de descartarla: A) Sí.
B) No.

ACTITUDES

28. Cuando atiende pacientes con VIH/SIDA que le interesa.
- A) tener conocimientos sobre estas personas de una manera científica.
- B) Cumplir con mi obligación con discreción.
- C) Atenderlo como persona con actitud comprensiva.
- D) No me interesa ni me agrada atenderlos; los rechazo.

29. Considera usted que está en riesgo de contraer el VIH/SIDA, al atender a un paciente con esta enfermedad:
- A) Sí.
B) No.
30. Que opina usted del paciente con VIH/SIDA que llegue a recibir tratamiento en su servicio.
- A) Que debe ser aislado para que no lo contaminen ni contamine a los demás pacientes.
- B) Que se haga aislamiento respiratorio si se sospecha Tb.pulmonar.
- C) No vale la pena exponerse al contacto con estos pacientes; tratar que sea tramitado su traslado a otro servicio.
- D) Debe ser tratado como otro paciente.
- E) A,B y D son correctas.
31. Si se le presentara la oportunidad de tener un paciente con VIH/SIDA en su servicio, cual seria su decisión.
- A) Ser discreto y apoyarlo en su tratamiento.
- B) Persuadirlo a que egrese del servicio.
- C) Rechazarlo porque son personas con vida desordenada.
- D) Rechazarlos porque son personas que portan y transmiten el VIH.
32. Si se le indicara que su chequeo médico lo realizará un médico VIH positivo, cual seria su decisión.
- A) Lo permitiría.
- B) Lo rechaza.
- C) Solicitarla la asistencia de otro médico.
- D) Iría a otra clínica de atención.
33. La diferencia que existe al tratar a un paciente con VIH/SIDA, en las instituciones publicas y privadas radica en:
- A) En las instituciones públicas aunque se rechacen a estos pacientes, hay obligación de atenderlos.
- B) En la práctica privada hay opción de rechazarlos.
- C) La diferencia es solo en recursos materiales.
- D) No debe haber diferencia en tratarlo en uno u otro sitio.

34. Cual es su opinión sobre una ley que permita a los médicos rehusar tratar pacientes con VIH/SIDA.
- Es necesario.
 - Es justa para el médico.
 - Es injusta para el paciente.
 - Es inhumana.
 - Contraviene la ética médica.
35. De las afirmaciones siguientes señale la que la parezca adecuada:
- Las áreas de aislamiento para los pacientes con VIH/SIDA, son necesarias para el personal sanitario.
 - Las áreas de aislamiento para los pacientes con VIH/SIDA son necesarias sin sospecha Tb.pulmonar.
 - El personal sanitario debe reportar inmediatamente cuando sufra exposición en su lugar de trabajo, excepto cuando sufra un pinchazo con aguja utilizada.
36. Que actitud adoptaría frente a un paciente homosexual con VIH/SIDA.
- Le informaría que por sus practicas sexuales padece dicho mal.
 - Le informaría a las personas sobre los riesgos a que se expondrían al tratar con dicha persona.
 - Lo trataría igual que a otra persona infectada con el VIH/SIDA.
37. Si alguien de su familia padeciera de VIH/SIDA, que haría usted.
- Aislarlo y darle tratamiento en un lugar separado de la casa.
 - Tratar de que sea internado en una institución humanitaria o de salud, por el resto de su vida.
 - Asistir con mi paciente a una institución de apoyo, de prevención y control de SIDA.
 - Otro.-----
38. Si usted se diera cuenta que ha sido infectado(a) con el VIH, que haría.
- Aislarme, y evitar todo contacto con mi familia y el resto de las personas.
 - Asistir a una institución de apoyo, prevención y control de SIDA.
 - Otro.-----

39. Que actitud adoptaría si su hijo(a) a sido infectado(a) con el VIH.
- Evitar todo contacto con el (ella), y expulsarlo de la casa.
 - Evitar todo contacto con el (ella), y aislarlo de la familia paulatinamente.
 - Aceptarlo(a) y apoyarlo(a), asistiendo e alguna institución de apoyo, prevención y control del SIDA.
 - Otro.-----
40. Responda la conducta que considere correcta:
- El personal de enfermeria debe respetar la dignidad del individuo con VIH/SIDA, aunque la información personal que reciba del paciente, la puede compartir con el resto de compañeros, visitas y amigos sin ninguna discreción.
 - El personal auxiliar de enfermeria no necesariamente debe reportar cuando sufra un pinchazo con aguja contaminada, y desea donar sangre.
 - Todo paciente hospitalizado debería tratarse como si tuviera VIH/SIDA.
 - Los pacientes con VIH/SIDA deberían de estar correctamente identificados en las papeletas y en las muestras que se mandan al laboratorio.
 - C y D son correctas.

ANEXO II

La primera serie del cuestionario reúne la información mínima necesaria que el (la) participante debe conocer en relación al VIH, SIDA, y VIH/SIDA.

1. Investigar la información veraz sobre el SIDA, con relación al tejido afectado, el mecanismo de transmisión del VIH y su curación o pronóstico.

La respuesta es correcta si contesta el inciso F
Parcialmente correcta: A; B; C.

2. Investigar el conocimiento relacionado con el mecanismo de transmisión que en la mayor parte de los casos se ha transmitido el agente causal del SIDA.

La respuesta correcta es el inciso C.

3. Investigar si conoce el tipo de microorganismo responsable del SIDA.

La respuesta correcta es el inciso A.

4. Investigar con que nombre conoce el agente causal del SIDA.

La respuesta correcta es el inciso B.

5. Investigar el conocimiento relacionado con el grupo de edad que con mas frecuencia se ven afectados actualmente por el SIDA.

La respuesta correcta es el inciso C.

6. Investigar el conocimiento relacionado con la fase aguda (asintomática) de la infección por el VIH.

La respuesta correcta es el inciso A.

7. Investigar el conocimiento, con relación a que el SIDA no es una enfermedad de un grupo particular, sino adquirida por practicar conductas de riesgo.

La respuesta correcta es el inciso D.

8. Investigar el conocimiento relacionado con otros mecanismos que no transmiten el VIH.

La respuesta correcta es el inciso B.

9. Investigar el conocimiento sobre el portador asintomático y la capacidad de poder infectar a otros.

La respuesta correcta es el inciso A.

10. Investigar el conocimiento con relación a la prevención específico (Vacuna) que se puede utilizar contra el SIDA.

La respuesta correcta es el inciso B.

11. Investigar el conocimiento que posee sobre la prevención del contacto con VIH por la vía sexual y en el medio hospitalario.

La respuesta correcta es el inciso E.
Parcialmente correcta: C, o D.

12. Investigar el concepto que posee sobre las precauciones universales.

Respuestas abiertas .

13. Investigar el conocimiento sobre la existencia de la declaración conjunta de la OMS y CIE.

La respuesta correcta es el inciso A.

14. Investigar la fuente de su información.